

SEMMELWEIS EGYETEM
DOKTORI ISKOLA

Ph.D. értekezések

2401.

ÁCS ANDREA

Egészségtudományok
című program

Programvezető: Dr. Domján Gyula, egyetemi tanár

Témavezető: Dr. Balogh Zoltán, főiskolai tanár

Egészségügyi szakdolgozók mentális zavarokkal kapcsolatos ismereteinek és a mentális betegséggel diagnosztizált emberekkel szembeni attitűdjének vizsgálata

Doktori értekezés

Ács Andrea

Semmelweis Egyetem

Patológiai tudományok Doktori Iskola



Témavezető: Dr. Balogh Zoltán PhD, főiskolai tanár
Hivatalos bírálók: Dr. Tóth Tímea PhD, főiskolai docens
Dr. Balogné Dr. Somlai Zsuzsanna PhD, főorvos
Szigorlati bizottság elnöke: Dr. Cseh Károly DSc, egyetemi tanár
Szigorlati bizottság tagjai: Dr. Benedek Csilla PhD, főiskolai docens
Dr. Fritz Péter PhD, egyetemi docens

Budapest

2020

TARTALOMJEGYZÉK

Rövidítések jegyzéke	4
1 BEVEZETÉS	5
1.1 A pszichiátriai ápolás történeti áttekintése: a fejlődés főbb állomásai a pszichiátriai betegekhez való viszonyulás tükrében	6
1.2 A pszichiátriai betegek ellátása Magyarországon	11
1.3 A pszichiátriai ápolástan oktatásának kialakulása, jellemzői az egészségügyi felsőoktatásban és a szakképzésben	14
2 IRODALMI ÁTTEKINTÉS	17
2.1 A stigma fogalma, elméletei	17
2.2 A stigma komponensei	18
2.3 A stigma típusai	20
2.3.1 A Goffman-féle tipizálás	21
2.3.2 Közösségi stigma	21
2.3.3 Az önstigmatizálás	23
2.3.4 Az anticipált stigma	24
2.3.5 Az asszociatív stigma	25
2.4 A mentális betegségek megítélésének modelljei	25
2.5 A szkizofrénia betegség és stigmája	28
2.5.1 Megbélyegzés az egészségügyben	32
2.6 A stigma csökkentésének lehetőségei	36
2.6.1 Nemzetközi antistigma programok	38
2.6.2 Antistigma kezdeményezések Magyarországon	40
2.7 A pszichoszociális fogyatékoság fogalom születése	43
2.8 A kiváltás stratégia és a társadalmi kirekesztés összefüggései	44
2.8.1 A közösségi pszichiátria jelentősége a kirekesztés elleni küzdelemben	47
3 CÉLKITŰZÉSEK	49
4 MINTAVÉTEL ÉS MÓDSZER	50
4.1 A vizsgálat célja	50
4.2 Kutatási hipotézisek	50
4.3 A vizsgálat kvantitatív kutatási módszerei	50
4.3.1 Adatfelvétel	50
4.3.2 Minta	52
4.3.3 A kutatás kvantitatív mérőeszköze: a kérdőív	53
4.3.3.1 Az ASMI (Attitudes of Severe Mental Illness Scale) skála kifejlesztése	53

4.3.3.2	A kérdőív saját szerkesztésű kérdései	54
4.3.4	Adatfeldolgozás és elemzés.....	55
5	KVANTITATÍV EREDMÉNYEK	56
5.1	A válaszadók szociodemográfiai jellemzői.....	56
5.2	A saját fejlesztésű kérdésekre, valamint az ASMI-skála kérdéseire adott válaszok bemutatása.....	60
5.3	Az antistigma-index és alindexeinek bemutatása.....	79
5.4	A kutatási hipotézisek tesztelésének eredményei.....	82
6	MEGBESZÉLÉS.....	89
7	KÖVETKEZTETÉSEK	109
7.1	A dolgozat új megállapításai.....	111
7.2	Javaslatok.....	112
8	ÖSSZEFOGLALÁS.....	113
9	SUMMARY.....	114
10	IRODALOMJEGYZÉK	115
11	SAJÁT PUBLIKÁCIÓS JEGYZÉK	132
11.1	Az értekezés témájában megjelent eredeti közlemények	132
11.2	Egyéb – nem az értekezés témájában megjelent – eredeti közlemények	132
11.3	Könyvfejezetek.....	132
11.4	A tudományos munkásságot meghatározó egyéb publikációk, előadások.....	133
12	KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS.....	137
13	MELLÉKLETEK.....	138

Rövidítések jegyzéke

- **APA** = American Psychiatric Association (Amerikai Pszichiátriai Társaság)
- **ASMI** = Attitudes to Severe Mental Illness scale (Súlyos Mentális Betegségek Attitűd skála)
- **BNO** = Betegségek Nemzetközi Osztályozása
- **BSc** = Bachelor of Science (tudományos alapvégzettség)
- **CAMI** = Community Attitude of Mental Illness (Mentális Betegségek Közösségi Attitűd skála)
- **CRPD** = UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities (ENSZ Fogyatékkal Élő Személyek Jogairól Szóló Egyezmény)
- **DISC** = Discrimination and Stigma Scale (Diszkrimináció és Stigma Skála)
- **DSM** = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mentális Betegségek Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyve)
- **ELTE TÁTK** = Eötvös Loránd Tudományegyetem Társadalomtudományi Kar
- **INDIGO** = International Study of Discrimination And Stigma Outcomes (Nemzetközi Tanulmány a Diszkrimináció és a Megbélyezés Következményeiről)
- **MESZK** = Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara
- **MSc** = Master of Science (mesterfokozat)
- **mtsai** = munkatársai
- **n** = esetszám
- **NFSZK** = Nemzeti Fogyatékosügy- és Szociálpolitikai Közhasznú Központ Nonprofit Kft
- **NHS** = National Health Service (Nemzeti Egészségügyi Szolgáltató)
- **OKJ** = Országos Képzési Jegyzék
- **OPAI** = Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet
- **OPNI** = Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet
- **SE** = Semmelweis Egyetem
- **SE PPK** = Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika
- **SPSS** = Statistical Package for the Social Sciences (Statisztikai Programcsomag a Társadalomtudományok Részére)
- **WHO** = World Health Organization (Egészségügyi Világszervezet)
- **WPA** = World Psychiatric Association (Pszichiátriai Világszövetség)

1 BEVEZETÉS

A mentális betegségek évezredek óta megfejtésre váró rejtélyként vannak jelen az emberiség életében. Az értelem, a józan gondolkodás elvesztése, a valóságtól elszakadó ember viselkedése, az irracionalitás sokak számára riasztó, zavarba ejtő. Talán ez a megfoghatatlanság az oka, hogy az embereket foglalkoztatja az elme zavara. [1] Képzőművészeti alkotásokban, irodalmi művekben, filmekben örökösen visszatérő motívum a mentális betegséggel küzdő ember alakja. Ezek az alkotások legtöbbször az emberi elme működésének csodálatos hatalmát mutatják be, de széles a tárháza azoknak a műveknek is, melyek inkább a működésben beálló zavart és annak következményeit ábrázolják, a legkülönbözőbb módokon. A mentális betegséggel küzdő személyek saját alkotásaiban, sokszor elemi erővel jelenik meg a betegség mögött húzódó emberi szenvedés, a beteg ember életének traumái. A kreativitásból eredő önkifejezés az egyik olyan eszköz, ami hozzásegíthet az előítéletek lebontásához. A mentális zavarral küzdő embereknek a saját állapotuk terhein túl, a társadalom által rájuk aggatott stigmákkal is meg kell küzdeniük. A köztudatban helytelen információk, megannyi tévhit kering a mentális betegségekkel kapcsolatban. A kiváltó okokat máig övező tudományos bizonytalanság, az emberek többségétől idegen viselkedési formák, az előre nem megjósolható, mások által kontrollálhatatlan állapotváltozások idegenkedést, félelmet váltanak ki a társadalom többi tagjából. A megfelelő tudás hiánya, a félelemmel társulva, a mentális zavarban szenvedő emberek kiközösítését, izolációját, diszkriminációját eredményezi. A megbélyegzés már attól a pillanattól elkezdődik, hogy egy személy pszichiátriai diagnózist kap. A család sok esetben igyekszik ezt titkolni, amíg lehet, ahogyan maga a pszichés zavarral kezelt személy is inkább beszél testi panaszokról, ha ismerősök érdeklődnek az állapotáról. A betegség következtében a barátok megfogyatkozása, az addigi munka elvesztése, a párkapcsolat megromlása és a családtagok büntudata mind olyan következmények, amelyek a beteg emberben a megbélyegzettség érzését kelthetik, teret adva az önstigmatizáló folyamat elindulásának. Ez tovább csökkentheti a személy önbizalmát és növeli a kirekesztettség érzését. A mentális zavarokról a laikusoknál jóval több, szakszerű információval rendelkeznek az egészségügyben dolgozó ápoló szakemberek, hiszen az alap és szakképzések minden szintjén, illetve a felsőoktatás képzéseiben is megjelenik tantárgyként a pszichiátria klinikuma és ápolástana. Ennek ellenére az értekezés 2.5.1. fejezetében részletesen

bemutatásra kerülő nemzetközi kutatások bizonyították, hogy az előítéletektől és megbélyegző attitűdtől az egészségügyben dolgozó szakemberek sem mentesek. A pszichiátriákon dolgozó ápolók tevékenysége alapvetően más, mint a többi szakterületen dolgozó ápolóé, mert a fizikai ápolás mellett speciális, a beteg lelkére ható, „pszichikus ápolást” is el kell sajátítaniuk. [2] Napjaink pszichiátriai osztályain a korábbi „örökből” az ápolók betegeket támogató, gyógyító pillérré váltak. Megértik a betegek problémáit, értelmezni tudják a megnyilvánulásait és magatartásuk, reakcióik nyugtató hatással vannak a betegekre. [3] A modern pszichiátriai ellátás ma már elképzelhetetlen a magasan képzett, empátikus, autonóm gyakorlati szakemberként az orvossal team-ben együttműködő szakápolók nélkül. Mindazonáltal, a mentális betegek korszerű ápolása nem szűkül le kizárólag a pszichiátriai osztályokra, mivel ezek a betegek az egészségügyi rendszer minden szintjén megjelennek. Mike Walsh szerint az ápolás filozófiája: *„tisztelően tartani az emberi életet, az ember méltóságát és jogait, az egyént nemzetiségétől, fajtájától, bőrszínétől, korától, nemétől, vallási meggyőződésektől vagy társadalmi helyzetétől függetlenül ápolásban részesíteni”*. [4] Az ápolás tehát olyan tevékenység, amely megkívánja a beteg emberek feltételek nélküli elfogadását, egy olyan pozitív attitűdöt, amely az ápolás eredeti missziójával összhangban, nem a beteg tulajdonságait, viselkedését helyezi előtérbe, hanem a teljes embert.

Az értekezés az egészségügyi szakdolgozók mentális betegségekkel kapcsolatos ismereteit, és a betegségben érintett emberekkel szembeni attitűdjét középpontba helyező, saját kutatás adataira épül. A pszichiátriai ápolás történeti alakulásán túl bemutatja a ma uralkodó nézőpontokat, a stigmával kapcsolatos általános elméleteket, valamint a mentális zavarokhoz kapcsolódó stigmát. A nemzetközi és hazai szakirodalom legfontosabb kutatási eredményeit feltárva, a saját vizsgálat eredményeiből levont következtetésekkel támasztja alá az ápolóképzésben mutatkozó hiányt, és az attitűdformálás szükségességét.

1.1 A pszichiátriai ápolás történeti áttekintése: a fejlődés főbb állomásai a pszichiátriai betegekhez való viszonyulás tükrében

Az évszázadok során a mentális zavarban szenvedő emberekhez való viszonyulásnak számos példája ismert. A történelem előtti idők embere azt gondolta, hogy a jó és a rossz erők csatározásának színtere az emberi test és lélek, a rendellenes viselkedés pedig akkor

alakul ki, ha a csatában a rossz szellemek győzedelmeskednek. Gyógyítani a rossz erők kiűzésével próbálták a beteg embereket, amelynek egyik módja lehetett a koponya trepanációja. [5] Az ókorban elsősorban a betegeknek önmaguktól való védelmére helyezték a hangsúlyt. Nem voltak kórházak, ahová beküldhették volna a mentális problémával élőket, hanem a saját otthonukban zajlott az ápolásuk. A görög orvosok felismerték, hogy a betegek gyógyulásában fontos szerepe van a lelki folyamatoknak. A mentális egészség javítására alkalmazott „templomi medicina” az orvosok istenéről, Aszklepioszról elnevezett templomok csarnokaiban, nyugodt, szép környezetben megélt álmok révén biztosított felépülést a betegeknek. Figyelemre méltó, hogy az ókorban nem a társadalomra és embertársaikra veszélyes egyéneket láttak a mentális betegekben. A fogyatékoságot, a szenvedést, az elme zavarát, illetve a furcsa tünetekkel járó állapotokat „szakrális jelnek” vélték. Hanghalló embereknél például isteni hatalmakkal való kommunikáció bizonyítékának tekintették a hangokat. [6] Hippokratész volt, aki a kor „paradigmaváltójaként” az addigi természetfölötti erők befolyásolására irányuló mágikus szertartások helyett a racionális okok keresésére, és az empirikus tapasztalaton alapuló, természetes gyógyítási módokra helyezte a hangsúlyt. A négy hippokratészi nedvnek-vér (haima), nyák (phlegma), sárga epe (chole) és fekete epe (melanchole)-jellem és lelki alkat formáló szerepet tulajdonított, a nedvek egyensúlyi helyzetét tekintette egészségnek (eukrázia), a nedvegyensúly megbomlását pedig betegségnek (diszkrázia). [7] Az ókor szemléletmódja, az Istennek tulajdonított magyarázatokon túlmenően fejlett, demokratikus társadalmakra utal, melyekben a mentális betegek szegregációja nem alakult ki. Később, a középkorban más irányt vett a közgondolkodás. Elsősorban Európában már nem a betegek védelme, hanem a velük szemben való védekezés volt a fő cél. Felerősödtek az ókor előtti idők demonológiai elvei, erős egyházi befolyással. A közösségre veszélyes személyek felismerését és elpusztításának módját magyarázó, külön szöveggyűjteményt adott ki az egyház. A „gyógyító kezeléseket” szinte kizárólag papok végezték. Nem beszélhetünk ebben a korban ápolásról, mivel nem tartották betegnek ezeket az embereket. A furcsa viselkedés és az esetenként bizarr tünetek hátterében rossz szellemek működését feltételezték. A „gyógyításukra” misztikus ördögűző szertartásokat végeztek, ketrecbe zárták vagy a városból száműzték őket, de nem volt ritka az ilyen „közösségre veszélyes egyének” kínvallatása és kivégzése sem. Egyes becslések szerint több millióan haltak bele a „lélek megmentésére tett

kísérletekbe”. [8] Az egyházak által fenntartott intézményekből később állami elmebeteg-intézményekbe, *asylumokba* kerültek az emberek. 1247-ben egy olasz püspök alapította Londonban a világ egyik legrégebbi olyan kórházát is, ahol elmebetegeket ápolnak. A Betlehem Királyi Kórház, vagy, ahogy az angol polgárok által ráragasztott becenevén ismertté vált, a „Bedlam,” Európában elsőként „szakosodott” arra, hogy mentálisan beteg emberek számára nyújtson menedéket. A 600 éve folyamatosan működő intézményben a 17.-18. század éveiben az emberi fajt érintő egyik legnagyobb csapást, az „őrületet” nyílt színházi előadásná avanszálták. 1 pennyért bárki megnézhetette a borzalmas körülmények között sínylődő, rongyokba burkolódzott, szomorú sorsú embereket a fűtetlen, zsúfolt helyiségekben. A vezetővel indított látogatások divatossá váltak a tehetős angol polgárok körében. A nehezen kezelhető, vagy agresszív emberek vízbe merítése, leláncolása, szájának beragasztása gyakran alkalmazott módszer volt a megnyugtatásukra. [9] A hírhedt intézmény a pszichiátria történetében az egyik legszégyenletesebb példa a tudás hiányából fakadó, félelmeken alapuló kegyetlenségre, kirekesztésre, embertelen bánásmódra. Amikor 1798-ban Philippe Pinel francia orvos megszabadította betegeit a bilincsektől, az orvostudományban egy új szak indult el. Ekkortól tekintették az elmezavart betegségnek, és Pinel volt az, aki kifejlesztette a tanulmányozásukra használható módszert. Lassú volt az átmenet a középkori módszerekből a humánus betegápolásba. Bár az olasz Vincenzo Chiarugi már 1788-ban az *erőszakmentes ápolás* bevezetésén munkálkodott, több európai országban ápolónak csak durva, iszákos, primitív emberek mentek azokban az időkben, akik erőszakosan bántak a betegekkel. A változás folyamata mégis elkezdődött, lassan megszabadultak Európa más országaiban is a betegek a láncoktól. Az első olyan kórházak, amik a mentális zavarban szenvedők elhelyezésére szolgáltak, a 19. században épültek. A korszerű kezelési módok hiányában ezek az intézmények is főként a mentális betegek társadalomtól való elszigetelését szolgálták, és a betegek gyógyítása a külvilágtól elzárva történt. Az ópium, bróm és ezek származékai, valamint kádfürdők és rácsos ágy alkalmazása jelentették a terápiás lehetőségeket. A századfordulón bevezetett aktív kezelési módok, a görcskezelés, tartós altatás, lázkezelés, az inzulinkezelés és a leukotómia változást hoztak a gyógyításban. A pszichiátria intézményesítésével nagy iramban fejlődni kezdett az agykutatás. A teljesség igénye nélkül említve Bleulert, Kraepelint, Alzheimert, vagy Sigmund Freudot, kijelenthető, hogy az emberi elme gyógyításának egyik legtermékenyebb és legtöbb

tudományos felfedezését adó korszaka volt ez. A pszichoanalízis, pszichoterápia és a hipnózis korszakalkotó módszerek, melyek új fejezetet nyitottak a pszichés működések tanulmányozásában és a gyógyításban. A második világháború, összhangban a magyarországi eseményekkel, hatalmas károkat okozott a tudományos munka és az ellátórendszer fejlődési folyamatában. Az újra építkezés megújulást és a szemléletmódban is bekövetkező változásokat hozott. Fokozatosan egyre több intézmény „open door” rendszerben látta el a betegeket, megkezdte működését a gondozóhálózat, és az átmeneti intézmények (nappali szanatórium, munkaterápia, éjjeli szanatórium, foglalkoztató, védett munkahely stb.) mellett a természetes erőforrások, a beteg saját környezete és családja is nagyobb szerephez jutottak a gyógyításban. A mentális betegségek kezelésében az 1950-es években indult el az a gyógyszeripari forradalom, amely az első antipszichoticum és antidepressívum felfedezése után néhány évvel a hangulati betegségek kezelésére alkalmazható lítiumot is felfedezte. [8] Napjainkra a pszichiátriai kezelésmódok óriási fejlődésen mentek keresztül. Számos új gyógyszer, pszichoterápiás módszer, szocioterápiás eljárás segíti a mentális betegek mielőbbi felépülését és a társadalomba való reintegrációját. Több országban az évtizedekkel ezelőtt bekövetkezett paradigmaváltás eredményeképpen, a mentális betegségek gyógyítását az intézményközpontú ellátásról, a közösségi alapokra helyezték át. Európában Olaszország hajtotta végre a legradikálisabb változtatásokat, ezen belül is Trieszt volt a változások „zászlóshajója”. A Franco Basaglia nevével fémjelzett pszichiátriai reform során bezárták a krónikus pszichiátriai betegek nagy, zárt intézeteit és a hagyományos „elmekórházakat”. A betegek szociális és egészségügyi ellátását mentális egészségközpontokba szervezték, a közösség erőforrásainak felhasználásával. Kialakult a civil szolgáltatások átfogó rendszere, szociális szövetkezetek jöttek létre a mentális betegek segítésére, és nagy hangsúlyt kapott az önsegítés. [10] A franciaországi Lille-ben is a 70-es évek végén kezdték meg a reformokat. Első lépésben az ellátás centrumát a pszichiátriai kórháztól a közösség felé mozdították el, a második lépésben pedig megtörtént a decentralizáció és az egészségügyi, szociális, valamint a kulturális szolgáltatások közös elindítása. A rendszer fő jellemzői: az elérhetőség, az ellátás folyamatossága és az interszektorális együttműködés. Az ellátás egyik kulcsszereplője az a szakápoló, aki a háziorvos által beutalt beteget a centrumban fogadja, és 24 órán belül elkészíti az állapotfelmérést, akut esetben pedig még aznap pszichiáterhez juttatja a

segítségre szoruló személyt. Franciaországban a mentális egészségügyi szolgáltatásokat az egészségügyi szektor és a rokkantak számára fenntartott mediko-szociális szektor nyújtja. Norvégiában a 2000-es évek elején hajtották végre azokat a reformokat, amelyek nyomán a nagy pszichiátriai kórházakból az ellátást a helyi szolgáltatások felé mozdították el. A közösségi alapú szolgáltatások köré szerveződött, új rendszerben drasztikusan csökkent a pszichiátriai intézményben élők száma, a betegek túlnyomó része napjainkra már intézeten kívül él. [11] Spanyolországban, az 1980-as években, az Andalúzia régió által végrehajtott reformok egy deinstitutionalizációs folyamat során, az összes pszichiátriai kórház bezárását, közösségbe integrált, specializált mentális egészségügyi szolgáltatási hálózat kiépítését, valamint interszektoriális szakpolitikát eredményeztek. A régió példája később egész Spanyolországra kiható reformokat indított el. 2007-ben megalkották a Mentális Egészségügyi Stratégiát, melynek számos célkitűzése között szerepelt a közösségi alapú szemlélet befogadása, a korlátozó intézkedések terén a beteg méltóságának legmagasabb fokú tiszteletben tartása, a mentális betegek megbélyegzésének kiküszöbölése és a személyzet speciális képzése is. [11] Az Egyesült Királyságban a közösségi mentális egészségügyi szolgáltatások széles palettáját alakították ki. Az alapellátási szolgáltatásokon túl válságmegoldó csoportok (CRT), asszertív támogató csoportok (AOT), korai beavatkozási csoportok, otthoni, vagy közösségi támogató szolgáltatások működnek, speciálisan képzett szakemberek, magasan kvalifikált ápolók, közösségi fejlesztők, felépülési szakértők közreműködésével. A korlátozó, kontrolláló intézményi környezetről a komplex, integrált egészségügyi és szociális ellátásra áttérő modellt alkalmazta Svédország is, az 1995-ben jóváhagyott pszichiátriai reformtörvényt követően. Napjainkban a legtöbb nyugat-európai országban megtörtént a pszichiátriai ágyak csökkentése és a nagy pszichiátriai intézmények bezárása, párhuzamosan a közösségi ellátórendszer kifejlesztésével. Közép és Kelet-Európa országaiban, köztük Magyarországon is, a kórházi ágyszámcsökkentésre, intézmény bezárásra voltak példák, de a közösségi kapacitások arányos fejlesztése nem követte ezeket. [11] A magyar pszichiátriai ellátórendszer fejlődéstörténetének rövid ismertetése megvilágítja azokat a mérföldköveket, amelyek a napjainkban zajló strukturális változásokat megelőzték.

1.2 A pszichiátriai betegek ellátása Magyarországon

A középkori Magyarországon, a foucault-i „bolondok hajója” fogalomnak megfelelően a pszichiátriai betegség isteni büntetésnek számított, ennek következtében a stigmatizáció és a kirekesztés volt a válasz rá. [12] A többi európai országhoz hasonlóan a szegény betegek ápolására a vagyonosabb közösségek betegházat, ún. ispotályt alakítottak ki, ahol a betegeket az egyházhoz tartozó személyek, elsősorban szerzetesek gondozták. A korabeli források szerint a városok közel háromnegyedében csupán egy-egy ispotály működött, csak a királyi székhelyeken, Budán, Esztergomban, Székesfehérváron, a leggazdagabb bányavárosokban és néhány püspöki székhelyen működött egynél több ispotály. Itt különítették el a fertőzőbetegeket, az egyedülálló, önmaguk ellátására képtelen időseket, szegényeket, árvákat és az „elméjükben zavartakat” is. [13] Ugyanakkor az utcán kóborló, szerencsétlen emberek látványa nem volt ritka ebben a korszakban. Később börtönök, szegényházak zárt celláiban helyezték el a furcsa, bizarr viselkedésű, sokak számára ijesztő embereket. Önálló, kizárólag pszichiátriai betegeket gyógyító intézmény 1842-ig nem volt Magyarországon, a súlyos eseteket kancellári közbenjárásra Bécsbe, illetve az 1790-es alapítása után a prágai intézetbe szállították. A pesti Rókus Kórházban csaknem a kezdetektől, 1795-től voltak elkülönített helyiségek elmebetegek számára, amelyek inkább cellák voltak, mint kórtermek. Először egy korszerű, nem csak őrzést, hanem gyógyítást is megvalósító pszichiátriai intézmény 1842-ben Pesten, magánvállalkozás keretében jött létre, de a magas ápolási díjak miatt 3 év múlva bezárta a kapuit. Az 1848-as forradalom után változás következett be, melynek nyomán 1851-ben rendeletben tiltották meg, hogy az elmebetegeket börtönökben helyezték el. Igaz, a tilalmat még ekkor sem a betegek, hanem a velük közösen fogvatartott bűnözők védelme érdekében hozták. [14]

Az első elmeorvosintézetet Schwartz Ferenc alapította 1852-ben Vácon, amely később Budára költözött. Valójában ekkortól beszélhetünk magyar pszichiátriáról. Ezt követően indult el az intézményesítés, sorban nyíltak a hasonló intézmények és a nagyobb magyar kórházakban is elmeosztályokat alakítottak ki. 1868-ban az Országos Téboldya (később Lipótmezei Elme és Ideggyógyintézet, majd a 2007-es megszüntetéséig OPNI) felépítése lehetővé tette az ország egész területéről a pszichiátriai betegek felvételét. 1869-ben, tehát a nyitás után már egy évvel az intézet igazgatója szinte könyörgő levelet

intézet a minisztériumhoz, hogy a 800 fő ellátására tervezett, de akkor még csak 220 beteget ellátó tébolydában engedélyezze a 30 főnél nagyobb ápolói létszámot. A minisztérium a lehető legkisebb költségen akarta az intézményt működtetni, ezért elutasította azt a javaslatot, hogy a „feltöltési folyamat” során, az osztrák példát követve, minden hat felvett új beteg után egy új ápoló is felvételre kerüljön. 1876-ban a közegészségügyi törvény elmebetegekre vonatkozó rendelkezéseivel megszületett az első elmetörvény. A tébolydai ügyet a törvény összesen 6 szakaszban rendezte (71-76§), és a bekerülés szempontjából a gyógyíthatóság és a közveszélyesség kritériumai alapján határozta meg az elmeegógyintézeti elhelyezést. [15] Összességében a törvény elsődleges célja a társadalom védelme volt a gyógyíthatatlan ön- és közveszélyes betegektől. [16]

A századfordulóig a nagyfokú zsúfoltság miatt az újabb intézmények létrehozásának igénye fokozottan jelen volt a hazai ellátásban. Az új terápiás módszerek bevezetésével és elterjedésével azonban egyre kevésbé volt szükség nagy kórházak létesítésére. A 20. század elején kezdtek megalakulni a Családi Ápolási Telepek, amelyek minden addigi ápolási módnál humánusabb ellátást nyújtottak a pszichiátriai betegek egy részének. Az ellátás lényege az volt, hogy szigorú szakmai kontroll biztosítása mellett, befogadó családoknál helyezték el a krónikus pszichiátriai betegeket. Ez a közösségi elveken működő gondozási forma a korszak világszínvonalú rehabilitációs kezdeményezése volt, többek között Dicsőszentmártonban, Balassagyarmaton és Nyitrán. A családgondozás hozzájárult ahhoz, hogy az állandó zsúfoltsággal küzdő tébolydák a betegek „kihelyezésével” felszabadítsák a férőhelyeket. A befogadó családok akár évtizedekig biztosították az intézményen kívüli, közösségben történő lakhatást és ellátást. [17] A beteg emberek számára rendszeres orvosi ellenőrzést és mezőgazdasági munkát biztosító, a befogadók számára pedig fizetséget nyújtó ellátás tekinthető a mai közösségi pszichiátria elődjének. [18]

A háború sajnos felemésztette az addig jól működő gyógyító egységeket. Az „örökletes degenerációs elmélet” alapján a náci „Eutanázia Program” T4 Akciója keretében kb. 80 ezer mentális zavarral élő embert végeztek ki. [8, 19] A háború utáni évtizedekben a már meglévő, nagy elmeegógyintézetek mellett leginkább a kórházakban kialakított ideg-elmeegógyászati részlegek végezték a betegek gyógyítását. A kommunista diktatúra által a tulajdonos nemesi családoktól elvett, államosított régi kastélyok az iskola, magtár,

mezőgazdasági iroda funkció mellett gyermekotthonokká váltak, illetve idős, fogyatékos, vagy pszichiátriai beteg célcsoportok bentlakásos otthonai lettek. Az évtizedek óta jól működő Családi Ápolási Telepeket megszüntették és a szocialista ideológia mentén, a vidéki kastélyokba „számúzték” a mentális zavarral élő, illetve fogyatékos emberek ezreit. [20]

Lassan változott a mentális zavarokkal szembeni látásmód. Az intézményekben szocializálódás ment végbe, az ajtók egyre inkább „kinyíltak”. Nappali szanatóriumok, munkaterápiás intézetek, foglalkoztatók, illetve klubok jöttek létre a betegek számára. Megkezdte működését az ellátórendszer progresszív eleme, a sokak szerint „hungaricumnak” számító pszichiátriai gondozó hálózat is. [8] Mégis, a szemléletváltás dacára is, sokáig fellelhető volt a régi eszme, a „közösségi érdek”, amely a krónikus pszichiátriai betegek szociális otthoni ellátását tudatosan a lakóhelytől, és lehetőleg a fővárostól távol, az országhatárhoz közel, a periférián kívánta megoldani. Napjainkban a döntéshozók számára az egyik legnagyobb kihívást ezeknek a goffmani értelemben vett „totalitárius” intézményeknek a megszüntetése jelenti. Az intézménytelenítés, vagy köznapi nyelven a „férőhely kiváltás” hosszán elhúzódó szakpolitikai reformfolyamat, amely stigmaellenes szerepének jelentősége okán, az értekezésben külön fejezetet kap.

A rendszer megváltozott, pszichiátriai betegek ma már az egészségügyi és a szociális ellátórendszerben egyaránt jelen vannak Magyarországon. Az ellátás folyamata az első tünetek megjelenésétől a kezelési lehetőségeken keresztül, a rehabilitációig, a **4. számú mellékletben** részletesen nyomon követhető.

Az ellátórendszer átalakulása során egyre több kritika érte a paternalista gyógyítást is. A mentális betegségben szenvedő ember a 21. századra autonóm személlyé vált, aki beleszólhat a saját orvosi kezelésébe. Előtérbe kerültek a betegek jogai, felértékelődött az emberi méltóság és megtörtént az alapvető emberi jogok jogszabályi szintre emelése. A pszichiátriai betegek intézeti gyógykezelésének szabályait az 1997. évi CLIV törvény határozza meg, mely az elrendelésre jogosultak körét, ezen belül a szakápoló által ideiglenesen elrendelhető korlátozás alkalmazását is szabályozza. A betegek felvételével és a korlátozó intézkedésekkel kapcsolatos részletes szabályokat külön rendelet tartalmazza. A 60/2004. (VII. 6.) számú ESZCSM rendelet az elrendelés kritériumain, a korlátozás formáin, időtartamán és az intézeti eljárásrendre vonatkozó előírásokon túl, az

ápolás körülményeire, a betegmegfigyelésre és az ápolási dokumentációban rögzítendő adatokra vonatkozó szabályokat is deklarálja. [21]

1.3 A pszichiátriai ápolástan oktatásának kialakulása, jellemzői az egészségügyi felsőoktatásban és a szakképzésben

Magyarországon viszonylag későn indult meg az ápolóképzés. A 19. században alapított elmegyógyintézetekben nem volt megfelelően képzett ápolói gárda. Mivel az ápolást a legtöbbször átmeneti munkának, nem hivatásnak tekintették, nem nevelődött ki hozzáértő ápolói réteg. Az ápolók között volt iparos, kocsis és paraszt, illetve sok kétes egzisztenciájú személy, akiknek az ápolói tevékenysége erősen kifogásolható volt. Az orvosi tudományos üléseken számos esetben téma volt a krónikus ápolóhiány miatti kényszerű „munkáltatói kompromisszum”, a képzettség hiánya, az alacsony ápolói bérek, a szakma megbecsülésének hiánya és a betegekkel nem megfelelően bánó ápolók problematikája. Az elmeorvosi értekezlet egyik tagja, báró Dr. Babarczy-Schwartzter Ottó szorgalmazta az ápolóképzés megindítását:

„Jó ápoló személyzet csak kellő iskolázottság: előkészület és megfelelő ellenszolgáltatás: jó díjazás kilátásba helyezése mellett nevelhető, de minthogy a mi viszonyaink között azoknak, akik az elmebeteg ápolást életfeladatnak tekintik, eddigelé nincs módjukban szakképzettséget szerezni, erre nézve minősítési kelléket a tisztességes magaviseleten és az egészségen kívül sem a köz, sem a magánintézetben nem lehet felállítani.” [22]

Már ekkor javaslatok hangoztak el arra vonatkozóan, hogy a takarítói munkát, a betegek ruházatának, cipőjének tisztítását és az általános, cseléd munkakörbe tartozó tevékenységeket válasszák el az ápolási munkától. Szervezett ápolóképzés csak 1912-ben indult el a lipótmezei tébolydában, Babarczy-Schwartzter Ottó igazgató munkájának köszönhetően. [15] Speciális, pszichiátriai ismereteket nyújtó, országosan szervezett képzésre 44 évet kellett várni. Az 1950-es években elkezdték szétválasztani a takarítói és egyéb munkaköröket az ápolástól. Kialakult a II. Világháború utáni ápolóképzés új rendszere, és megvalósulhatott az első, „elmebeteg ápoló” szakképesítést adó képzés is. [8, 23] A szakképzés fejlődése az évtizedek során a pszichiátriai ápolás specializálódását eredményezte. A szakképesítés megnevezése a kezdetektől napjainkig a következőképpen alakult:

- elmebeteg ápoló (1956-1971)
- ideg- elmeápoló (1972-1984)
- pszichiátriai ápoló és gondozó (1978-1999)
- klinikai szakápoló - pszichiátriai és mentálhigiénés szakápoló (2000-2008)
- pszichiátriai szakápoló (2009-2012)
- pszichiátriai szakápoló és gyógyfoglalkoztató (2013-) [23]

A főiskolai képzés 1975-ben indult el, de kezdetben csak egészségügyi szakoktatók és intézetvezetők oktatását végezte. Az első diplomás ápolóképzés 1989-ben levelező, majd 1990-ben nappali tagozaton vette kezdetét Budapesten, melyet később az ország további, orvosi egyetemekhez kötődő egészségügyi főiskolái is követtek. (Pécs, Szeged, Debrecen) A képzés mára átalakult, és a bolognai folyamat eredményeként létrejött felsőoktatási rendszerben a 2006/2007-es tanévtől BSc, a 2009-2010-es tanévtől pedig MSc fokozatú ápolók képzése történik az egészségtudományi karokon. A változás később a képzőhelyeket is érintette, hiszen ma már nem csak orvosképzést folytató intézmények égisze alatt indítható ápolóképzés, hanem más egyetemek főiskolai kara is folytathat ilyen tevékenységet. [24] A „*Pszichiátria és ápolástana*” az ápolás és betegellátás szak, ápoló szakirányú képzés 7. félévben megjelenő kötelező tárgya, 48 órában. A hozzá kapcsolódó területi pszichiátriai ápolási gyakorlat 72 kontakt gyakorlati óra, és 18 egyéni óra, pszichiátriai fekvőbetegeket ellátó intézményben. (pl. Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika [SE PPK], Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet [OPAI] stb.) A pszichoaktív anyagok használatával összefüggő ismereteket a kötelező „*Addiktológia*” tárgy keretében, a 4. félévben, 12 elméleti órában tanulják. „*Kommunikáció és személyiségfejlesztés*” tantárgy 24 gyakorlati órában az 1. félévben kerül elsajátításra. A gyakorlat önismereti moduljában asszertív technikákat és szorongáscsökkentő technikákat tanulnak a hallgatók. Az „*Ápolásetika*” tárgy „*speciális etikai kérdések*” tananyagrészen, más speciális esetek között szerepelnek a pszichiátriai betegek ellátásával kapcsolatos etikai kérdések is. Fogyatékosággal kapcsolatos ismeretek a gyógytornász szakirány „*Rehabilitáció*” szabadon választható tantárgya keretében sajátíthatók el, mely kifejezetten a fizikai károsodásra összpontosít, a pszichoszociális fogyatékoság nem része a tananyagnak. [25]

2013 óta az „Ápoló” képesítésre ráépülő, 55 723 14 azonosító számú „Pszichiátriai szakápoló és gyógyfoglalkoztató” megnevezésű szakképesítés szereshető az OKJ rendszerben. A képzés óraszámá 1200-1440 óra, melyből 45% elmélet, 55% gyakorlat. Más szakképesítésekben a pszichiátria tantárgy hosszú ideig a neurológiával kapcsoltan, 30 körüli óraszámaban volt oktatan. Az OKJ 2013-as módosításakor a szakképzési kerettantervek is módosultak, a neurológia és a pszichiátria szakápolástana külön tantárgy lett. Az OKJ rendszer 2019-ben megkezdett átalakítása az eddigi szakképzési kerettanterveket is érintheti, a változás konkrétumai egyelőre nem ismertek. [26] Tény viszont, hogy a mentális betegségekkel kapcsolatos attitűd, az elfogadás, az agresszió problémája, a stigma leküzdése mostanáig a szakképzésben az oktatók egyéni felkészültsége, érdeklődése és ambíciói függvényében jelentek meg a tananyagban.

2 IRODALMI ÁTTEKINTÉS

2.1 A stigma fogalma, elméletei

A Magyar Etimológiai Szótár a stigma szót a következőképpen határozza meg: ” *a stigma testi jel, bélyeg, folt*”; *‘szégyenbélyeg’*; *‘egyres misztikus szentek testén a megfeszített Jézus sebeinek helyén megjelenő, vérző sebek’*. Ez általában a hívő emberek, aszkéták, későbbi szentek testén váratlanul megjelenő sebeket jelenti, amelyek helye azonos a Krisztus testén ismert sebekével. Eredetileg a görög „*stigma, stigmatosz*” (‘állat bőrébe égetett bélyeg; ismertetőjel, szégyenbélyeg’) nyomán alakult ki a *stigmatizál*: ‘megbélyegez, elítél’ és a *stigmatizáció*: ‘a vallásos stigmák megjelenése’; ‘megbélyegzés’ nemzetközileg használt szócsaládja. [27]

A *stigma* szó forrása viszont a görög *stidzó*, ‘szúr, bök, megjelöl, beéget’ ige, és a jelentése olyan bélyeg, eltávolíthatatlan jegy, amelyet tüzes vassal égettek bele a bőrbe. Az ókorban ilyen stigmával jelölték meg a rabszolgákat és a katonákat, általában a kezükön vagy a homlokukon, hogy az uruk vagy parancsnokuk megismerje, és számontarthassa őket. Szégyenbélyeggel jelölték a rágalmazókat, a tolvaj, vagy szökevény rabszolgákat, ők voltak a „*stigmatias*”. [28]

A nem konkrét testi, hanem szociálpszichológiai értelemben történő megbélyegzés a jelenkori társadalomban tapasztalható negatív töltetű jelenség. Olyan emberek „elkülönítő” mechanizmusaira, megkülönböztetésére használják, akik valamilyen tulajdonságuk, testi jegyeik, általános állapotuk, egészségi állapotuk, szociális helyzetük, életmódjuk és cselekedeteik miatt eltérnek a „normálistól”, vagyis azon embertársaiktól, akik nem rendelkeznek hasonló jellegzetességgel. „*A stigmák azonban nemcsak a szociálpszichológiai tájékozódás számára fontos tereptárgyak egy társadalomban. Annyi érdekes és lényegi társadalmi jelenség, folyamat érhető tetten bennük, hogy alkalmasak lennének az egész társadalomnak egyfajta negatív leképezésére. Amíg ugyanis a pozitív értékek belülről, - a feléjük törekvéssel- addig a stigmák kívülről, - az előlük menekvéssel- tartják egyben a társadalom gerincét alkotó, se kiváló értékkel, se kiáltó stigmával nem rendelkező "normálisok" világát.*” [29, 44]

Napjainkban a vallási értelmezés háttérbe szorult, jellemzőbb a stigma szégyenfoltként való értelmezése, illetve a különböző testi rendellenességek látható jeleire való utalás.

Erving Goffman kanadai szociológus 1963-as művében a stigmát olyan attribútumként, vagyis hozzárendelt jellemzőként, elválaszthatatlan tulajdonságként írja le, amely leértékeli, „romlott”, hiteltelen személlyé teszi a hordozóját. A pozitív attribútumokkal felruházott személy mindaddig „rendes ember”, amíg az előzetesen neki tulajdonított szociális identitásról be nem bizonyosodik, hogy az „virtuális”. Ekkor a személy nem tud megfelelni az elvárásnak, a megbélyegzés hatására leértékelődik, megszűnik *teljes emberré* lenni. A stigma, mint negatív attribútum, a vélt és a valóságos szociális identitás közötti különbséget jelenti. Minél nagyobb ez a különbség, annál erőteljesebb a megbélyegzés. [30]

2.2 A stigma komponensei

A stigma összetett fogalom, amely a következő fogalmi komponensekből épül fel:

Előítéletesség: az előítéletek előre kialakított vélemények, melyek a tények figyelembevételével, de merev, vagy hibás általánosításon alapulnak. *G.W. Allport* szerint az előítélet valamely személlyel szemben érzett idegenkedő vagy ellenséges attitűd, melynek alapja az illető személy olyan csoporthoz tartozása, amelynek negatív tulajdonságait ezáltal az adott személyről is feltételezik. [31] A Magyar Nagylexikonban található értelmezés szerint az előítéletek megelőzik a valódi információkat, *tudáshiányt tükröznek*. A valóságról alkotott konkrét benyomások nélkül, pusztán tulajdonságokra vagy társadalmi státuszra vonatkozó előzetes ítélethozatalt jelentenek. [32] Az előítéletesség tehát egy olyan, alapvetően negatív attitűd, mely sztereotípiákra, kategóriákra alapozott vélemény kialakítás többnyire konkrét tapasztalatok nélkül.

Diszkrimináció: az eredetileg latin szó megkülönböztetést jelent. Szociológiai értelemben olyan viselkedés, tevékenység, cselekedet vagy kijelentés, mely kihat egy személy vagy csoport esélyegyenlőségére. Pozitív és negatív értelemben is használatos, de a mentális zavarral élőkkel kapcsolatosan leginkább negatív kontextusban fordul elő. A negatív diszkrimináció hátrányos megkülönböztetés, olyan ösztönös vagy tudatos kirekesztés, amelynek ürügye a személy vagy csoport másoktól eltérő tulajdonsága. [33, 34]

Depriváció: megfosztottság, olyan dolgok hiánya, amelyeket egy adott társadalomban elérendő minimumnak, kívánatosnak tartanak, és a többség rendelkezik velük. Szociálpolitikai értelemben valami jótól való megfosztottságra utal. Nem csupán az

anyagi javak hiányát jelenti, hanem az emberi kapcsolatok, a munkavállalási lehetőség, a lakhatás vagy a tudás hiányát is, melynek következtében az egyén a társadalom ezen tényezőket birtokló tagjai közül kirekesztődik. [33, 34, 35]

Deviancia: a társadalmi közmegegyezéssel, az elfogadott társadalmi normákkal ellentétes magatartásforma, mely magában hordozza a társadalmi beilleszkedés zavarát. Az, hogy egy társadalomban mi minősül deviánsnak, az adott társadalom kultúrája, szokásai, és a kijelölt intézmények, (pl. rendőrség, bíróság, pszichiátriák stb.) válaszreakciói döntenek el, amit az egyén viselkedésére adnak. A nem organikus eredetű pszichiátriai betegségek legtöbbször ebbe a kategóriába beilleszthetők. [33, 34, 36, 37]

Medikalizáció: eredetileg szociológiai fogalom, de az orvosi szaknyelvben is megjelent az 1960-as évek környékén. Azt jelenti, hogy olyan természetes jelenségeket, jeleket, az étellel kapcsolatos változásokat minősítenek orvosilag kezelendő problémának, amely korábban nem tartozott a medicina tárgykörébe. „Amit régen bűnnek tartottunk, azt ma sokszor betegségnek tartjuk, amit régen büntettünk, azt ma kezeljük.” A medikalizáció folytán orvosi kategóriába besorolt jelenség diagnózissá minősítődik, és az azzal foglalkozó intézményrendszer segítségére, terápiára szorul. [33, 36, 37, 65]

Pszichiatrizáció: a medikalizációval rokon fogalom, az orvosi kategorizálást jelenti az addig nem orvosi problémának minősülő jelenséggel szemben. Konkrét pszichiátriai diagnózisokba sorolás, pszichiátriai kórképként való minősítés, mely a továbbiakban terápiát von maga után. [33, 36]

Kriminalizáció: bizonyos jelenségek, állapotok, viselkedésmódok eredendően bűnnek való beállítása, pontos jelentése „bűnné tétel”. A mentális zavarokkal kapcsolatban még napjainkban is előfordul, hogy a bűnözőkkel azonos megítélés alá esnek, bár kétségtelen, hogy a modern orvosi technológiák megjelenésével a korábbi kriminalizáló szemléletet felváltotta a medikális nézőpont. [33, 37]

Pönalizáció: bizonyos jelenségek büntetendőnek ítéltése, előre büntetési kategóriába sorolása. Pönalizált - „büntetni rendelt”. [33, 38]

Marginalizáció: a társadalom peremére kerülés. Általában összefügg a szegénységgel. Elsősorban negatív értelmű jelentése van használatban, mindamellett, hogy pozitív érzésekkel, boldogan is élhet valaki a „centrumtól” távol. [33, 39]

A fenti fogalmakat nem lehet élesen elhatárolni. A legtöbb esetben egymással szoros összefüggésben jelennek meg, a megbélyegzés áldozatait többszörösen sújtva. A stigma fogalmát és az egyes komponensek egymásra hatását vizsgáló kutatások elméleti klasszikusan *stigmatizáló attitűdök* összjátékaként határozzák meg a folyamatot. A *sztereotípiá, az előítélet* és a *diszkrimináció* együttes megjelenése, egymásra hatása jelenti a *stigma szociális kognitív modelljét*. [40] Az előítélet affektív, a sztereotípiá kognitív, a diszkrimináció pedig viselkedési válaszreakciót jelent az egyes társadalmi csoportokkal és képviselőikkel szemben. [41, 42]

A stigma fogalmát a szociológiai terminusok közé *Émile Durkheim* emelte be a XIX. század végén. A szociológus szerint a normák és az egyéni célok valamilyen válság hatására kialakuló konfliktusa következtében, zavar keletkezik a társadalmi normarendszerben. Ezek a zavarok a normák és a közös értékek meggyengülését jelentik, a társadalom „anómiás”, azaz értékvesztett állapotba kerül. Ennek következtében kerül felszínre a megbélyegzés, mint a társadalom alapvető működési és védekezési funkciója a tőlük eltérőkkel, a „másokkal”, a deviánsokkal szemben. [43]

2.3 A stigma típusai

A stigmának különböző típusai különíthetők el annak alapján, hogy ki a „megbélyegző” és ki a „megbélyegzett” személy, illetve a bélyeg jellegétől.

Goffman szerint „a mai társadalmak a stigmát az eredeti, ókori felfogásban értelmezett terminusként azoknak a csoportoknak, csoportok tagjainak a megjelölésére használják, melyben a csoport, a csoporthoz tartozó egyén valamely tulajdonsága valamilyen szempontból eltér a többségi csoport, társadalom általános, meghatározó tulajdonságától.” [44]

Goffman a durcheimi elméletet az ókori görög stigma terminusra építve alkotta meg a saját „szociális identitás” elméletét. E szerint a szociális interakcióban résztvevő

személyek észlelik egymás azonos, illetve eltérő tulajdonságait és ezek alapján kategorizálnak. Az osztályozás történhet az eredeti értelmezést követve, objektív tulajdonságok, „látható testi jegyek” szerint, és történhet nem objektív kritériumok alapján. Utóbbi jellegzetességekben nagyobb hangsúlyt kap a „szégyellnivaló”, az olyan eltérés, amely a többségi társadalom számára diszkreditáló jellegű, tehát a „normális” identitást rontja. [45]

2.3.1 A Goffman-féle tipizálás

Goffmann a stigmáknak 3 típusát különbözteti meg:

- a test elváltozásai (pl. genetikai eredetű torzulások, hegek, testi fogyatékoság)
- az egyén jellembeli „hibái” (pl. mentális zavarok, alkoholizmus, drogfüggőség)
- származás (pl.faj, nemzetiség, vallás) alapján.

Ezeket a típusokat együttesen is „hordozhatja” ugyanazon személy, aki ez által „halmozottan megbélyegzett” lehet. *Goffman* úgy véli, hogy ha az emberek egy nyilvánvaló stigmát észlelnek, akkor arra törekszenek, hogy a másik két típusra is kiterjesszék, összemossák egy nagy bélyeggé. Amennyiben testi fogyatékoságot látnak, igyekeznek hozzá jellembeli hibát kapcsolni, vagy a jellem nyilvánvaló hibáját származási tényezőkkel társítani. [29] Ha például egy szerhasználó személy roma származású, esetében a „kettős stigma” fokozhatja a nehézségeket a számára nyújtandó szakszerű ellátás során.

2.3.2 Közösségi stigma

Amikor egy nagyobb társadalmi csoport osztozik egy stigmatizált csoporttal kapcsolatos sztereotípiákban, és ez a velük szembeni viselkedésében is megjelenik, akkor beszélünk a *közösségi stigma*, „*public stigma*”, jelenségéről. [46] A mentális betegek csoportja is ilyen, a közösségi stigmában érintett populáció. Az attitűdök és hiedelmek sokaságából tevődik össze a nyilvános, közösségi stigma, amely az emberekben erősíti a mentális betegségekkel szembeni ellenállást, félelmet és a betegek elkerülését, diszkriminációját váltja ki belőlük. [47] Közösségi stigmában nyilvánul meg az a számos hiedelem, ami a szakemberek szerint kapcsolódik a pszichiátriai betegségben szenvedő emberekhez a társadalomban, és amelyeknek a jó részét „mítosznak” tartják. Többen azon a véleményen

vannak, hogy a mentális problémáknak nincs létjogosultságuk a komolyabb krónikus, szomatikus kórképekkel, például a diabetes mellitussal szemben. Sokan úgy gondolják, hogy a mentális betegségek egyenértékűek a mentális retardációval. A mentális zavarral küzdők egész életét és a betegségből való felépülésüket reménytelennek tartják. [48] Mítoszok övezik a szkizofrénia betegséget is. Belső útkeresésnek, hasadt, vagy kettős személyiségnek, valamint tehetetlennek és munkára, önálló döntésekre képtelennek tartják az ebben a kórképben szenvedő embereket. [48]

A mentális betegeket gyakorta ön és közveszélyesnek tartja a társadalom. A droghasználók a legveszélyesebbek mind önmagukra, mind a közösség tagjaira nézve, a közvélemény szerint. A szkizofréniaival diagnosztizált és az addiktológiai betegeket szintén erőszakos, önmagukra és másokra veszélyes személynek tartják, míg a depresszióban szenvedők főleg önmagukra veszélyesek a közvélemény szerint. [49, 50] Skandináv kutatók a szkizofrénia, a komorbid szerhasználat és a violens viselkedés közötti összefüggéseket vizsgálva megállapították, hogy önmagában a szkizofrénia betegség nem hajlamosít az agresszív cselekmények elkövetésére, a betegséghez társult szerhasználat ugyanakkor jelentősen fokozza a kockázatot. [51] Egyre elfogadottabb az a nézet, hogy a szkizofrénia és az agresszív viselkedés együttes megjelenése nem magának a betegségnek, hanem a vele együtt járó, egyéb tényezőknek a következménye. A komorbid szerhasználat, a premorbid személyiségjegyek (pl. gyenge impulzuskontroll) vagy a hátrányos családi helyzetből fakadó tényezők (genetikai faktorok, korai környezeti hatások) tehetők felelőssé leginkább a szkizofréniahoz gyakrabban társuló erőszakos cselekményekért. [52, 53] Hajlamos a közvélemény eltúlozni a pszichiátriai problémával kezelt emberek veszélyességét, és a velük kapcsolatban megélt kockázatot. Sok esetben a betegek nem elkövetői az erőszakos cselekményeknek, hanem az elszenvedői, őket éri bántalmazás. Felmérések támasztják alá, hogy a szerhasználat során mutatkozik a legtöbb agresszív viselkedés a betegek részéről. [54]

Egy 2007-es tanulmány szerint, ha az emberek úgy gondolják egy mentális betegségben szenvedő személyről, hogy a saját hibájából betegedett meg, ha veszélyesnek tartják őt, vagy úgy vélik, hogy ritka a betegsége, akkor nagyobb társas távolságot tartanak kívánatosnak vele kapcsolatban. [55]

A közösségi stigma nem csak a mentális betegséggel diagnosztizált emberre hat, hanem közvetve megbélyegzi annak családtagjait is. Előítéletekről számoltak be olyan személyek, akik szkizofréniában, bipoláris zavarban, vagy depresszióban szenvedő ember rokonai. [48]

A mentális betegséggel foglalkozó szakemberek számára megkerülhetetlen a stigma jelenség, mivel a megbélyegzéstől való félelem miatt nem szívesen kér segítséget a betegségben érintett személy. A stigma rontja a megkezdett kezelés során az együttműködést, hátrányosan befolyásolja a felépülési esélyeket, és elősegítheti az önstigma kialakulását. [48]

2.3.3 Az önstigmatizálás

Corrigan és munkatársai kutatták a stigma hatását az érintettek életére. A közvéleményben megjelenő megbélyegzés mellett rámutattak az *önstigma*, „*self stigma*” jelenségre is. [46]

A mentális betegséggel diagnosztizált személyek közül sokan, attól a pillanattól kezdve, hogy megkapják a diagnózist, önmagukra érvényesnek tekintik azokat a társadalmi, kulturális sztereotípiákat, amiket az életük során a pszichiátriai zavarokkal kapcsolatban a közösgében érzéltek. A közösségi stigma internalizálásával *önstigmatizációt* végez az egyén. Ha az előítéletek korábban az ő saját attitűdjében, viselkedésében is jelen voltak, még inkább sorscsapásnak érezheti a pszichiátriai diagnózist. [56] A mentális betegség diagnosztizálása után a korábbi sztereotípiák minden velejáróját, tehát a diszkriminációt is önmagára vonatkoztatja. [57]

Az önstigmatizálás rombolja a beteg ember önbizalmát, egyre kevésbé hisz a saját képességeiben, a stigma fokozatos súlyosbodása pedig maga után vonja a „*Why try?*” - hatást, („*Miért próbáljam meg?*” - hatás). A folyamat kialakulását *Corrigan* és *Watson* 4 lépcsős progresszív elméleti modelljében mutatja be. [58, 59] Az *awareness*, vagyis tudatosság a kezdete a folyamatnak, melyet az *agreement*, azaz egyetértés, tehát a stigmák önmagára való elfogadása követ. Az *application* lépcsőfok a stigma alkalmazását jelenti, ami elindítja az egyénnél saját maga leértékelését és maga után vonja a „*Miért próbáljam meg?*” hozzáállást. [58] (Az önstigma teoretikus modelljét a **5. számú melléklet** mutatja be.)

Azoknál a mentális zavarban szenvedőknél, akik képesek arra, hogy ne internalizálják a közösségi sztereotípiákat, a negatív közösségi attitűd miatt érzett csalódottság és düh érzése segíthet felülkerekedni az önstigmatizálás folyamatán. Az *empowerment* jelenség segítségével erőt, optimizmust tükröz az egyén viselkedése, aki nem hagyja befolyásolni magát a diszkrimináció negatív hatásaitól és a céljai elérésén munkálkodik. [58]

Az egyén perspektívájából vizsgálható az *észlelt/érezelt* stigma, és a *tapasztalt* stigma is, ami nem azonos önstigma fogalmával. Az észlelt stigma azt a hitet jelenti, hogy a társadalomnak negatív véleménye van a mentális betegekről. A tapasztalt stigma viszont olyan átélt, konkrét eseményekhez kötődik, amelyek során valaki a mentális betegsége miatt megkülönböztetett bánásmódban részesült, tehát megtapasztalta a diszkriminációt. Az érintett egyén perspektívájából vizsgálva a harmadik összetevő maga az *önstigma*, ami valójában az egyén stigmatizált, belsővé tett önképét mutatja meg. [46, 59]

Az önstigma foka mérhető. A mérésére alkalmas mérőeszközt (SSMIS-SF) az önstigma 4 lépcsős teoretikus modelljére építve *Corrigan* fejlesztette ki. Hazai adaptációját *Sztancsik* és munkatársai végezték el, egy 81 fős, szkizofrénia vagy szkizoaffektív zavar diagnózissal élő mintán. Vizsgálatuk igazolta a progresszív önstigma folyamat koncepcióját. Következtetéseikkel összhangban, az önstigma alapját képező, káros társadalmi sztereotípiák elleni széleskörű összefogásra és átfogó antistigma stratégia kidolgozására tettek javaslatot. [60]

2.3.4 Az anticipált stigma

Ha az egyént bizonyos szituációkban diszkrimináció érte, akkor hasonló helyzetbe kerülve „*anticipálja*”, vagyis előrevetíti, hogy az ismételten meg fog vele történni. Kialakulhat korábban megtapasztalt diszkrimináció nélkül is, amennyiben az érintett korábban internalizált valamilyen sztereotípiákat. Az előrevetített megbélyegzés eredménye, hogy az adott személy kerülni fogja azokat a szituációkat, helyeket, amelyek során tart az elutasítástól. Mentális zavarban szenvedők esetében ez különösen a munkavállalás, a társas tevékenységek, vagy a párkapcsolat terén tapasztalható jelenség, melynek hatására az egyén az élet ezen területeiből kiszorul. [61]

Graham Thornicroft és munkatársai 27 ország centrumaiban elvégzett INDIGO kutatásuk során, 732 szkizofréniaival diagnosztizált emberrel folytattak le személyes beszélgetést.

Az újonnan validált DISC skála segítségével mérték az anticipált és az érzékelt diszkriminációt. 64%-ban számoltak be anticipált diszkriminációról a munkára, továbbképzésre vagy oktatási intézménybe jelentkező betegek, és 55%-ban azok, akik szoros emberi kapcsolatokra vágytak. A betegek több mint egyharmada számított a diszkriminációra az álláskeresés és a szoros személyes kapcsolatok kialakítása során olyankor, amikor nem volt érzékelhető a diszkrimináció. [62]

2.3.5 Az asszociatív stigma

Az asszociatív stigma olyan megbélyegzés, amely a mentális egészségügyi szakemberekre, illetve hozzátartozókra irányul egy szociálisan erősen stigmatizált csoporttal való kapcsolatuk következményeként. Egy 2012-es vizsgálat összefüggéseket mutatott ki az asszociatív stigma és a kiégés között. A mentális betegekkel dolgozó szakembernél a munkahelyén megélt stressz és elégedetlenség fokozódik a rá kivetülő asszociatív stigma hatására kialakuló deperszonalizáció, és érzelmi kimerülés következtében. A szakemberekkel párhuzamosan vizsgált betegeiknél szintén elégedetlenséget tapasztaltak, mégpedig az ellátásukkal kapcsolatosan. A *dolgozók negatív érzelmi állapota kihatott a betegekre, áttevődtek az érzelmek, ezáltal romlott az ellátás minősége* és azok rontották az orvos-beteg kapcsolatot is. [63]

A megbélyegzés tehát nem csak a mentális betegségben szenvedők életét sújtja, hanem kihat mindenkire, aki a pszichiátria területével kapcsolatba kerül. Ez ráirányítja a figyelmet a jelenség fontosságára, és jelzi, hogy a betegek életén is túlmutató stigmatizáció problematikájával szükséges foglalkozni.

2.4 A mentális betegségek megítélésének modelljei

A pszichiátria társadalmi és orvosi megítélésében jelentős változások mentek végbe az utóbbi néhány évszázad folyamán, amelyek még jobban felerősödtek az elmúlt évtizedekben. Ennek ellenére a pszichiátriai kezelésekre való viszonyulás továbbra sem mentes az ellentmondásoktól. A viták abból az örökérvényű kérdésből fakadnak, hogy a mentális zavarokat miként ítéljük meg.

A középkor emberről alkotott világmépét a legrégebbi tudományos modell, a *vallásos-mágikus paradigma* elv ábrázolja. A testtől teljesen elkülönülő lélek zavarai különböző

„démoni praktikákra”, az „ördög beavatkozására” vezethetők vissza. A tébolyult viselkedés okaira kézenfekvő módon a „spirituális terápiák”, ima, ördögűzés volt a válasz, orvosi értelemben vett gyógykezelés nem történt. [64, 65]

A *morális modell* a középkori elvek nyomán, még *Philippe Pinel* 1793-as, a dolgozat történeti részében már taglalt korszakváltó tettéig nyúlik vissza, amikor a Párizs melletti Bicêtre intézet elmebetegeit megszabadította a láncoktól. *Pinel* volt az első, aki sajnálatra méltónak, „nem bűnös”, szerencsétlen betegeknek titulálta a bezárt, leláncolt embereket. „Morális terápiát” írt elő számukra, amelynek célja a viselkedésük megváltoztatása volt, gyógyszerek és modern terápiák híján türelemmel, megértéssel, tanítással. Néhány évtizeddel később *Benjamin Rush* amerikai orvos volt, aki követelte a mentális betegek számára a demokratikus bánásmódot. [66, 67] A XIX. századig a hagyományos egészségmodell uralta az egészségügyet. Freud korában a pszichológiai tudományok kerültek előtérbe. A *pszichológiai modell* jellemzője, hogy a lelki eredetű zavarok kezelését nem elsősorban orvosi módszerekkel gyógyítja. Az egészség új tudományos modellje, az orvosi *biomedikális modell* ezt követően vált dominánssá. [65] Az orvosi megközelítés az agy funkcionális/strukturális zavarának, tehát alapvetően a test betegségének tartja a mentális zavarokat. A pszichiátriai zavarok diagnosztikáját a BNO kézikönyve és az Amerikai Pszichiátriai Társaság (APA) szerkesztésében ötödszörre megjelent DSM kategóriái segítik. A diagnózis felállítását követően a hangsúlyt a farmakoterápiára helyezi és a tünetek megszüntetésére alkalmazott gyógyszeres kezelést egészíti ki pszichoterápiával, szocioterápiás, vagy egyéb módszerekkel.

Mindkét nézőponttal ellentétes az a felfogás, amely szociológiai értelemben *devianciának* tartja a mentális betegségeket a társadalomban élő, hagyományos testi betegségképtől való eltérése miatt. A szociológiai megközelítés szerint a mentális zavarok értékelése jobban kapcsolódik a társadalom normáihoz, mint másfajta betegségtípusoké. A pszichiátriai betegek egészségügyi intézményekben történő ellátása során mindhárom nézőpont érvényesülése megtapasztalható, az ellátórendszer egyes területein nincs egységes szemléletmód. [65, 67]

Egy adott társadalom normái a közösség által elfogadott szabályok összességét jelentik. Vannak egyértelműen törvényi szintre emelt normák, (pl. „ne vedd el mások tulajdonát”, „ne ölj”), melyek megszegése jogi szankciókat von maga után. Vannak ugyanakkor olyan

normák, melyek esetében a normaszegő viselkedés leginkább a közerkölcsöt, vagy a közösség tagjainak jóérzést sértik. [68] A mentális betegségek különböző állapotait a normák, tehát az adott társadalom által előírt közösségi együttélési magatartás-szabályok megszegése jellemzi. A közösség a társadalmi normáktól való eltérést, az irracionális, a kontrollálhatatlan viselkedést kapcsolja legfőképpen a mentális zavarokhoz, és devianciának definiálja őket. A pszichiátria, mint a társadalmi deviancia kezelési eszköze szerencsére hazánkban nem volt jellemző. Bár Magyarországon nem volt rendszerszintű, hogy kényszergyógykezelésre ítélt volna a politika „deviáns” személyeket, ismerünk közeli példákat a „politikai pszichiátria” alkalmazására. Amikor sikerült megfelelő diagnosztikus kategóriákat kreálni a szovjet rendszerbe be nem illeszkedő személyek számára, és több szakember közreműködött az ilyen „deviáns betegek” ellátásában, akkor kijelenthetjük, hogy az a tevékenység a modern pszichiátria egyik legnagyobb szégyene volt. [69]

A mentális betegségek megítélésének modelljeit ismertetve, nem hagyható figyelmen kívül az *antipszichiátria* irányzata. Az 1960-as években született fogalom a pszichiátria kritikájaként azonosítható. Radikális állítása az volt, hogy orvosi értelemben a pszichiátriai betegségek nem léteznek, az egész mentális diagnózis pusztán egy szociális konstrukció. Eszerint a társadalmi-, erkölcsi-, politikai normáktól eltérő személyeket a társadalom pszichiátriai betegeknek tekinti. Már 1961-ben *Goffman* rámutatott a mentális betegségek hosszú távú intézményi kezelésének hátrányaira. Az általa „totalitáriusként” leírt nagy intézményekben eltöltött évek hospitalizálják, átformálják az embereket, regresszióba taszítják, dependenssé teszik, az önbizalmát rombolják, és a társadalomba való visszatérés esélyét az idő előrehaladtával egyre inkább csökkentik. Amit *Goffman* leírt az elmeegógyintézetekről, valóban igaz volt, és az antipszichiátriai mozgalom teoretikusai közé csak azért sorolják, mert tagadta a mentális betegségek létezését. [65, 70, 71] Kovács József bioetikus 2007-es művében hivatkozik Michel *Foucault* azon álláspontjára, amely szerint a pszichiátriai intézmények a társadalom számára ésszerűtlenül, „másként” gondolkodó emberek elnyomását szolgálják, akiket elmebetegnek neveznek és orvosi eszközökkel kezelnek. [71] *Thomas Szász* 1987-es írásában az elzárás fizikai tényén túlmenően, az orvosi modell domináns eszközeként alkalmazott pszichofarmakonok dependenssé tevő hatását, a „kémiai kényszerzubbonyt”

bírálta. Felhívja a figyelmet arra, hogy bár 200 éve az agy betegségének tartják és kutatják a mentális betegségeket, nem sikerült még olyan objektív agyi elváltozást találni, ami ezt bizonyítaná. Szász a 80-as években még úgy vélte, hogy az akkori patológiai kézikönyvekben nyoma sincs a szkizofrénia, vagy más mentális betegségek leírásának, mivel nem lehet agyi-strukturális elváltozásokat kimutatni esetükben. Ily módon az elmebetegség -mivel nem az agy, tehát nem a test betegsége-csak metaforikus értelemben betegség. Szász, mint az antipszichiátriai mozgalom egyik legismertebb képviselője, a non-konformisták üldözésére szolgáló rendszernek, modern kori inkvizíciónak tartja a mai, intézményi pszichiátriai kezeléseket. [71, 72]

Az antipszichiátria képviselőinek teóriáit, az irányzat kritikáját, az evolúciós pszichológia elméleteit, a fenti modelleken túlmenően a mentális betegségek konstrukcionista modelljét, valamint az orvosi modell korlátjain keresztül az Értékeken Alapuló Orvoslást (ÉAO) a fent már említett Kovács József bioetikus részletesen mutatja be 2007-es munkájában. [71]

2.5 A szkizofrénia betegség és stigmája

Maga a „szkizofrénia” kifejezés szinte mindenki számára ismert, de hogy mit jelent valójában, és hogyan gyógyítható, az emberek nagy része nem tudja biztosan. Számos téves hiedelem kapcsolódik hozzá, de a leggyakoribb tévhit, hogy a betegségben szenvedő embereknek „tudathasadása”, vagy „többszörös személyisége” van. Konnotatív jelentése sokak számára egy súlyos, krónikus, gyógyíthatatlan agyi betegség. Napjainkban a szkizofrénia elnevezés már önmagában stigmát hordoz, ahogyan a belőle képezett „szkizofréniás” címke is negatív érzéseket, távolságtartást vált ki az emberekből. Van olyan mentális zavar, pl. a major depresszió, amelynek az előfordulási gyakorisága jóval magasabb a szkizofréniáénál, ugyanakkor meggyőződésünk, hogy a szkizofrénia megítélése negatívabb, és a betegeket még erőteljesebb stigmák sújtják. Ez a magyarázata annak, hogy az értekezésben, a mentális zavarok között a szkizofrénia betegség kiemelt figyelmet kap.

A diagnózis a betegség első leírása óta lényeges változásokon ment keresztül. A mentális zavarok legkorábbi, *Hippokratésztől* származó rendszerezésében a kórállapot *mánia* (izgatottság) néven szerepelt, és lényegében a 19. századig ezt a leírást használták. 1860-

ban *Benedicte Morel* volt az első, aki a *dementia praecox* kifejezést használta a tünetcsoporttal kapcsolatban. *Emil Kraepelin* végezte el 1893-ban a betegség átfogó leírását, rendszerezte a tüneteket, és alapvető differenciáldiagnosztikai megállapításaival elkülönítette a mániás-depressziós pszichózistól. A *dementia praecox* elnevezés nem bizonyult véglegesnek, mert *Bleuler* 1911-es klasszikus műve, a „*Dementia Praecox vagy a Szkizofréniák csoportja*” alapján a *szkizofrénia* elnevezés vált egyre inkább elfogadottá. [73]

A szkizofrénia sok tekintetben ma is a legtitokzatosabb mentális zavar, melyet változatos klinikai tünetek jellemeznek. Az általában késő kamaszkorban, vagy fiatal felnőttkorban induló betegség világszerte a lakosság 0,5-1,2%-át érinti. A hallucinációk, téveszmék, az érzelmi elsivárosodás, a dezorganizált vagy szétesett magatartás mellett a kognitív funkciók zavarát, a magas arányú szomatikus komorbiditást, és a szociális visszahúzódás következményeként kialakuló, csökkent közösségi részvételt tartják ma a szkizofrénia főbb tüneteinek. [74]

A shubokban zajló betegségnek a domináns tünetcsoportok alapján korábban különböző alcsoportjait definiálták:

- Paranoid típus: téveszmék és akusztikus hallucinációk állnak az előtérben
- Hebefrén (dezorganizált) típus: dezorganizált viselkedés és gondolkodás, eltompult, vagy nem megfelelő affektusok jellemzik
- Kataton típus: a motoros tünetek állnak az előtérben
- Differenciálatlan típus: nem specifikus kategória, akkor használatos, ha egyik altípus tünetegyüttese sem áll az előtérben
- Reziduális típus: hiányoznak a prominens pozitív tünetek, de a zavar az akut fázist követően is folyamatosan fennáll (negatív tünetek vagy a pozitív tünetek enyhébb formái). [75]

A kraepelini kategóriák (alcsoportok) a modern pszichiátriai diagnosztikában ma már egyre inkább háttérbe szorultak. A szkizofrénia klasszifikációjának átalakulása nyomán a betegséget, mint *betegségcsoportot fogjuk fel*, amely *spektrumot alkotva, a kórállapotok széles skáláját öleli fel*. [76] Jóllehet, a szkizofrénia oka még mindig nem ismert, a szakemberek elsődlegesen biológiai okokkal magyarázzák a kialakulását. [77] Az APA

magyarázata szerint a szkizofrénia az agy krónikus betegsége. A betegség kialakulásában számos genetikai és környezeti tényező, illetve az életvezetés során jelentkező stresszorok szerepét hangsúlyozza. [77] A biológiai okok közül jelentős, 80%-os szerepet tulajdonítanak a becslések szerint a genetikai tényezőknek. [78, 79] Ugyanakkor a specifikus gének azonosítása még mindig nehézségekbe ütközik. [79] *Kéri Szabolcs* 2009-es munkájában a DSM rendszer kritikáját, a pszichiátriai diagnózisok validitásával kapcsolatos bizonytalanságot fogalmazza meg. Álláspontja szerint olyan dimenzionális megközelítésre van szükség a mentális zavar diagnózis felállítási folyamatában, amely integrálja a biológiai, pszichológiai és szociológiai tényezőket. A japán példát említve felveti a szkizofrénia diagnózis megszüntetésének lehetőségét is. Japánban a Pszichiátriai és Neurológiai Társaság a szkizofrénia elnevezést „*integratív zavarra*” cserélte. [79]

Az elmúlt évtizedben, túllépve a klasszikus idegfejlődési elméleteken, a mentális betegségek kialakulásának okai között egyre hangsúlyozottabbá vált a pszichoszociális tényezők szerepe. Bizonyítékok támasztják alá, hogy a *gyerekkorban átélt traumák* oki rizikófaktorai a pszichotikus megbetegedéseknek. A szexuális, fizikai és érzelmi abúzus, illetve elhanyagolás és a mentális zavarok közötti összefüggések a pszichotikus tünetek traumára fókuszáló kezelési módszereinek kifejlesztésének szükségességére irányítják a figyelmet. [80] *John Read* és munkatársai, 2001-ben leírt vizsgálatuk kiindulási pontjának azt tekintették, hogy gyakori a kora gyermekkori bántalmazás elszenvedése a szkizofréniaival diagnosztizált felnőttek anamnézisében. Rávilágítanak a trauma hatására kialakult neurológiai elváltozások, és a szkizofréniaiban szenvedő felnőttek biológiai abnormalitásának közös komponenseire (pl. dopamin-rendszer, szerotonin-rendszer, noradrenalin-rendszer kóros működése). A produktív tünetek hangsúlyosabb megjelenését állapítják meg abúzust elszenvedett, szkizofréniaival diagnosztizált személyeknél. Álláspontjuk szerint összefüggés lehet a korai traumák „*emléknyomai*” és a felnőttkori pszichotikus tünetekben megjelenő paranoid tartalmak között. A szerzők hipotézise alapján a gyermekkori bántalmazások a későbbi életkorban üldöztetési gondolatokként térhetnek vissza. Ez az ún. „*traumagén-modell*” a pszichózisokkal kapcsolatos korábbi, neurobiológiai paradigmát kérdőjelezi meg. [81]

Előtérbe került a szociális helyzet szerepe is szkizofrénia rizikófaktoraira irányuló kutatásokban. 2016-ban publikált munkájukban *Gallagher* és munkatársai azt találták a

betegség és a szegénység kapcsolatában, hogy azok közül a páciensek közül, akiket valamilyen stresszes esemény ért még a tünetei megjelenése előtt, a szkizofrénia tüneteinek aránya megnőtt az alacsony szocioökonómiai státusszal rendelkező személyek esetében. Ennek háttérében a *szegénység okozta magasabb stressz-aktivitást* feltételezik. Álláspontjuk szerint ez már a gyerekkorban átélt traumák (pl. családon belüli, vagy kortársbántalmazás) kapcsán kialakul, és amennyiben *krónikus stressznek* van kitéve a gyermek, a neurológiai stresszválaszban kialakult tartós diszfunkciók újraaktiválódnak a későbbi stresszes életesemények hatására. [82] Falloon és munkatársai már 1995-ben a stresszhatás által kiváltott kémiai egyensúlyzavarként definiálták a szkizofréniát, a pszichózist pedig egy éber álmhoz hasonló állapotnak írták le, melyet egy *genetikai fogékonyság* okozhat. A *vulnerabilitás (sérülékenység)-stressz modell* szerint akkor a legnagyobb a mentális zavar kialakulásának valószínűsége, amikor a sérülékenységi és stressz tényezők kombinációja meghaladja az adott személy bio-pszichológiai alkalmazkodó képességét, és kiváltja a betegségeire jellemző biológiai és viselkedésbeli válaszreakciókat. [83]

A szkizofrénia stigmáját támasztja alá egy 2013-as hazai kutatás, amelyben Sztancsik és munkatársai 267 laikus személy (155 önkéntes internetes kitöltő és 121 egyetemista diák) attitűdjét vizsgálták, akik random módon kerültek a két kísérleti, illetve a kontrollcsoportba. Egy minden esetben azonos, fiktív személyről kétféle teszt, - vagy egy kontroll leírást olvashattak a vizsgálatban szereplők. Az első teszt helyzetben *szkizofréniával diagnosztizált pszichiátriai beteg* volt a személy, a második teszt helyzetben *pszichiátriai beteg* volt, a kontroll leírásban szereplő személy pedig *nem volt beteg*. Azt vizsgálták, hogy a szkizofrénia címkével felruházott pszichiátriai beteg megítélése, különbözik-e bármilyen pszichiátriai beteg ember megítélésétől a kultúránkban, illetve azt, hogy van-e különbség a tulajdonított okok, a kezelhetőség, a prognózis, és a veszélyesség tekintetében? Az eredmények alapján a laikus vizsgálati személyekből a *pszichiátriai betegség ténye kedvezőtlenebb személyiségmegítélést hív elő*, mint ha ugyanarról a személyről nem tudják, hogy beteg. Ez a negatív attitűd még fokozottabban jelentkezik, ha az adott személy szkizofrénia diagnózissal rendelkezik. [60, 84] Mindezek tükrében világos magyarázata van annak, hogy a holland *Jim van Os*, a szkizofrénia elismert gén-környezet kutatója 2016-ban a szkizofrénia diagnózis „eltörlésére”, a diagnosztika és kezelés egyfajta „újjaépítésére” tett javaslatot. Nem tartja

elfogadhatónak a különböző bizottságok által kreált, és állandóan változó kritériumok alapján megállapított diagnózist. Véleménye szerint az egyre inkább bürokratizálódó egészségügyi intézmények „látványkezelésekre” kényszerülnek, a *felépülés pszichológiai folyamata nem kap esélyt* ezekben a rendszerekben. Munkájuk elvesztését, tanulmányaik megszakadását, társadalmi elszigetelődésüket és korai halálukat okozhatja a fenntarthatatlan diagnózis.[85] Egy 2012-ben, Péntek Márta és kutatótársai által publikált tanulmány szerint nem csak az egészséges emberekhez, hanem a más betegséggel élőkhez képest is jelentősen rosszabb életminőséget jelent szkizofréniával élni Magyarországon. [86]

A szkizofréniát övező *tudományos bizonytalanság*, a betegséggel kapcsolatos bonyolult összefüggések kutatása, a különböző megközelítések és új elméletek, hihetetlenül gazdaggá teszik a szkizofrénia irodalmát. Az értekezésnek nem célja a szkizofrénia betegség oki tényezőinek, a tünetek széles palettájának és a kezelési lehetőségeknek, a fenti szakirodalmi válogatásnál mélyrehatóbb bemutatása. Mindazonáltal, az egészségügyi szakdolgozók körében végzett saját vizsgálat hipotéziseiben a szkizofrénia hangsúlyos szerepet kap, különös tekintettel az induktív módon, gyakorlati tapasztalatok mentén megalkotott hipotézisekre.

2.5.1 Megbélyegzés az egészségügyben

Számos leírást találunk, elsősorban a nemzetközi szakirodalomban az egészségügyi dolgozók által gyakorolt stigma kutatásáról. Ezek egy része a fizikális egészségügyi ellátás során fellelhető diszkriminációt, a mentális betegekkel szemben tanúsított „kettős mércét” és az ellátás minőségére való hatását vizsgálta. Ugyanakkor több kutatásban bizonyítást nyert, hogy a mentális egészségügyi gyógyító tevékenység sem mentes a stigmatizációtól. A *sztereotípiák*, a *rejtett negatív attitűdök*, az ellátás során tapasztalt *megkülönböztetett bánásmód*, jelentős szerepet játszhatnak a mentális betegek önbizalmának csökkenésében, a kirekesztettség érzésének tudatosításában, és akadályozzák az elérhető felépülés folyamatát. A korábban már említett, 2009-ben a Lancet-ben publikált INDIGO multicentrikus kutatás 732 mentális betegségben szenvedő résztvevője közül 38% tapasztalt diszkriminációt az egészségügyi szakemberek részéről. [62] Vizsgálatok erősítik meg, hogy a laikus társadalom tagjaihoz hasonló stigmatizáló attitűdökkel rendelkeznek az egyéb szakterületek munkatársain túl, maguk a mentális

betegekkel foglalkozó szakemberek is. [87] A szakemberek előítéletei, a hosszú ideje mentális zavarban szenvedő páciensekkel foglalkozók „terápiás pesszimizmusa” kihat a mentális betegekkel kapcsolatos döntéseikre és a kommunikációjukra is. [67] *Harangozó* és munkatársai 2013-ban leírt vizsgálatukban arra hívják fel a figyelmet, hogy az egészségügyi szakemberek attitűdjei a mentális zavarban szenvedők stigmatizációjának megelőzésében, vagy akár a megszüntetésében is jelentős szerepet játszhatnak [88] A megfelelő attitűd pozitív hatással bír, mely nem csak a pszichiátrián dolgozó szakemberek munkájában kívánatos. A sürgősségi ellátásban dolgozók attitűdje is kiemelt fontosságú, tekintettel arra, hogy a pszichiátriai osztállyal rendelkező „vegyes” kórházak többségében a mentális problémával beszállított beteg első ellátása a sürgősségi részlegen történik. Gyakran számolnak be az egészségügyi személyzet által elkövetett „*verbális bántalmazásról*” olyan személyek, akik „önsértés” miatt sürgősségi ellátásra szorulnak. [89] Ausztráliában a sürgősségi osztályok forgalmát vizsgálva megállapították, hogy az összes megjelenés 10-15%-a mentális egészségügyi okokból történik. A szolgáltatás igénybevevői arról számoltak be, hogy az egészségügyi dolgozók gyakran küldik őket a tömegben a sor végére, és hogy a mentális egészségügyi problémáikat nem veszik komolyan. Ez arra utal, hogy a sürgősségi részlegeken a társadalmi stigma a személyzet attitűdjében megjelenve, befolyásolja a mentális betegek ellátását. [90]

2008-ban az USA-ban egy kutatócsoport a mentális betegség diagnosztizálásának hatását vizsgálta szívelégtelenségben szenvedők ellátásának minőségére, és a kezelés kimenetelére. A kutatás arra az eredményre jutott, hogy a mentális betegséggel diagnosztizált és szívbetegséggel kezelt idős személyek rosszabb minőségű ellátást kaptak a kórházban a kardiovaszkuláris ellátásuk során, mint a mentális betegséggel nem rendelkezők, és esetükben nagyobb volt a visszaesés és a halálozás kockázata is. [91]

A rejtett stigmatizáló attitűd megjelenésének nem feltétele a gyógyító munkában eltöltött hosszabb idő. Az előítéletek megjelenése már az egészségügyi pálya kezdetén kimutatható. 2012-ben a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar BSc ápoló hallgatói körében végeztek a mentális zavarban szenvedőkkel szembeni attitűdöt felmérő, kérdőíves vizsgálatot. A felmérés a területi gyakorlat megkezdése előtt, majd a gyakorlat után megismételve vizsgálta a hallgatók viszonyulását a mentális betegekhez. A gyakorlat előtt a megkérdezettek 44%-a gondolta úgy, hogy a mentális betegségben szenvedő

emberek agresszívek. Ezen az eredményen a területi gyakorlat rontott, utána már 49% volt ezen a véleményen. 58% úgy kezdte meg a pszichiátria szakápolástan tantárgyhoz kapcsolódó területi gyakorlatát, hogy bárminemű empirikus tapasztalat nélkül érezte azt, hogy nem dolgozna pszichiátriai osztályon. A gyakorlatnak 53%-ra sikerült javítani ezen. A pszichiátriai ápolás speciális hozzáállást és gondolkodást, valamint nagy empátiás készséget igénylő hivatás. Az eredményekből egyértelműen kitűnik a negatív prekoncepció a pszichiátriai osztályon való munkával, és a betegekkel szemben. [92]

Egy 2017-es vizsgálatban a Bangalore-ban működő Nemzeti Mentálhigiénés és Idegtudományi Intézet Ápolási és Pszichiátriai Tanszék kutatói, egy ausztrál pszichiáter közreműködésével az indiai orvostanhallgatók (n=154) és ápoló hallgatók (n=168) mentális betegségekkel szembeni attitűdjét hasonlították össze. A vizsgálathoz a jelen értekezésben bemutatásra kerülő, saját kutatásunkban is alkalmazott ASMI kérdőívet használták. **(6. melléklet)** A skála 30 itemét 4 saját kérdéssel, az antistigmatizációs attitűdöt szemléltető, általunk is vizsgált és a dolgozat 5.3. részében bemutatásra kerülő 4 faktort pedig további két komponenssel, a *szeparáció* és a *jóindulat* faktorokkal egészítették ki. Eredményeik alapján az ápoló hallgatók negatívabb attitűdöt mutattak a *szeparáció* és a *stigmatizáció* faktorok tekintetében, ugyanakkor a *jóindulat* és a mentális betegek sorsával kapcsolatos *optimizmus* tekintetében az orvostanhallgatók véleménye volt negatívabb. Összességében az orvostanhallgatók 54,5%-a mutatott pozitív hozzáállást a mentális betegségekhez, míg az ápolóknál 64,8% volt az eredmény, tehát az ápolóképzés hallgatói kis mértékben elfogadóbbak voltak. A vizsgálat következtetéseiben az *aktuális tanterv felülvizsgálatát, és új, modern oktatási módszerek adaptálásának* szükségességét fogalmazzák meg a jövő egészségügyi szakembereinek mentális betegekkel kapcsolatos attitűdformálása, és az ellátásuk minőségének javítása érdekében. [93] Indonéziában egy 2018-as vizsgálatban a CAMI (Community Attitude of Mental Illness) skála használatával vizsgálták az ápoló hallgatók attitűdjét. A tanulmány rámutatott, hogy a hallgatók életkora, az iskolai végzettség, a *mentális betegségekkel kapcsolatos ismeretek* és a *mentális betegségben szenvedő emberekkel való közvetlen kapcsolat* szignifikánsan összefügg a hallgatói attitűddel. Eredményeik azt mutatták, hogy a fiatalabb életkorhoz negatívabb attitűd társul. Az élekor növekedése és a tanulással eltöltött évek számának emelkedése javított a mentális betegekkel szembeni attitűdön. Megállapították, hogy a mentális betegségekkel összefüggő ismeretek kapcsolatban

állnak az indonéz ápoló hallgatók mentális betegségek iránti attitűdjével, melyet az ismerethiány negatívan befolyásol. Kimutatták, hogy a betegségek jobb megismerése és a beteg emberekkel való közvetlen kapcsolattartás növeli a mentális betegségekkel szembeni pozitív hozzáállás valószínűségét. *Új stratégiákat és az oktatásba mentális betegekkel való találkozások beépítését* javasolják, a pozitív hozzáállás és a stigma csökkentésének elérése érdekében. [94] A mentális betegségekkel kapcsolatos stigmatizáció kihatással van a pszichiátriai ápolásra is, melyet már tanulóként érzékelnek az ápolók. A későbbi ellátás során a tanulói attitűdnek a mentális betegek ápolásminőségében, és az ápolás eredményében determináns szerepe van. [95] A pszichiátriai ápolási munkára kiható stigma is felelős lehet azért, hogy a legtöbb ápoló hallgató számára *nem preferált karrieropció* ez a terület. [94, 95, 97, 98]

Knaak és szerzőtársai 2017-es tanulmányukban az egészségügyi ellátás során a mentális betegségekkel összefüggő stigma összetevőinek vizsgálatát ismertették. A kanadai kutatók szerint a probléma nem pusztán intézményi szintű, hanem a teljes egészségügyi szektort áthatja. Arra világítottak rá, hogy az egészségügyi dolgozók *nem megfelelő készségeinek*, illetve az egyes munkahelyek *szervezeti kultúrájának* is komoly szerepe van a mentális betegekkel való bánásmódban. [99] Ahogyan tehát egy intézményben viszonyulnak a mentális zavarokhoz, az megjelenik a dolgozók attitűdjében is. Ennek különösen nagy jelentősége van, ha az adott intézmény valamilyen szintű ápolóképzés gyakorlati terepe. A hallgatói attitűdformálásban releváns szerepe van annak, hogy a hallgatók milyen viselkedési mintákat látnak az ápolóktól a gyakorlat során.

Az angol egészségügy „National Health Service” rendszerében végzett átfogó stigma felmérés eredményeit bemutató 2013-as munkájában *Claire Henderson*, a londoni King’s College kutatója leírja, hogy a pszichiátriai ápolás során a dolgozók részéről gyakori *szóbeli bántalmazásról*, az ápolási dokumentációval kapcsolatos *diszkréció hiányáról* és a *korlátozó, illetve kényszerintézkedések* nem szükségszerű alkalmazásáról számoltak be a vizsgálatban résztvevő mentális betegek. A fizikális egészségügyi ellátásban szintén tapasztaltak többek között *verbális bántalmazást*, bizonyos testi tüneteket a mentális betegséggel magyarázó *diagnosztikai árnyalást*, szükségtelenül alkalmazott biztonsági intézkedéseket, az ápolók részéről *elkerülést* és *következetes elhanyagolást*, a kórteremben való *elszigetelést, nem megfelelő fájdalomcsillapítást* és a felírt pszichiátriai

gyógyszerek elégtelen adagolását vagy megvonását. Előfordult, hogy mentális betegsége miatt szorult háttérbe olyan személy, aki transzplantációra szorult. *Henderson* szerint a dolgozók által megélt napi szintű munkahelyi stressz és a kiégés elindíthat olyan folyamatokat, ami a szakmai értékek felől a szereotípiák felé irányíthatja a szakembereket. [100]

Az egészségügyi szakemberek viszonyulása hasonlóan mondható tehát az átlag lakosságéhoz, hiszen ugyanazon stigma komponensek megjelenését fedezik fel az erre irányuló vizsgálatok. Mindezek tükrében lényeges kérdés, hogy milyen módon lehet az attitűdöt pozitív irányba befolyásolni társadalmi szinten, és ezen belül az egészségügyi szektor munkatársai körében is.

2.6 A stigma csökkentésének lehetőségei

A mentális betegekkel szembeni *közösségi stigma* csökkentésére 2001-es tanulmányukban *Corrigan* és munkatársai a következő három stratégia típust ajánlják:

- 1) tiltakozás, demonstrációk
- 2) oktatás
- 3) mentális betegekkel való kapcsolattartás, személyes találkozás. [101, 102]

A tüntetéseken, nyilvános felvonulásokon, nyílt levelekben kifejezett tiltakozás célja, hogy nyomást gyakoroljon a negatív attitűdöket közvetítő, „szenzációhajhász” médiumokra, és felhívja az emberek figyelmét arra, hogy változtassanak az előítéleteiken. Az ilyen fellépés képes a stigmatizáló viselkedést befolyásolni, [94] de több tanulmány megállapításai szerint a tüntetések nem csökkentik, hanem bizonyos esetekben inkább erősítik a stigmatizációt. [102, 104, 105] Szociálpszichológiai kutatások kimutatták, hogy létezik a nyomásgyakorlás hatására olyan paradox működés, a „*rebound effect*”, amikor a tiltakozás ellentétes hatása a negatív attitűdöt felerősíti, ami „visszacsap” a stigmatizált csoportra. [102, 104, 105] A tiltakozó stratégiák képesek a társadalmi megbélyegző magatartást csökkenteni, de kevésbé hatékonyak az új, pozitív attitűd kialakításában. [106] Az *oktatás* és különböző *edukációs programok* célja, hogy pontos információk nyújtásával eloszlassa a tévhitet. A mentális betegségekről a valós tények birtokában megalapozottabb véleményt képesek kialakítani az emberek. Hatékonyak a nyomtatott tájékoztatók, szórólapok, videók, rövid informáló filmek a TV-ben, rádióban, vagy az

Interneten. [103] Még sikeresebbek az attitűdformálásban az élő előadások, szemináriumok, különösen, ha szerepjátékokkal, megbeszélésekkel egészül ki a frontális oktatás. [101, 107] A stigmatizált csoport tagjával, tehát *mentális betegségben szenvedő személlyel való találkozás* hatása a leginkább véleményformáló. Ha a közvetlen kontaktus során az érintett személy képes a sztereotípiákkal ellentétes benyomást kelteni, azzal lehet elérni a legkifejezettebb hatást a stigma csökkentésében. *Az oktatással kombinált személyes találkozás* a leghatékonyabb a hosszabb távú attitűdformálási módszerek között. [101, 108] *Antistigma programok* szervezhetők a társadalom egészét megszólítva, de célzottan, bizonyos célcsoportokra fókuszálva is. A leghatékonyabb, ha olyan személyeket céloz meg, akik a mentális betegekkel társadalmi szerepük, munkájuk okán érintkeznek, életükben valamilyen módon szerepet játszanak. A rendőrök, egészségügyi dolgozók, pedagógusok számára szervezett stigmaellenes programok, ha mentális betegek tapasztalati szakértőként való bevonásával ötvözve kerülnek megszervezésre, hatékonyabbak, mint az egyén szintjén történő érzékenyítések. [48] A közösségi stigma mellett fontosak a mentális betegek *önstigmatizálását csökkentő törekvések* is. A páciensnek meg kell értenie, hogy önmaga megbélyegzése a társadalom hibás viszonyulásának az eredménye, és az nem az ő hibája. [58] Olyan beavatkozások szükségesek, amelyek az önértékelés és a segítséget kereső magatartás javításával erősítik az önstigmával való megküzdés képességét. [109] *Az önsegítő csoportok* tevékenységébe való bevonás pozitív hatással van az önértékelésre és az életminőségre, alátámasztva azt az elképzelést, hogy az önsegítés elősegíti a gyógyulást. [110]

A *pszichoedukáció* is hatékony a mentális betegek önbélyegzésének csökkentésében. [111] A bizonyítékokon alapuló módszert célszerű hozzátartozók, barátok számára is alkalmazni, mert ez növeli a páciensnek nyújtott támogatásukat. [58, 112]

Thornicroft 2006-os művében leírta, hogy nem lehet átfogó és tartós változást elérni a területileg elszórtan, kisebb csoportoknak megszervezett, vagy csak egyéni szinten kidolgozott programokkal. A *strukturális diszkrimináció*, ami rendszerszintű, és áthat egész ágazatokat, politikai akarat és a program céljaira biztosított anyagi támogatás nélkül nem csökkenthető. [48] Az elmúlt 20 évben világszerte számos országban valósítottak meg antistigma programokat, különböző módokon. A közelmúlt hazai gyakorlatában is

vannak példák sikeres kezdeményezésekre a mentális betegeket övező stigma csökkentése terén.

2.6.1 Nemzetközi antistigma programok

Az egyik legátfogóbb kampányt a Pszichiátriai Világszövetség (WPA) indította el 1996-ban, *Norman Sartorius* vezetésével. Az „*Open the Doors*” („Nyissátok ki az ajtókat!”) program a világ több mint 20 országában hirdette meg a szkizofréniával élők megbélyegzése elleni küzdelmet. [113, 114, 115] A World Health Organization (WHO) különböző országok jótékonyági szervezetei, pszichiátriai és egyéb egészségügyi szervezetek bevonásával szervezett antistigma programokat. A programok fő célkitűzése a diszkrimináció elleni fellépés, a mentális betegekkel való kapcsolatteremtés és kommunikáció, illetve a mentális betegségekkel kapcsolatos ismeretek célzott oktatása volt, de a WHO által meghatározott, egységes protokoll nélkül. [116] Mivel számos bizonyíték utalt rá, hogy a stigmatizáció járványszerű az Egyesült Királyságban, a Mental Health Foundation (Mentális Egészség Alapítvány) a „*Pull Yourself Together*” („Szedd össze magad!”) elnevezésű, 2000-ben publikált felmérésében a mentális betegek megbélyegzésével és a diszkriminációval kapcsolatos tapasztalatokat vizsgálta. Az eredmények felhasználásával egy cselekvési terv elkészítése és saját stigmacsökkentő programok indítása vált lehetővé az egyes nemzetek számára. [117] Ennek nyomán indult el 2001-től Skócia saját nemzeti programja, a „*See Me*” („Engem láss!”) program, 500 000 font kezdő büdzsével és számos partner nemzeti szintű összefogásával (pl. Royal College of Psychiatrists, National Schizophrenia Fellowship /NSF/, Scottish Association for Mental Health /SAMH/ stb.). 2002-től a közvélemény és média területeit célozták meg, majd 2005-től a fiatal lakosságra fókuszáltak. A kampány nagymértékben ismertté vált. Már a 2004-es felmérés azt mutatta, hogy a mentális zavarban szenvedőket veszélyesnek ítézők aránya 32%-ról 17%-ra csökkent, azok száma pedig, akik a közösség tőlük való védelmét fontosnak tartották, 35%-ról 24%-ra csökkent. A közvélemény általános javulása mellett a fiatalok körében is javult a betegek megítélése. A média korábban tabuként kezelte a stigmatizációt, mentális zavarban élőkkel igen kevés riport, cikk készült. A program hatására 57%-kal csökkent a derogáló kifejezések használata, és a médiában már kikérik a megjelenés előtt a „*see me alliance partnerek*” véleményét és hivatkoznak rájuk. Összességében csökkent a félelem a mentális zavarban élőkkel

kapcsolatban. A „*See Me*” sikeres antistigma program, mely a skót kormány támogatásával napjainkban is folytatja széles körű tevékenységét. [33, 118] Angliában a Thornicroft 2006-os művében ismertetett „*Time to change*” („Ideje változtatni!”) globális program a korábbi, kisebb volumenű kampánytól eltérően, nem csak szkizofrénia specifikus megközelítést, hanem általában a mentális betegségekkel élők elfogadásával kapcsolatos törekvéseket tartalmazott. A jótékonyági és civil szervezetek, cégek és az egészségüggyel foglalkozó minisztérium támogatásával végrehajtott program a londoni King’s College pszichiátriai szakmai közreműködésével zajlott. A tudás hiányán alapuló előítéletekre, és az ebből fakadó diszkriminatív viselkedésre épült a stigmaellenes stratégia. [48] Az egész országot lefedő komplex program a média több szintjén való megjelenéssel, tanároknak, orvostanhallgatóknak, ápoló és szociálismunkás hallgatóknak szervezett tréningekkel, sport és kulturális rendezvényeken megszervezett tapasztalatcserével, különböző cégek, munkáltatók stigmaellenes oktatásával, illetve a lakosság minél szélesebb körű megszólításával igyekezett attitűdbeli változásokat elérni. Ugyanakkor a betegeknek is szerveztek tudatosságot növelő, önbizalom erősítő tréningeket. A program hatását párhuzamos kutatásban monitorozták, 2009 és 2015 között többször is megvizsgálva a résztvevőket. A korábbi attitűdökhöz képest szignifikáns javulást tapasztaltak. Növekedett a mentális betegségekkel kapcsolatos tudás, csökkent a távolságtartás és mentális betegekkel kialakított új kapcsolatokról számoltak be többen is a lakosság körében.[119] Írországban a „*See change*” („Láss változást!”) program keretében olyan tudatosságnövelő események kerültek megrendezésre, melyek a mentális zavarban szenvedőkkel kapcsolatos előítéletek csökkentését szolgálják. A program különböző kampányokkal küzd a megbélyegzés ellen. 2019-ben immár hetedik alkalommal szervezték meg a „*Green Gibbon Campagne*” -t („Zöld Szalag Kampány”), és víziójuk a mentális betegekkel szembeni stigma teljes megszüntetése. [120] Az Új-Zélandon 1997-ben indított „*Like Minds Like Mine*” (kb. „Rokonlelkek”) program négy egymásra épülő kampányból állt. Az első fázisban olyan ismert, híres emberek beszéltek a TV-ben a mentális betegségről, akik felvállalták, hogy maguk is érintettek. „*Te kész vagy elítélni?*” - mottóval a saját betegség és felépülés történetükkel keltették fel a lakosság figyelmét a téma iránt. Amikor az emberek már többet akartak tudni a mentális zavarokról, elindult a program második fázisa. Híres, mentálisan beteg emberek beszélgettek más hírességekkel, „*Tőled vagyunk*

többek” - mottóval, építve az első kampány pozitív eredményeire. A harmadik kampányban közemberek szerepeltek „*Ismerj meg, mielőtt ítéletet mondasz rólam!*” - mottóval. Az előző kampányok során kialakított tudatosítás, megértés, elfogadás eredményeit felhasználva irányították a figyelmet a súlyosabb mentális zavarok (szkizofrénia, bipoláris kórképek, depresszió) felé, hangsúlyozva a betegségeket övező mítoszokból eredő félelmek indokolatlanságát, és a felépülés alapú elveket. Az utolsó kampány egy mentális beteg férfiről, Aubrey-ről szólt, bemutatva a mindennapi életét, a feleségét, munkatársait, nagyszerű főnökét, akik elfogadják, szeretik és segítik Őt. A cél a megfelelő, támogató, nem-megbélyegző viselkedésformák bemutatása volt, amelyek az elfogadáson keresztül a reményt is jelentik a betegek embereknek. A „hozzám hasonló rokonlelkek” országos szupport és erőforrás vonal kialakítását jelentette. A program részeként kialakították a „*Hozzám hasonló rokonlelkek*” országos támogató és erőforrás vonalat. Helyi szinten cégekre szabott, munkahelyi megbélyegzést csökkentő workshopokat szerveztek, protokollok kidolgozásában nyújtottak segítséget. A különböző tréningekre, eseményekre tapasztalati szakértőként bevonták a felhasználói szervezetek tagjait, beleértve a kilenc őslakos maori és három egyéb Csendes-óceáni csoportot is. [33, 121] Nemzetközi viszonylatban az egyik legátfogóbb és legeredményesebb nemzeti mentális egészségügyi program volt ez, melynek eredményeképpen megszületett a „Rokonlelkek Nemzeti Terv 2014-2019” az Új-zélandi kormány támogatásával. [122] Stigmaellenes programot valósítottak meg továbbá Svédországban és Németországban is a mentális betegségben szenvedőkkel szembeni előítéletek megváltoztatására. [123, 124]

Magyarországon hasonló célú, átfogó, a kormányzat által is támogatott nemzeti program még nem került meghirdetésre, ugyanakkor lokálisan vannak törekvések és jó gyakorlatok a mentális zavarban szenvedők jobb elfogadtatására.

2.6.2 Antistigma kezdeményezések Magyarországon

Az Ébredések Alapítvány volt hazánkban az első olyan, mentális egészségüggyel foglalkozó civil szervezet, aki stigmaellenes programok koordinálását tűzte ki célul. Az Alapítvány a Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika Nappali Szanatóriumaként, az 1970-es évektől működő intézmény egészségügyi funkcióit vette át 2005-ben. A kezdetektől fogva minden évben részt vesznek saját programjukkal, Közép-

Európa legnagyobb ifjúsági rendezvényén, a Sziget Fesztiválon. Beszélgetésre invitálják a résztvevőket, szűréseket végeznek, tájékoztatókat készítenek a hazai érdeklődőkön túl felkészülve a külföldiek edukálására is. A kezdeti cél csak az ismeretterjesztés volt, de a fesztivál fiataljai részéről fokozottan jelentkezett az igény a saját szűrésükre a mentális zavarok tüneteit illetően. Az elsősorban fiatalokat megcélzó programban évek óta mindig újabb módszerek alkalmazásával (pl. mentális kvízkérdések, tesztek, beszélgetések, filmvetítés, interjúk, könyvbemutató, közös festés, pszichoedukáció stb.) dolgoznak a mentális problémákkal küzdő emberek és az egészségesek közötti láthatatlan falak lebontásán. [33, 125] 15 civil szervezet, köztük az Ébredések Alapítvány és több magánszemély 2009-ben létrehozta a Nyitnikék Magyar Antistigma Kezdeményezést, [126] amely csatlakozott a Pszichiátriai Világszövetség „Open the Doors” Stigmacsökkentő Programjához. [113] 2010-ben kiemelten fontos esemény volt a Nyitnikékhez csatlakozott önkéntesek részvétele az Európai Pszichiátriai Társaság (EPA) Akadémia keretében megrendezett „Stigma-ellenes programok kidolgozása” - című workshopon, melyet *Norman Sartorius*, a pszichiátriában megjelenő stigmatizáció elleni küzdelem világszerte elismert ikonjának neve fémjelzett. A Nyitnikék „*Médiafigyelő szolgálata*” 2009 óta folyamatosan gyűjti a stigmatizáló cikkeket, riportokat és egyéb média megjelenéseket. [126] *Antistigma Díjat* adnak át évente a Közösségi Pszichiátriai, Addiktológiai és Mentálhigiénés Konferencia keretében, a sajtófigyelő tevékenység nyomán beérkezett szavazatok alapján olyan újságíróknak, szerzőknek, akik írásukban a pszichiátriai betegek elfogadását, a velük szembeni előítéletek eloszlátását szorgalmazzák, korrekt tájékoztatással. [127] Az Alapítványban intenzív önkéntes tevékenység folyik, egyetemi hallgatók, hozzátartozók, magánszemélyek segítik karitatív munkájukkal az antistigma programot. [128]

2015-ben az Ébredések Alapítvány és a Rehab Critical Mass nevű civil hálózat együttműködésüként a Lelki Egészség Világnapja alkalmából „*Mentál Rehab*” programot szerveztek, hogy felhívják a figyelmet a lelki egészség fontosságára, a pszichoszociális fogyatékosokkal élőkre, és lelki problémák kezelési lehetőségeire. Az együttműködés nyomán iskolai érzékenyítő programokat szerveztek négy középiskola (Kürt Gimnázium, Zöld Kakas Líceum, Sylvester János Református Gimnázium, Szily Kálmán Műszaki Szakközépiskola) öt osztálya számára, tapasztalati szakértők,

önkéntesek bevonásával. A diákoknak szervezett program a mentális zavarral élőkkel kapcsolatos stigma csökkentését tűzte ki célul. [129]

Az Ébredések Alapítvány közreműködésével, a King's College London (KCL) és munkatársa, Claire Henderson szervezésében a „*The Effectiveness of Responding to Experienced and Anticipated Discrimination (READ) Training*” című kutatás hazai pilot vizsgálata zajlott le 2017-ben. A SE Általános Orvostudományi Karának hallgatói, az ELTE TÁTK Szociális Munka Tanszék hallgatói, valamint a SE Egészségtudományi Kar Ápolástan Tanszék olyan ápoló hallgatói vettek részt, akik már részesültek mentális egészséggel kapcsolatos képzésben a tanulmányaik során. A programban az *oktatás és személyes találkozás* módszerét alkalmazták. A mentális zavarokkal élőket sújtó stigmatizáció redukálásának céljából tapasztalati szakértőkkel közösen tartott edukáció előtt, és utána is mérték az attitűd alakulását. Olyan fókuszcsoport tagjait is bevonták a vizsgálatba, akik nem vettek részt a személyes kontaktussal egybekötött edukáción. Különböző attitűd és empátia mérésére szolgáló skálák és szituációs játékok alkalmazásával végezték a stigmaellenes edukációval egybekötött vizsgálatot. Az oktatást és személyes kontaktust egyesítő képzés hatására a hallgatók jelentős részének a mentális betegekkel szembeni attitűdje javult, a mentális egészségügyre vonatkozó ismereteik gyarapodtak, és az *empátia terápia fontossága felértékelődött* a szemükben. A képzés pozitívan befolyásolta a mentális betegséggel élők felépülésére és veszélyességére, a szociális távolságtartásra és a betegség másoknak való feltárására vonatkozó nézeteket. Jellemzőbbé vált a szkizofrénia betegségként való megítélése is. [130]

A személyes kontaktus során átadott ismeretekre, és szemléletformálásra jó példa a különböző képzésekben, hivatalos tapasztalati szakértő alkalmazása. A SE Egészségtudományi Kar ápoló hallgatóinak pszichiátia oktatásában részt vesznek tapasztalati szakértők, az Ápolástan Tanszék vezetője és az értekezés szerzője, mint külső óraadó tanár együttműködésének eredményeképpen. Az eddig lezajlott három csoport képzése utáni hallgatói visszajelzések nagyon kedvezőek, komoly érzékenyítő és szemléletformáló hatásról számolnak be az interaktív elméleti órák után. A tapasztalati szakértők jelenleg karitatív módon, „küldetéstudatból” segítik az ismeretek átadását, honorárium nélkül. Az ELTE TÁTK Szociális Munka Tanszék, illetve az ELTE Bárczi

Gusztáv Gyógypedagógiai Kar képzésein is rendszeresen bevonnak óraadó, kísérő tanárként tapasztalati szakértőket, honoráriumot fizetve nekik a munkáért. Kézenfekvő megoldás az érintettek bevonása az oktatásba, hiszen a gyógypedagógusok képzésében néhány éve, új területként jelentek meg a mentális zavarok, és a hozzájuk kapcsolódó pszichoszociális fogyatékos fogalma.

2.7 A pszichoszociális fogyatékos fogalom születése

Az elmúlt évtizedekben jelentős paradigmaváltás történt az európai szakpolitikákban, mely a medikális szemlélet felől a társadalmi megközelítés felé történő elmozdulásban észlelhető. A fogyatékos személyek, a pszichiátriai betegek és a szenvedélybetegek ellátása felől így a közösségi, társadalmi bevonásukra került a hangsúly, továbbá a minél önállóbb életvitel elérésére, vagy az ehhez való hozzásegítésre. Magyarország 2007-ben, az első országok között ratifikálta a fogyatékosokkal élő személyek jogairól szóló ENSZ egyezményt, amely a *Convention on the Rights of Persons with Disabilities* fogalom rövidítésével CRPD-ként ismert. [131] Magyarország ezzel elismerte – egyéb jogok mellett – az Egyezmény 19. cikkében megfogalmazottak szerint a fogyatékosokkal élő személyek egyenlő jogát a közösségben való élethez, és vállalja, hogy megtesz minden olyan intézkedést, amely ezt elősegíti. [132] Tekintettel arra, hogy mentális betegek ezrei élnek a hazai bentlakásos pszichiátriai és fogyatékos otthonokban, a CRPD-vel összhangban, és az intézményi férőhelyek kiváltási programjával összefüggésben szükséges volt a *pszichoszociális fogyatékos fogalom* bevezetése. Magyarországon még nem sikerült konszenzusra jutni abban, hogy a pszichiátriai betegségek milyen mértékben okoznak fogyatékosítást. Az Emberi Erőforrások Minisztériuma 2016-2017-ben egy átfogó kutatásra adott megbízást az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar Alapítványának, amelyben a pszichiátriai betegként diagnosztizált személyek számának, társadalmi helyzetének, szolgáltatási igényeinek, az ellátásuk államháztartásra háruló terheinek feltárását, illetve az állapot definiálását tűzte ki célul. A kutatásban tapasztalati szakértők, szociális és egészségügyi szakemberek, szakértők és egyetemi hallgatók is részt vettek. Az elméleti és empirikus részekből álló kötet végén szakpolitikai ajánlásokat fogalmaznak meg a szerzők és Országos Pszichoszociális Konceptió megalkotására tesznek javaslatot. Ajánlják további kutatások lefolytatását is: *„Participatív és emancipatív kutatások indítása, célzottan egy pszichoszociális fogyatékos mérésére*

alkalmas módszer kidolgozására, mentális problémában érintett kutatók, kutatótársak bevonásával. [20, 67, 133, 134] A kutatásnak tehát arra nem sikerült maradéktalanul választ adnia, hogy a mentális betegséggel diagnosztizált embereket pontosan milyen kritériumok alapján tekintjük fogyatékosnak. A leginkább helytálló és elfogadható definíciót *Gombos Gábor* nemzetközileg elismert pszichiátriai jogvédő jegyzi, aki maga is mentális problémában érintett: *„pszichoszociális fogyatékossgal élő személy: minden olyan személy, aki hosszantartó mentális károsodással él, amely számos egyéb akadállyal együtt korlátozhatja az adott személy teljes, hatékony és másokkal egyenlő társadalmi szerepvállalását.”* [135] Ennek nagy jelentősége van a mentális betegek egészségügyi és szociális ellátásokhoz való hozzáféréseben, az esélyegyenlőségben, illetve a munkarehabilitációjában is, ami hozzájárul a mentális zavarokhoz kapcsolódó stigmák lerombolásához. [136] A pszichoszociális fogyatékossgal fogalma, illetve a pszichoszociális fogyatékossgal élő személy definíciója nem található meg a hatályos magyar jogban sem, csak vele összefüggésbe hozható terminusok szerepelnek, pl. pszichiátriai beteg, kóros elmeállapot, tartós betegség, szellemi károsodás. A pszichoszociális károsodás/fogyatékossgal bevezetése a jog eszközeibe olyan kötelezettség, amelyet a CRPD támaszt a nemzetekkel szemben. [137]

Annak ellenére, hogy nem minden mentális beteg lesz fogyatékos a betegsége következtében, a mentális betegségekkel kapcsolatos új megközelítésnek az egészségügyi és szociális képzésekben szükséges előbb-utóbb teret nyernie. *Az egészségügyi szakemberek felkészítése indokolt a pszichoszociális fogyatékossgal élő személyek gyakoribb megjelenésére, az ellátás minden szintjén, de különösen az alapellátásban. A kompetenciák célirányos fejlesztése attitűdbeli változásokat eredményezhet, amelyet az intézményi férőhely kiváltás programjának előrehaladása is indokol.*

2.8 A kiváltás stratégia és a társadalmi kirekesztés összefüggései

A nagy létszámú intézmények struktúrájának átalakítása az elmúlt közel két évtizedben jogszabályi szinten is megfogalmazásra került, továbbá hazai és európai uniós források felhasználásával a gyakorlati megvalósítás is folyamatban van. A fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény [138] már kihirdetésekor is tartalmazott a kiváltásra vonatkozóan előírásokat. 2010-től meghatározza, hogy az 50 főnél nagyobb férőhelyszámú fogyatékos személyek és

pszichoszociális fogyatékosokkal élők (pszichiátriai betegek) számára ápolást-gondozást nyújtó intézményeket ki kell váltani. A kiváltás első szakasza európai uniós társfinanszírozással valósult meg, melyről a törvény rendelkezett, és előírásának megfelelően került sor a *lakóotthon* nevesítésére a Szociális Törvényben. [139] A szociális tárca 2006-ig forrásokat biztosított a lakóotthonok fejlesztésére és a közösségi szolgáltatások elterjesztésére, amelyek évente számos lakóotthon építését tették lehetővé. 2011-től új férőhely már csak lakóotthoni formában volt létrehozható. A fogyatékos személyek és pszichiátriai betegek lakóotthonai a nappali intézmények mellett egyértelműen a közösségi alapú ellátások felé való elmozdulást, a kiváltás megalapozását jelentették. [132] A 2011-es stratégia közvetlen célcsoportjába azok a fogyatékos személyek tartoznak, akik nagy létszámú intézmény által nyújtott ellátásban részesülnek. A célcsoport alanyai azon fogyatékos személyek is, akik szenvedélybetegséggel, pszichiátriai zavarral küzdenek. 2016. évben a stratégia megvalósításának első öt éve lezárult, így szükségessé vált a rendelkezésre álló ismeretek és tapasztalatok összegzése, valamint az elmúlt időszak jogszabályi változásai alapján a következő periódus tényeken alapuló megtervezése a szakma elvárásai okán is, minden érdekelt fél bevonásával a stratégia által érintett szakpolitikák teljes spektrumán. Ezért – széles körű szakmai és civil részvétellel – kidolgozásra került és 2017. januárban megjelent az a Kormányhatározat, amely a kiváltás teljes folyamatának 30 éves időtávját az eredetileg tervezetthez (2011-2041) képest 5 évvel lerövidíti. [140] A koncepció az elmúlt évek tapasztalatainak összegzésével, az emberi jogi szemlélet közvetítésével, valamint az elmúlt időszak jogszabályi változásainak figyelembevételével készült, előtérbe helyezve a fogyatékos emberek közösségi alapú ellátását. 10.000 fogyatékos ember férőhelyét tervezik kiváltani, nagy létszámú intézményekből közösségi alapú lakhatási formákba költöztetve őket, akiknek jelentős része mentális betegsége okán került intézménybe. [132] A korábban már említett CRPD-vel összhangban a nagy létszámú, zárt pszichiátriai intézetek felszámolása számos országban befejeződött, de a kelet-európai országokban, különösen az EU új tagállamaiban ez a folyamat még a kezdeti szakaszában van. Az intézményi férőhely-kiváltási programok több országban pozitívan hatottak a közösségi életet támogató szolgáltatásokra. [141] Általában az intézetek bezárásával egyidejűleg történt meg a szolgáltatási hálózatok fejlesztése, és az ezzel kapcsolatos szakpolitikai szabályozók változása, például az Egyesült Királyságban, Görögországban,

Olaszországban és Hollandiában. [67, 132, 142] A magyarországi intézménykiváltás során azonban a szociális és egyéb közösségi szolgáltatások országos fejlesztése helyett csak elkülönült fejlesztések folynak a kiköltözők körére vonatkozóan, melyek az eleve intézeten kívül élők sokkal szélesebb körét nem érintik. Sajnálatos módon új támogatott lakhatási szolgáltatások ritkán jönnek létre, inkább az intézményi ellátásból kiválva, de ahhoz kapcsolatosan működnek. Ez magában hordozza annak a veszélyét, hogy továbbra is megmarad az intézményi szemlélet, és hiába kisebb létszámú az együtt élő mentális zavarban szenvedő emberek közössége, az életvitelük a nagy intézményi struktúrát, a berögzült „össznépi” működést követi, személyes célok és egyéni felelősség nélkül. [132] A felépülés alapú megközelítéssel ellentétben a nagy létszámú, zárt pszichiátriai intézetek működtetése. [143] Az intézménytelenítést *nehezíti a stigmatizáció*, mint társadalmi jelenség. Ezt igazolják a nagy pszichiátriai intézmények közösségi lakhatásra történő kiváltási folyamatában a lehetséges helyszínek kiválasztásakor tapasztalt lakossági reakciók is. Előfordul, hogy lakossági tiltakozó fórumok összehívása, aláírásgyűjtés, petíciók beadása előzi meg a támogatott lakhatásba kerülő pszichiátriai betegek kiköltözését, amely általában nem mentes a politikai tőke kovácsolásának mögöttes szándékától sem. A számos nehézség mellett az intézménytelenítési folyamat minden szereplőjének szembe kell néznie a stigmatizációval, hiszen nem csak az érintett emberek, hanem a velük foglalkozó, őket segítő személyek is megbélyegzettek lehetnek. Az emberek reakcióiban szerepe van a média sokszor hatásvadász, gerjesztő hangvételű híradásainak, vélt, vagy valós pszichiátriai problémával küzdő emberek által elkövetett violens cselekmények részletes bemutatásának. (pl. mint „*tényői családirtás*”, „*kulcsi mérsárlás*”). [132, 144, 145] Az eltúlzott kommunikáció, a történetek hetekig tartó, nyilvános „boncolgatása” és több riportalany sommás nyilatkozata az ügyről kedvezőtlenül befolyásolja a közvéleményt, erősítve ezzel a közgondolkodás stigmatizáló voltát. Tény, hogy ma Magyarországon a mentális zavarral élő emberek a betegségükből kifolyólag olyan megítélés alá esnek, amely nagyon megnehezíti számukra, hogy munkát, barátokat találjanak, illetve a közösség teljes jogú tagjaiként éljék az életüket. [132] A felépülés-alapú közösségi pszichiátriai ellátás révén, a kiváltási program során a közösségbe visszakerülő személyek társadalmi reintegrációja hatékonyabban valósítható meg.

2.8.1 A közösségi pszichiátria jelentősége a kirekesztés elleni küzdelemben

Magyarországon a pszichiátriai betegek számára nyújtott közösségi pszichiátriai ellátás 2003-ban jelent meg hivatalosan a szociális szolgáltatások rendszerében. A szolgáltatás célcsoportját a saját otthonukban élő, pszichiátriai kezelésben részesülő, nem veszélyeztető állapotú pszichiátriai betegek képezik, akiknek a betegsége ambuláns szakorvosi ellátás mellett egyensúlyban tartható, de az életvitelük, rehabilitációjuk és szociális biztonságuk optimálisan csak intenzív közösségi ellátás által segíthető, az egyéni szükségleteik mentén. A cél az, hogy megvalósuljon a gondozottak közösségi re-integrációja és ez által újra a társadalom teljes jogú tagjaivá váljanak. Az egyén számára a komplex pszicho-szociális rehabilitáció minden formája az otthonában, illetve lakókörnyezetében biztosított. A betegek segítséget kapnak a problémáik megoldásában, a meglévő képességeik és készségeik megtartásában, illetve fejlesztésében, a mindennapi életükben adódó konfliktusok feloldásában; a szociális és mentális gondozásukban, és az egészségügyi ellátáshoz való hozzájárásukban is. A közösségi gondozók segítenek az ellátottnak a személyes céljaik kitűzésében és elérésében. Jellemző, hogy a szolgáltatás a lehető legnagyobb mértékben próbál támaszkodni a közösségi erőforrásokra, különösen a hozzátartozók, mint „természetes segítők” részvételére. A közösségi ellátás során gyakran egy időben egészségügyi és szociális szakemberek összehangolt munkájára van szükség, a szolgáltatás összeköttetést biztosít az egyén és az ellátórendszerek között az intenzív esetmenedzselési tevékenység révén. Kiemelt fontosságú, hogy a közösségben történő ellátás a mentális zavarban szenvedő emberek lehető legteljesebb felépülését célozza meg. [20, 132, 146] A felépülés (*Recovery modell*) elsősorban a közösségi szolgáltatók számára ismert. Az egészségügyi ellátás színterein általában ismeretlen fogalom, beleértve számos pszichiátriai ellátást végző szakembert is. A felépülés alapú megközelítést *William A. Antony* 1993-ban leírt, sokat idézett és mára klasszikussá vált értelmezése fogalmazza meg:

„Egy mentális problémában érintett ember képes felépülni annak ellenére is, hogy betegségéből nem gyógyul fel. A felépülés az a folyamat, melynek során kielégítő, reményteljes és odaadó élete lehet valakinek, annak ellenére, hogy meglévő problémái gátat szabnak ennek. A felépülés az a folyamat, ami a mentális problémák katasztrofális hatásain túl is képes új értelemmel megtölteni valaki életét.” [132, 147, 148]

Míg a nemzetközi gyakorlatban számos szisztematikus kutatás foglalkozik laikusok és egészségügyi szakemberek mentális betegségekkel szembeni attitűdjével, a hazai szakirodalom korántsem gazdag a stigmakutatások terén. Tudomásunk szerint Magyarországon korábban nem készült szakdolgozók körében felmérés a mentális betegségekkel kapcsolatos stigmatizáló attitűd jelenlétéről.

3 CÉLKITŰZÉSEK

Az alábbiakban bemutatásra kerülő vizsgálat célkitűzéseit az ápolás alapelveivel, a korszerű pszichiátriai ellátással és emberi jogi szempontokkal összhangban határoztuk meg.

Egy olyan, egészségügyi szakdolgozók körében végzett attitűdvizsgálat lefolytatását tűztük ki általános célul, amelynek eredményei tükrében a mentális zavarban szenvedő emberek elfogadását és az ápolói hivatás értékeit növelő javaslatokat tehetünk, az ápolóképzések reformjára vonatkozóan. Ehhez a magyarországi egészségügyi intézményekben, adott szakterületeken dolgozó ápolók bevonásával, online kérdőíves vizsgálat lefolytatását kezdeményeztük. Konkrét célkitűzésünk volt kutatási hipotéziseink mentén a rejtett stigmatizáló attitűdök jelenlétének felmérése, valamint a mentális betegségekkel kapcsolatos ismeretekbe való betekintés, egy korábban már validált antistigmakála felhasználásával és saját kérdésekkel kiegészített, mérésre alkalmas kérdőív összeállításával.

4 MINTAVÉTEL ÉS MÓDSZER

4.1 A vizsgálat célja

A kutatás meghatározott célja az ápolási munkát végző egészségügyi szakdolgozók pszichiátriai betegekkel, illetve mentális betegségekkel kapcsolatos attitűdjeinek felmérése volt. A vizsgálat során a pszichiátriai betegségekkel kapcsolatos sztereotípiák, esetlegesen stigmatizáló szakdolgozói attitűdök jelenlétét kerestük.

4.2 Kutatási hipotézisek

1. Feltételezzük, hogy a sürgősségi ellátás és mentés területén dolgozóknál erőteljesebb stigmatizáció mérhető a mentális betegekkel szemben, mint a többi ápolónál.
2. Feltételezzük, hogy az ápolók számára a korábbi tanulmányaik nem biztosítanak elég kompetenciát a pszichiátriai betegekkel való megfelelő bánásmód és a hatékony kommunikáció terén.
3. Feltételezzük, hogy ha jobban ismernék az ápolók a mentális betegségeket, nagyobb empátiával tudnák ápolni a betegeket.
4. Feltételezzük, hogy a szakdolgozók számára az ápolási munka során az egyik legnehezebben kezelhető probléma az agresszió.
5. Feltételezzük, hogy a magasabb iskolai végzettségű és a budapesti ápolók kevésbé mutatnak stigmatizáló attitűdöt a mentális betegekkel szemben.
6. Feltételezzük, hogy a hosszabb ideje ápolói munkát végzők erősebben stigmatizálják a mentális betegeket, mint a kevesebb szakmai tapasztalattal rendelkezők.
7. Feltételezzük, hogy a pszichiátrián dolgozó ápolók elfogadóbbak a mentális betegekkel szemben, mint az egyéb szakterületen dolgozók.

4.3 A vizsgálat kvantitatív kutatási módszerei

4.3.1 Adatfelvétel

A vizsgálatra az ETT TUKEB 47854-2/2018/EKU számon megadta a szakmai-etikai engedélyt. **(3. melléklet)** A kérdőív a Google kifejezetten online kérdőívek

programozására szolgáló alkalmazásában lett kifejlesztve. Alapsokaságnak a MESZK felnőttápolási tagozat (n=28030), a pszichiátriai ápolási tagozat (n=983), valamint a mentésügyi és sürgősségi ellátási tagozat (n=4878, a hasonló profil miatt összevonva) személyes hírlevélre regisztrált ápolóit tekintettük. A vizsgálat kvantitatív elemzését megalapozó elektronikus kérdőívet a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara segítségével juttattuk el a vizsgált populáció, a különböző ápolói szakterületeken dolgozók részére úgy, hogy a Kamara megjelentette a honlapján, illetve a rendszeresen összeállított hírlevelében elküldte a feliratkozottak személyes e-mail címére. A Facebook „Tankórterem” - nevű oldalán szintén megosztásra került a kérdőív. Egyéni megkeresés nyomán hazai, vezető beosztású ápolási szakemberek is hozzájárultak, a vizsgált populáción belül, a kérdőív minél szélesebb körben való terjesztésében. Az alábbi, **1. számú táblázatban** közöljük, hogy a kamarai hírlevél összesen ápolási tagozatonként potenciálisan hány embert ér el a taglétszámhoz képest. A MESZK-nek arra vonatkozóan is van adata, hogy a hírlevelet hányan nyitják meg, de a jelen vizsgálat szempontjából ennek csekély a relevanciája.

1. táblázat: Kamarai taglétszámok releváns ápolási területenként, fő

	Aktív tagok száma	Hírlevélre feliratkozott tagok száma
Felnőttápolási tagozat	35 878	28 030
Mentésügyi és sürgősségi betegellátási tagozat	5 666	4 878
Pszichiátriai ápolás tagozat	1 325	983

Az adatfelvétel 2019. január 31-én kezdődött és 2019. április 30-án zárult le, melynek során 515 kitöltés érkezett az online felületre. Az adatfájl technikai tisztítása során 495 kitöltés bizonyult elemzésre alkalmasnak¹.

A következő, **2. számú táblázatban** az látható, hogy a különböző ápolási szakmacsoportonként hányan töltötték ki a kérdőívet:

¹ Beérkezett 15 üres, valamint 2 irreleváns kitöltés.

2. táblázat A kérdőív kitöltőinek száma és aránya az alapsokasághoz képest, fő, százalék

	Kitöltők száma (n)	Arány a hírlevélre feliratkozottakhoz képest (%)
Egyéb (felnőttápolási tagozat)	295	1,1
Mentésügyi és sürgősségi betegellátási tagozat	71	1,5
Pszichiátriai ápolás tagozat	129	13,1
Összesen	495	1,5

4.3.2 Minta

A mintavétel nem véletlenszerű eljárással történt, hanem a technikai megvalósíthatóság miatt, valamint a rendelkezésre álló anyagi erőforrásokból kifolyólag önkényes mintavételi módszerrel, az egyszerűen elérhető alanyok csoportjának lekérdezésére épült a kérdőíves vizsgálat. Ennek egyik előnye, hogy egy teljes társadalomkutató-intézet erőforrásainak hiányában is használható kutatási eszközként funkcionál. Hátránya azonban, hogy a vizsgált populációra reprezentativitást nem biztosít, tehát a következtetések nem általánosíthatók, csupán a vizsgálatban résztvevőkre tehetők megállapítások. A másik hátránya, hogy az alanyok közé csak olyan egészségügyi szakdolgozók kerülhettek be, akik e-mail címmel rendelkeznek, feliratkoztak a kamarai hírlevélre, volt alkalmuk és kedvük időt tölteni a kérdőív kitöltésével. Mivel a kérdőív tárgya a pszichiátriai betegek stigmatizációja volt, így talán nem meglepő, hogy a pszichiátriai ápolás tagozat dolgozóit jóval nagyobb mértékben sikerült megszólítania (13,1%), mint a többi ápolási terület dolgozóit (1,1%, valamint 1,5%). A kérdőíves vizsgálat reprezentativitását tekintve összességében tehát fontos néhány megkötéssel élni: technikai okokból egyszerű véletlen mintavétel végzésére nem adódott lehetőség, tehát a válaszok a fenti csoportok azon tagjainak véleményét tükrözik, akiket megragadott annyira a téma, hogy időt szántak a válaszadásra. A következő alfejezetek során bemutatott elemzés megállapításai tehát rájuk fognak vonatkozni.

4.3.3 A kutatás kvantitatív mérőeszköze: a kérdőív

A kérdőív összeállításánál arra törekedtünk, hogy olyan mérőskálát használjunk, amely más mintában tesztelve már bizonyította, hogy alkalmas eszköz a rejtett attitűdök mérésére. Fontos kritérium volt, hogy a skála kérdései összhangban legyenek a kutatási kérdésekkel. A skála terjedelmére vonatkozó elvárásunk az volt, hogy olyan itemszámú mérőeszközt találjunk, amely a saját szerkesztésű kérdésekkel kiegészítve sem haladja meg az 50 itemet. Több mérőeszköz tanulmányozása után az ASMI skála (6. melléklet) alkalmazására esett a választás.

4.3.3.1 Az ASMI (Attitudes of Severe Mental Illness Scale) skála kifejlesztése

Az 1960-as évek elején *Cohen* és *Struening* kifejlesztették a széles körben használt, 51 itemből álló OMI (Opinion about Mental Illness scale) skálát, két nagy pszichiátriai intézmény 1194 mentális egészségügyi szakembere válaszáinak összesítése alapján. [149] Az OMI skála módosított verziójaként *Taylor* és *Dear* kifejezetten a közösségi ideológiák vizsgálatára fejlesztette ki az 1970-es évek végén a CAMI (Community Attitudes Toward the Mentally Ill) skálát. [150, 151] Görögországban az 1980-as, 90-es években az OMI skálát szabványosították és használták a mentális betegségekkel szembeni attitűd mérésére, az általános népesség és egészségtudományi hallgatók vizsgálatához is. Az egyetlen olyan átfogó attitűdvizsgálatot, amelyben a szkizofréniával kapcsolatos ismereteket, és a szkizofréniában szenvedő emberekkel szembeni attitűdöt mérték, Economou és munkatársai végezték, a WPA „Open the Doors” nemzetközi antistigma programjához kapcsolódva. [152,153]

A mentális betegségek megbélyegzésével foglalkozó irodalom alapos áttekintése után született döntés egy olyan eszköz kifejlesztéséről, amely *alkalmas a kortárs gondolkodás megragadására*, valamint a görög társadalomban a félelem és pusztítás fogalmával összekapcsolódó „szkizofrénia” fogalom helyett a „*súlyos mentális betegség*” kifejezést használja. Az új skála, az ASMI kifejlesztését a korábbi skálák (OMI, CAMI) felhasználásával, laikusokból, mentális betegekkel és hozzátartozókból álló fókuszcsoporthoz segítségükkel végezték el. Főkomponens analízissel az alábbi faktorokat azonosították, amelyek az értekezés 5.3. részében bővebben ismertetésre kerülnek:

- A - komponens - „sztereotipizálás”
- B - komponens - „optimizmus”
- C - komponens – „megküzdés”
- D - komponens – „empátia”

A kérdőív validálási procedúráját követően, edukált telemarketinges szakemberek alkalmazásával, 2039 felnőttből álló országos reprezentatív mintával sikerült telefonos interjút készíteniük. [154] Saját kutatásunkban a görög kutatók validálási eredményeire hagyatkoztunk, mert azt gondoljuk, hogy egy ennyire vegyes nemzetközi háttérű és megalapozottságú eszköz esetében, különösen egy szakmai mintán, magyar megkérdezettek számára is egyértelműek az itemek. A vizsgálatot megelőzte az angol nyelvű skála magyarra fordítása, melyet két független szakfordítóval végeztettünk el. A magyarra fordított kérdőív angol nyelvre való visszafordítása szintén két független fordító segítségével történt. A két eredményterméknek a fordítók és nyelvész szakember segítségével történő egybevetését követően, vizsgálatunkat az Attitude Scale for Mental Illness (ASMI) skála magyar nyelvű fordítása, a Mentális Betegségek Attitűd Skála felhasználásával végeztük el. (7. melléklet)

4.3.3.2 A kérdőív saját szerkesztésű kérdései

A saját szerkesztésű kérdőív első része szociodemográfiai kérdéseket tartalmazott. Az adatok elemzésekor vizsgáltuk a kitöltők nemét, legmagasabb szakmai végzettségét, a munkavégzés helyét (megyei bontásban), az egészségügyi pályán eltöltött éveik számát, valamint azt, hogy melyik egészségügyi szakterületen dolgoznak. Ötkategóriás változóként vizsgáltuk, hogy a kitöltő találkozott-e már életében mentális beteggel, és ha igen, milyen élethelyzetben. Egy következő kérdésben 21 mentális egészséggel kapcsolatba hozható fogalom/körkép besorolását kértük a válaszadóktól a „rossz szokás”, „viselkedészavar”, „ideggyógyászati betegség” és „mentális betegség” kategóriákba. Ezt követően a felsoroltak közül a három, általuk leg súlyosabbnak ítélt betegség kiválasztását kértük. A második szakaszt (ez volt a 30 itemből álló ASMI skála) követően, a harmadik szakaszban, a hipotézisekből kiindulva, 8 saját szerkesztésű /a válaszokat 5 fokozatú Likert-skálán megjeleníthető, illetve egyszeres választásos, többszörös választásos és nyitott/ kérdés zárta a felmérést. Az egészségügyi képzés hatékonyságára, a saját ismereteik és empátiájuk összefüggéseire vonatkozó kérdés után egy felsorolásból, az

ápolási munkájuk során számukra legnehezebben kezelhető három tünet kiválasztását kértük. Ez egy későbbi kérdésben megismétlődött egy felsorolásból kiválasztott három, a számukra legnehezebben ápolható betegséggel összefüggésben. Rákérdeztünk továbbá a szerhasználó és alkohol betegeket, valamint a szkizofréniában szenvedőket terhelő esetleges felelősségre a betegségük kialakulásában. A szeparációs attitűd jelenlétét vizsgáltuk a vegyes, vagy külön pszichiátriai szakkórházakra vonatkozó kérdéssel, illetve a kiváltási program során, többnyire kastélyokban működő szociális otthonokban lakó, pszichoszociális fogyatékkal élő emberek közösségbe, önálló lakásokba telepítésének támogatására irányuló kérdéssel. A kérdőívet a pszichiátriai betegekről eszükbe jutó három jelző, továbbá a kutatáshoz kapcsolódó bármilyen észrevétel, hozzáfűznievaló nyitott kérdése, és az egyéni döntés alapján megadható személyes elérhetőség leírása zárta.

4.3.4 Adatfeldolgozás és elemzés

Az adatok feldolgozását és elemzését az IBM SPSS 23.0 statisztikai programcsomag segítségével végeztük. Az elemzés során az egyes kérdésekre adott válaszok relatív gyakorisági eloszlását, a képzett indexek esetében emellett azok leíró statisztikáit vizsgáltuk. Az antistigma-index és részindexei az egyes vonatkozó itemek számtani átlagaként adódtak. A hipotézisek vizsgálatakor elsősorban kontingenciatáblák (keresztáblák) elemzését és χ^2 -alapú függetlenségvizsgálatot (independence test) végeztünk. Azon hipotézisek esetében, amelyek a képzett indexekre vonatkoztak, a több várható érték egyezőségének hipotézisét egyutas varianciaanalízissel (One-Way ANOVA) teszteltük.²

² A kvantitatív vizsgálat hátrányainak ellensúlyozására a kérdőív végén elkértük azoknak az elérhetőségét, akik szívesen beszélgetnének még pszichiátriai betegségekkel kapcsolatos attitűdökről. Ennek nyomán 45 ember megadta az elérhetőségeit, velük egy későbbi fókuszcsoportos interjú keretében mélyebb kvalitatív elemzések elvégzésére is lehetőségünk adódott.

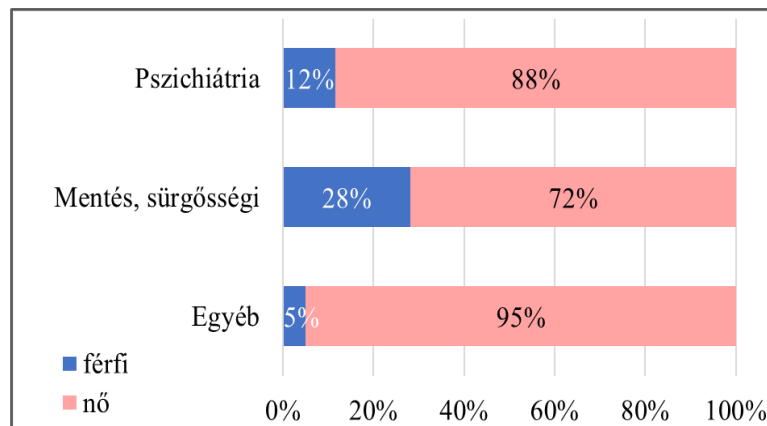
5 KVANTITATÍV EREDMÉNYEK

A következő nagy fejezet a kvantitatív eredmények bemutatására szolgál. Először a válaszadók szociodemográfiai jellemzőit, majd a saját szerkesztésű kérdésekre érkezett válaszok és az ASMI skála kérdéseire érkezett attitűdválaszok leíró statisztikai eredményeit, ezen belül az ASMI skála kérdéseiből képzett indexek gyakorisági eloszlásait is, végül pedig a kutatási hipotézisek többváltozós tesztelésének eredményeit mutatjuk be.

5.1 A válaszadók szociodemográfiai jellemzői

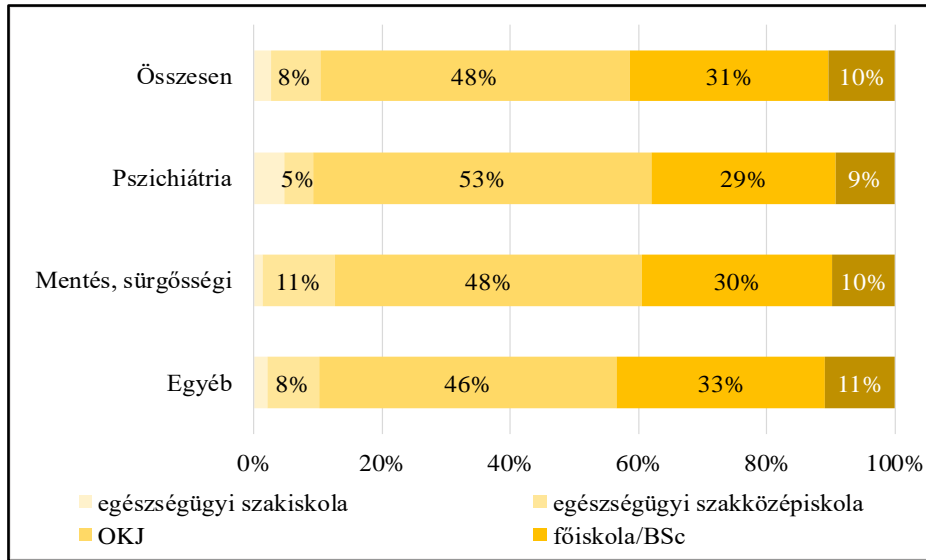
A kérdőív első, szociodemográfiai blokkja a válaszadók nemére, legmagasabb szakmai végzettségükre, a munkavégzésük földrajzi elhelyezkedésére, az egészségügyi dolgozóként munkában töltött évek számára, valamint arra kérdezett rá, hogy melyik egészségügyi szakterületen dolgoznak.

A kérdőívet 50 férfi (10%) és 445 nő (90%) töltötte ki. **(1. ábra)**

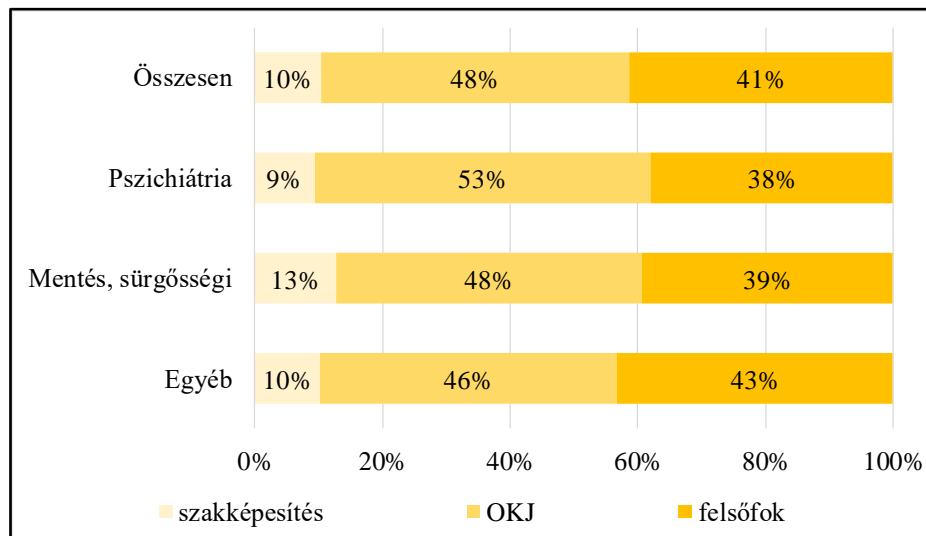


1. ábra: A kérdőívet kitöltők nemi megoszlási aránya, ellátási területenként, százalék (n=495)

A válaszadók közül 13-an voltak, akik egészségügyi szakiskolát végeztek (érettség nélkül), 38-an, akik egészségügyi szakiskolát végeztek (érettségivel), 239-en végeztek OKJ-t, 154-en főiskolát, valamint 51-en egyetemet. **(2. ábra)** Az elemzés során az egyes cellákban lévő alacsony elemszám miatt ezt az ötkategóriás változót átkódoltuk háromkategóriássá a végzettség szintjének megfelelően. **(3. ábra: szakképesítéssel rendelkezők, OKJ-t végeztek, felsőfokú végzettséggel rendelkezők)**



2. ábra: A válaszadók iskolai végzettségének (öt kategória) megoszlása szakterületenként, százalék (n=495)



3. ábra: A válaszadók iskolai végzettségének (három kategória) megoszlása szakterületenként, százalék (n=495)

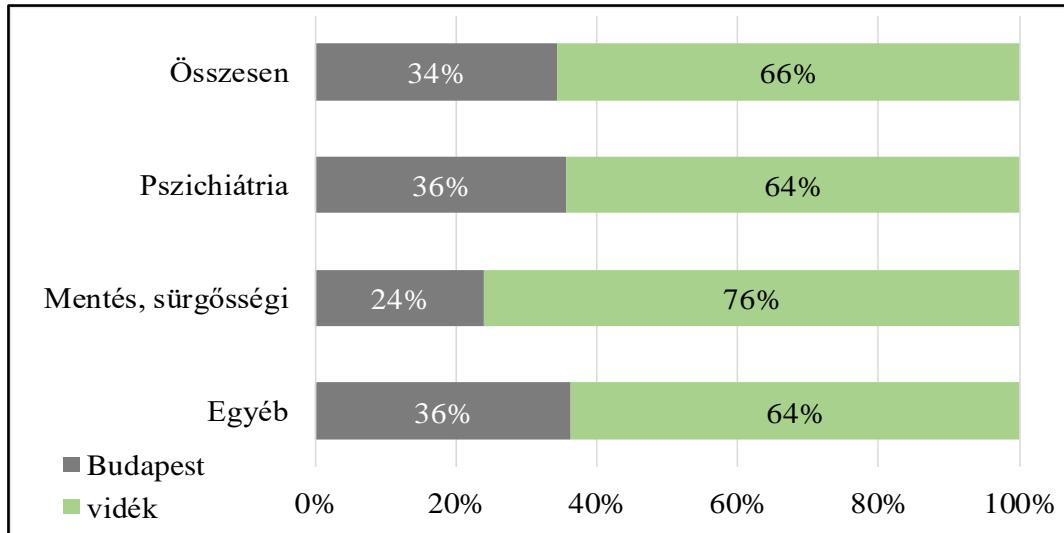
A kérdőívet kitöltők munkahelyének földrajzi elhelyezkedése szerinti megoszlása a 3. táblázaton szerepel. Jelentős többségük budapesti munkahellyel rendelkezik (170 fő, 34%), a második legjellemzőbb – jóval kisebb arányban ugyan – a Pest megyei munkahely volt a válaszadók körében (40 fő, 8%). A többi megye egészségügyi dolgozói jóval kisebb arányban képviseltették magukat a kérdőív kitöltése során. **(3. táblázat)** Az

adatok ábrázolásakor a 0 értéket tekintettük minimum értéknek, amelyet fehér háttérrel jelenítettünk meg. A minimumtól eltérő értékeket azok relatív nagyságának növekedésével arányosan, a zöld szín egyre sötétedő árnyalataival ábrázoltuk.

3. táblázat: A válaszadók munkahelyének megyei megoszlása, fő (n=495)

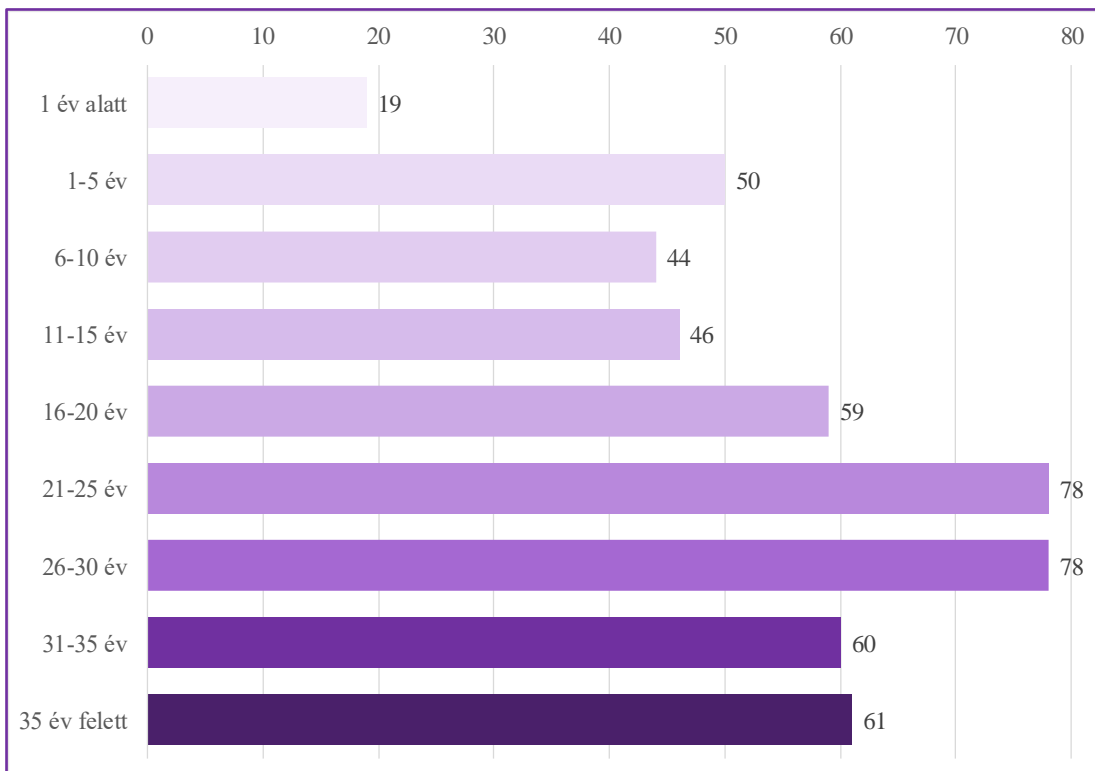
	Pszichiátria	Mentés, sürgősségi	Egyéb	Összesen
Bács-Kiskun megye	2	0	9	11
Baranya megye	3	1	7	11
Békés megye	7	3	7	17
Borsod-Abaúj-Zemplén megye	6	3	10	19
Budapest	46	17	107	170
Csongrád megye	8	7	17	32
Fejér megye	9	2	15	26
Győr-Moson-Sopron megye	7	3	20	30
Hajdú-Bihar megye	7	0	15	22
Heves megye	2	7	8	17
Jász-Nagykun-Szolnok megye	1	2	12	15
Komárom-Esztergom megye	1	2	6	9
Nógrád megye	4	2	9	15
Pest megye	5	10	25	40
Somogy megye	1	4	5	10
Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	7	2	3	12
Tolna megye	2	2	5	9
Vas megye	3	3	3	9
Veszprém megye	5	0	4	9
Zala megye	3	1	8	12
Összesen	129	71	295	495

A megyei munkahelyi adatokból éppen ezért a statisztikai elemzés elvégzéséhez képeztünk egy kétértékű Budapest-vidék változót. (4. ábra)



4. ábra: A válaszadók munkahelyének megoszlása Budapest-vidék viszonylatban szakterületenként, százalék (n=495)

A kérdőív kitöltőinek egészségügyi dolgozóként eltöltött éveit egy kilenckategóriás kérdéssel vizsgáltuk. A válaszadók több mint kétharmada, legalább 15 éve dolgozik a szférában (336 fő, 68%), a „középgenerációba”, 6 és 15 év között 90 fő (18%) tartozik, a pályakezdők 69-en töltötték ki a kérdőívet (14%). (5. ábra)

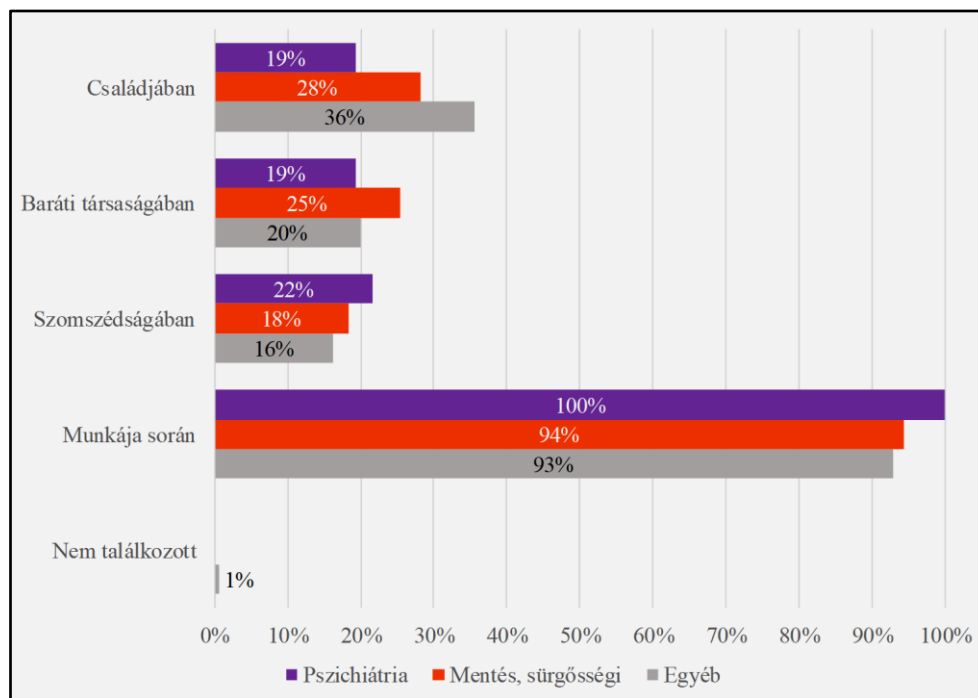


5. ábra: A válaszadók egészségügyi dolgozóként eltöltött éveinek száma, fő (n= 495)

5.2 A saját fejlesztésű kérdésekre, valamint az ASMI-skála kérdéseire adott válaszok bemutatása

A *Madianos* és szerzőtársai által fejlesztett ASMI-skála 30 kérdését a kérdőívben összesen 11 saját kérdéssel egészítettük ki. Az alábbiakban a kérdésekre érkezett válaszok gyakoriságát elemezzük a vizsgált szakterületek szerinti bontásban, a saját kérdések elemzésével kezdve.

Csupán 2 válaszadó nem találkozott még pszichiátriai beteggel élete során, ők mindketten az „egyéb” szakmacsoporthoz tartoznak. Érdekeség, hogy a pszichiátriai ellátásban dolgozókra a legkevésbé jellemző, hogy a családjukban találtak volna mentális beteggel a három szakterület képviselői közül. (6. ábra)



**6. ábra: A pszichiátriai beteggel történt találkozás
(több válasz lehetséges, százalék, n=495)**

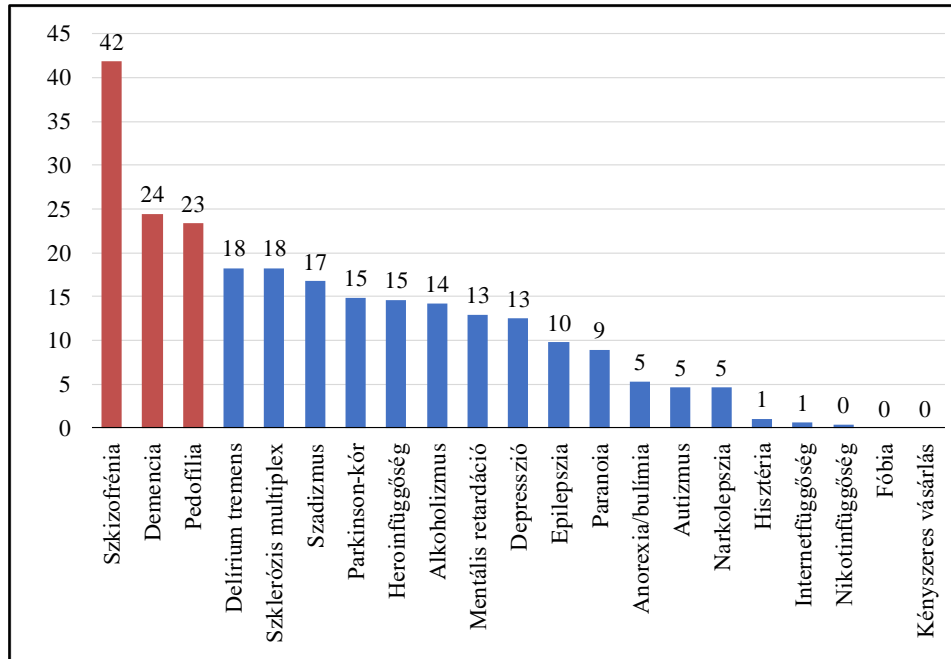
A különböző kórképek azonosításával foglalkozó kérdésre érkezett válaszok esetében kiemelendő, hogy a válaszadók jelentős hányada értékeli a különböző függőségeket rossz szokásként. Ezen kívül jól látszik például az autizmussal kapcsolatos diagnosztikus

bizonytalanság, mely a tudás hiányából fakad. **(4. táblázat)** Az adatok ábrázolásakor a 0 értéket tekintettük minimum értéknek, amelyet fehér háttérrel jelenítettünk meg. A minimumtól eltérő értékeket azok relatív nagyságának növekedésével arányosan, a zöld szín egyre sötétedő árnyalataival ábrázoltuk.

4. táblázat: Különböző kórképek azonosítása (soronként egy válasz lehetséges, százalék, n=495)

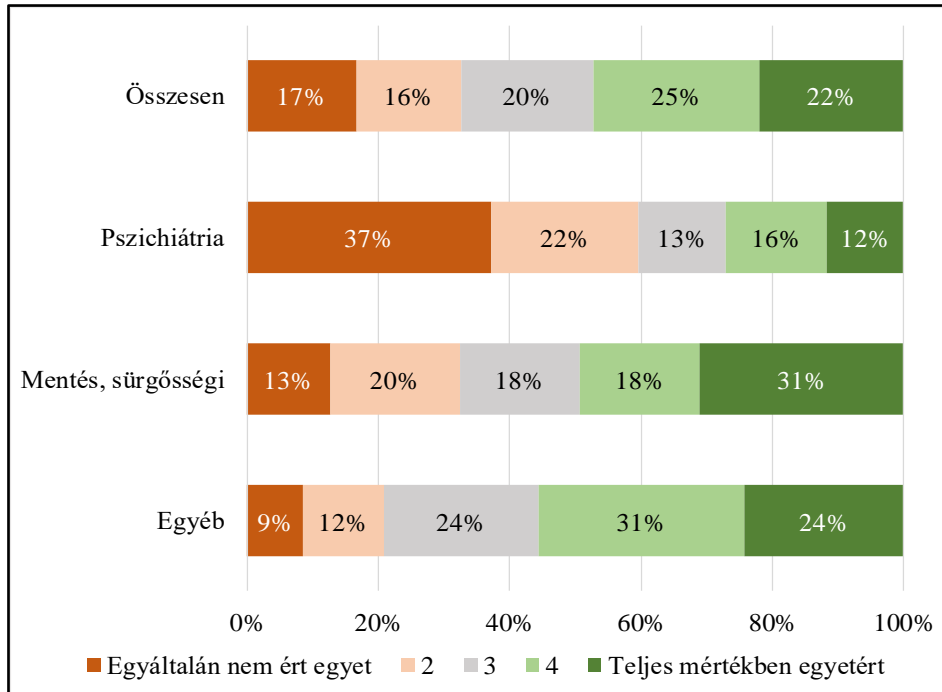
	Rossz szokás	Viselkedészavar	Mentális betegség	Ideggyógyászati betegség
Demencia	0,4%	8,1%	54,8%	36,7%
Nikotinfüggőség	60,2%	10,2%	28,3%	1,3%
Delírium tremens	4,8%	14,0%	39,5%	41,8%
Depresszió	0,2%	10,4%	79,9%	9,5%
Szklerózis multiplex	0,4%	4,7%	2,3%	92,6%
Heroinfüggőség	26,1%	13,5%	56,3%	4,1%
Szadizmus	5,2%	47,3%	43,6%	3,9%
Anorexia/bulímia	5,0%	22,1%	68,1%	4,8%
Internetfüggőség	44,5%	21,0%	33,7%	0,8%
Epilepszia	0,0%	5,5%	1,7%	92,9%
Szkizofrénia	0,0%	9,9%	67,8%	22,4%
Alkoholizmus	27,4%	14,0%	56,1%	2,5%
Pedofília	4,3%	36,0%	56,3%	3,3%
Hisztéria	10,6%	50,4%	33,4%	5,6%
Kényszeres vásárlás	22,6%	34,4%	41,9%	1,0%
Narkolepszia	1,5%	7,1%	19,3%	72,1%
Mentális retardáció	1,0%	7,5%	62,2%	29,3%
Fóbia	5,9%	23,6%	64,4%	6,1%
Autizmus	0,6%	13,8%	43,2%	42,3%
Parkinson-kór	0,6%	5,3%	4,2%	89,9%
Paranoia	2,7%	13,2%	74,0%	10,1%

A következő kérdés a fenti kórképek közül a három legsúlyosabb meghatározására vonatkozott. **(7. ábra)** Magasan a *szkizofrénia* került ki elsőként, 42 százalékos említési gyakorisággal. A második helyet a *demencia* (24%), a harmadikat pedig a *pedofília* (23%) foglalja el.



7. ábra: A válaszadók véleménye a 4. táblázatban felsorolt kórképek súlyossági prioritásáról (említések gyakorisága százalék, n=495)

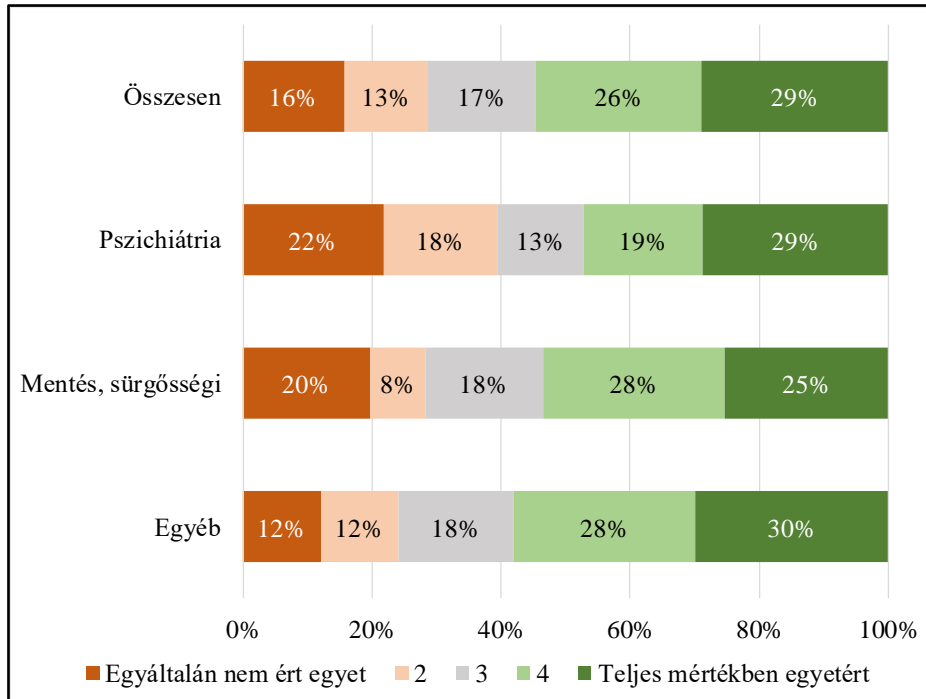
Az ASMI-skála kiegészítésére szolgáló, saját fejlesztésű attitűdkérdésünk egyike a korábbi tanulmányok hatékonyságára irányult. Arra voltunk kíváncsiak, hogy a kérdőívet kitöltő ápolók hogyan ítélik meg a saját kompetenciáikat, amiket a különböző szintű ápolóképzések pszichiátriai szakápolástan oktatása során szerezhettek meg. A válaszadók közel fele (47%) inkább egyetért, harmada pedig nem ért egyet azzal az állítással, hogy a korábbi tanulmányai során nem sajátított el megfelelő elméleti és gyakorlati ismereteket a pszichiátriai betegekkel való bánásmód és kommunikáció terén. A pszichiátriai ápolók körében is viszonylag nagyarányú, 27 százalék azok aránya, akik hiányosnak ítélik meg a felkészültségüket, ugyanakkor természetesen a megfelelő felkészültséget is ez a csoport válaszolta a legnagyobb arányban. **(8. ábra)**



8. ábra: A korábbi tanulmányok során elsajátított ismeretek és a megszerzett készségek szubjektív megítélése, százalék, n=492; p=0,000.³

A következő kérdésben a kutatási hipotézissel összhangban, arra kerestük a választ, hogy a kitöltők látnak-e összefüggést a mentális zavarokkal kapcsolatos saját ismereteik és a betegekkel való együttérzésük között. A válaszadók fele (55%) inkább egyetért, és 29 százalék, aki nem ért egyet azzal, hogy ha jobban értené a pszichiátriai betegséget, nagyobb együttérzéssel ápolná az ilyen problémával küzdő embereket. Ebben a kérdésben a különböző szakterületek ápolói között nincs szignifikáns eltérés. **(9. ábra)**

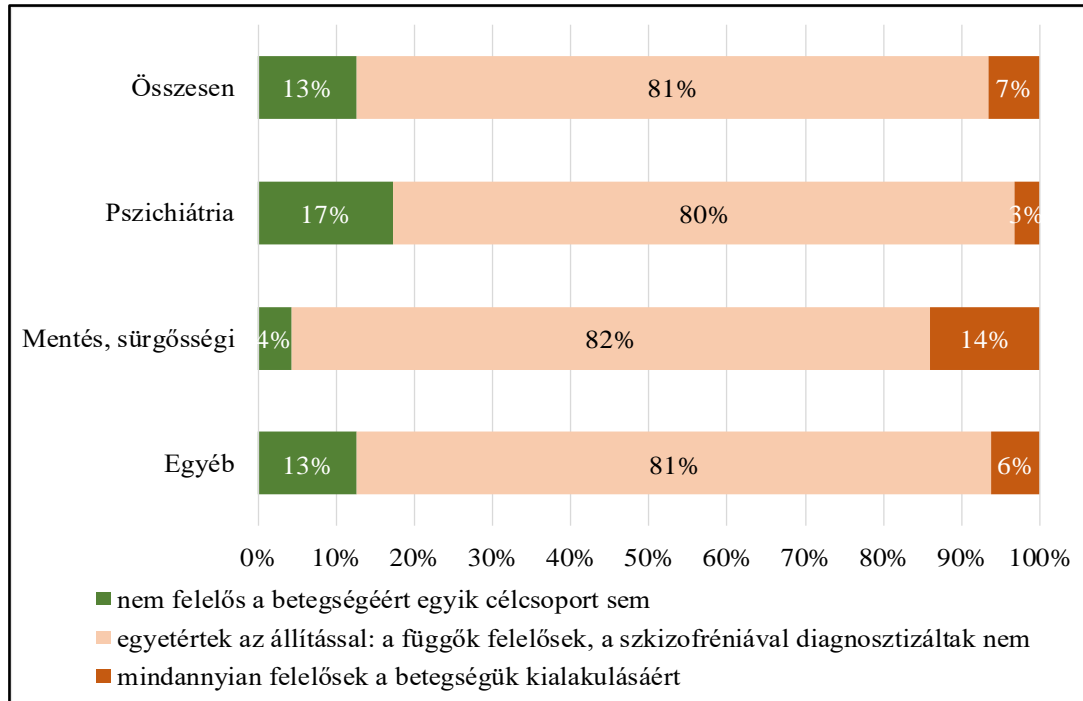
³ χ^2 -alapú függetlenségvizsgálat az állítással való egyetértés mértéke (5 fokú skálán) és a szakterület (pszichiátriai, mentés-sürgősségi vagy egyéb) között, a teszt nullhipotézise a függetlenség.



9. ábra: A mentális betegségekkel kapcsolatos ismeretek és az empátia összefüggéseinek szubjektív megítélése százalék, n=491; p=0,060⁴

Rejtett attitűdöket kerestünk a szkizofréniában szenvedő emberek, illetve a drog és alkoholproblémával küzdők egyéni felelősségének megítélésére irányuló, következő kérdéssel. A válaszadók 13 százaléka gondolja úgy, hogy sem a drog- és alkoholbetegek, sem a szkizofréniával diagnosztizáltak nem felelősek a betegségükért. A megkérdezettek 7 százaléka szerint viszont mindkét csoportot felelőség terheli. A döntő többség, 81 százalék szerint az addiktológiai problémákért van a betegnek személyes felelőssége, míg a szkizofrénia kialakulásáért nincs. A mentés-sürgősségi ápolók körében magasabb azok aránya, akik mindkét csoportot felelőssé teszik, míg a pszichiátriai ápolók között elterjedtebb az a vélemény, hogy egyik csoport sem felelős az állapotáért. **(10. ábra)**

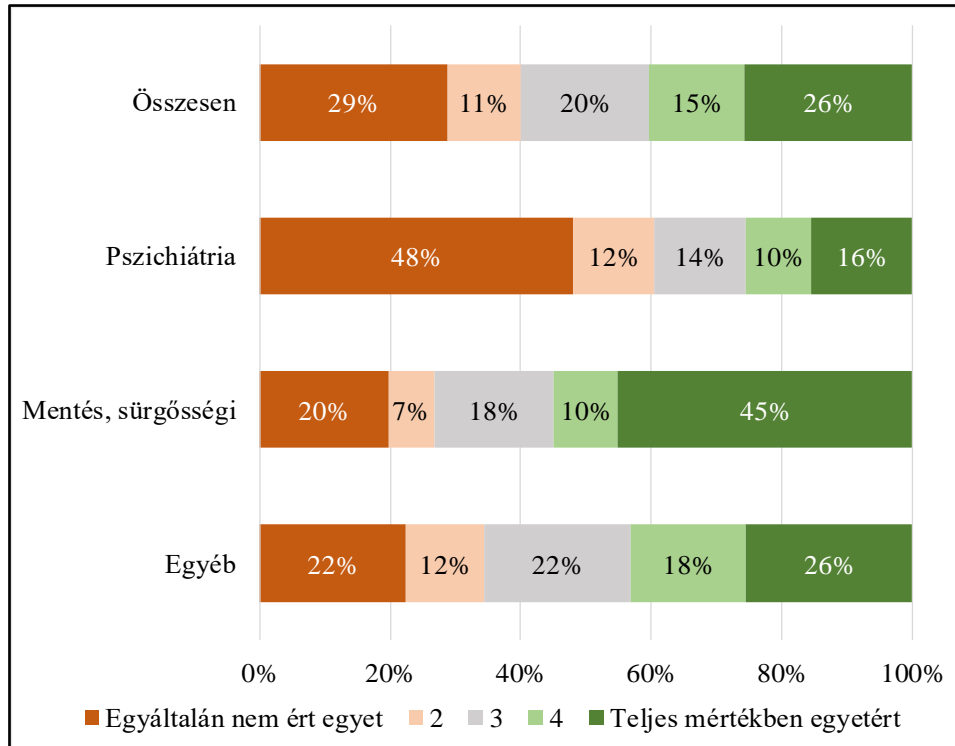
⁴ χ^2 -alapú függetlenségvizsgálat az állítással való egyetértés mértéke (5 fokú skálán) és a szakterület (pszichiátriai, mentés-sürgősségi vagy egyéb) között, a teszt nullhipotézise a függetlenség.



10. ábra: A drog és alkoholbetegek, valamint a szkizofréniával diagnosztizált emberek saját felelősségének megítélése százalék, n=490; p=0,005⁵

A következő két állítással a rejtett előítéletek és a kirekesztő, „szeparatív” attitűd jelenlétét kerestük. A válaszadók 40 százaléka szerint nem kellene, másik 40 százalék szerint viszont lehetne ugyanabban a kórházban gyógyítani a pszichiátriai betegeket, mint a testi betegségben szenvedőket. Markáns különbség van a pszichiátriai ápolók esetében a többi szakterülethez képest a kérdés megítélésében: körükben 60 százalék támogatja a „vegyes” kórházak kialakítását. Kiemelkedő a mentés és sürgősségi ellátás dolgozói részéről az 55%-os egyetértés a külön kórházban gyógyítással. (11. ábra)

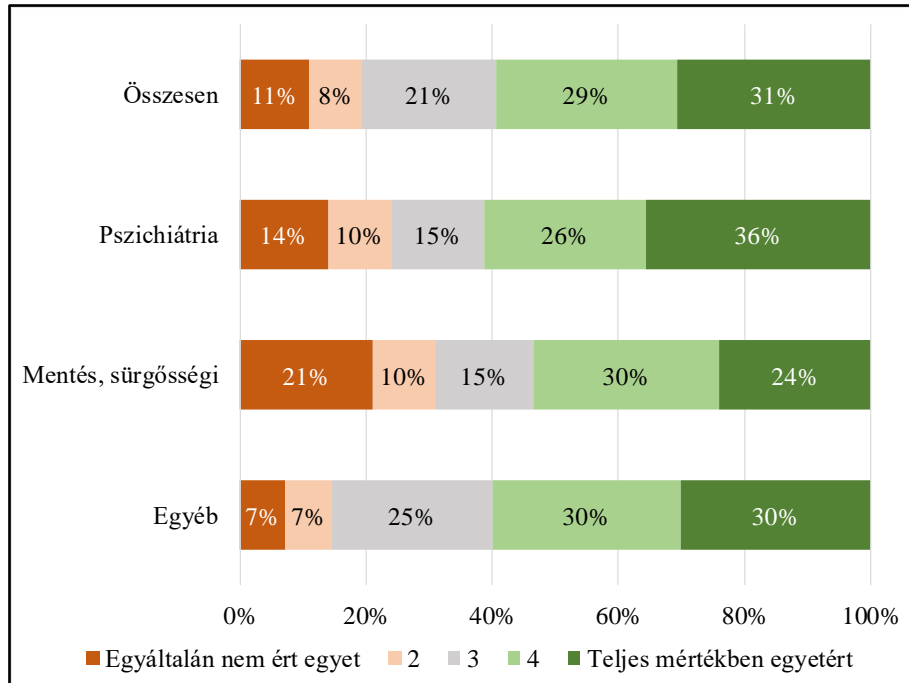
⁵ χ^2 -alapú függetlenségvizsgálat az állítással való egyetértés mértéke (5 fokú skálán) és a szakterület (pszichiátriai, mentés-sürgősségi vagy egyéb) között, a teszt nullhipotézise a függetlenség.



11. ábra: A pszichiátriai betegek és a testi betegségben szenvedők külön kórházban történő gyógyításának megítélése, százalék, n=494; p=0,000⁶

A nagy létszámú, pszichoszociális fogyatékossgal élő mentális betegeket ellátó szociális otthonok megszüntetésére, és a kiköltöztetett emberek társadalmi befogadásával kapcsolatos előítéletekre irányuló kérdésnél a válaszadók közel 60 százaléka helyesnek tartja, hogy a pszichiátriai betegeket a közösségbe, kisebb, önálló házakba költöztessék ki, míg mintegy 20 százalék nem ért ezzel egyet. A mentős-sürgősségi ápolók körében nagyobb az elutasítás aránya. (12. ábra)

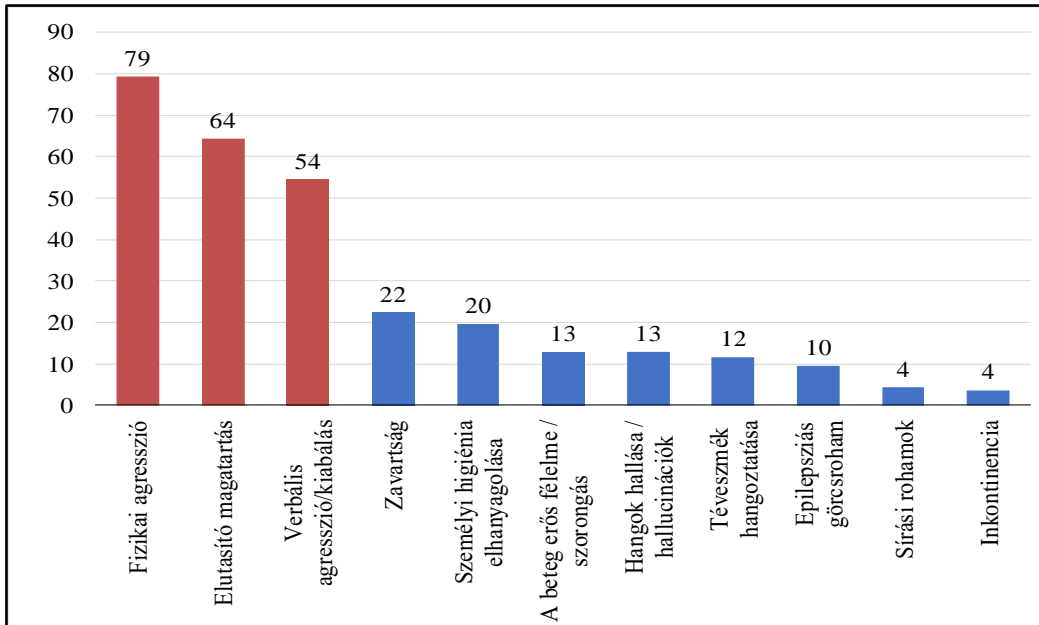
⁶ χ^2 -alapú függetlenségvizsgálat az állítással való egyetértés mértéke (5 fokú skálán) és a szakterület (pszichiátriai, mentés-sürgősségi vagy egyéb) között, a teszt nullhipotézise a függetlenség.



12. ábra: A nagy létszámú pszichiátriai szociális otthonok férőhelyeinek kiváltásával és a lakók közösségbe költöztetésével kapcsolatos egyetértés, százalék, n=495; p=0,006⁷

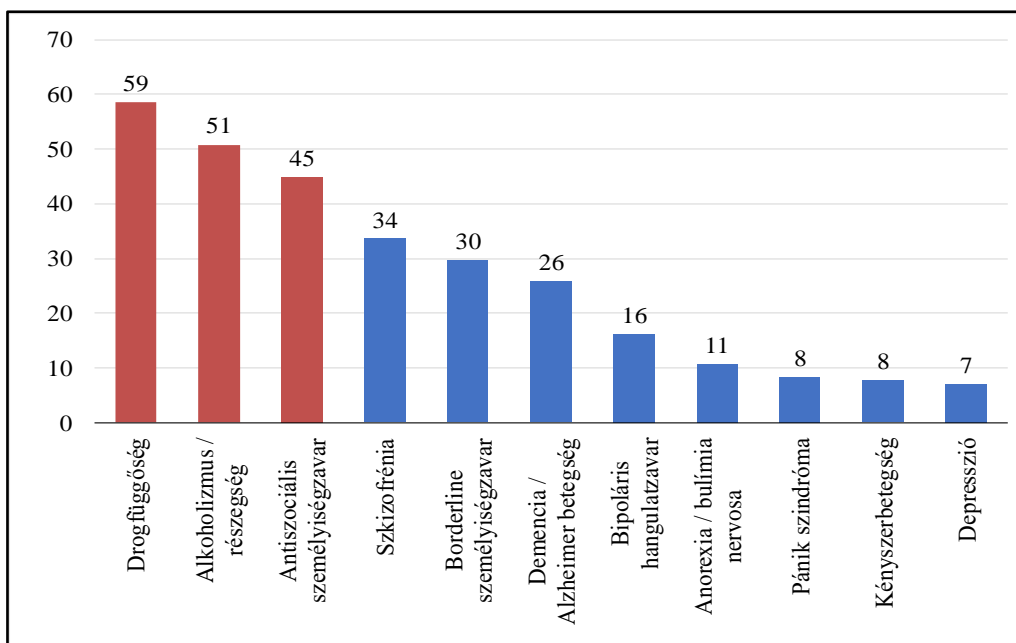
A válaszadók közel 80 százaléka a fizikai agressziót, 64 százaléka az elutasító magatartást és az együttműködés hiányát, 54 százaléka pedig a verbális agressziót jelölte meg, mint az ápolási munkát leginkább megnehezítő tényezőt. (13. ábra)

⁷ χ^2 -alapú függetlenségvizsgálat az állítással való egyetértés mértéke (5 fokú skálán) és a szakterület (pszichiátriai, mentés-sürgősségi vagy egyéb) között, a teszt nullhipotézise a függetlenség.



13. ábra: Az ápolási munka során előforduló betegségek tüneteinek prioritása az ápolási nehézség szempontjából (emlétek gyakorisága százalék, n=495)

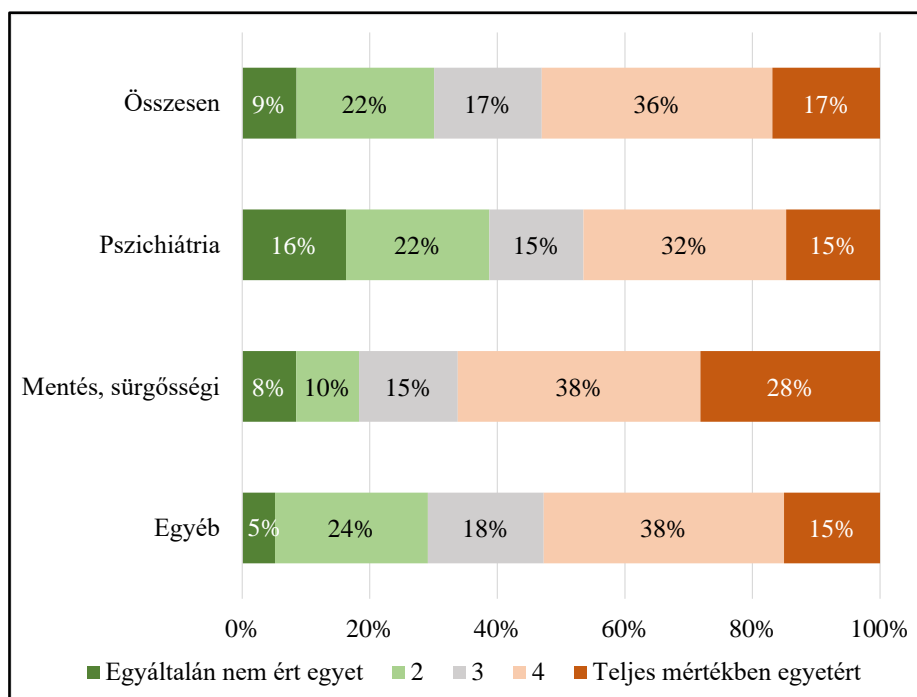
A szmukra legnehezebben kezelhető 3 diagnózis a drogfüggőség (59%), az alkoholizmus és a részegség (51%), valamint az antiszociális személyiségzavar (45%). (14. ábra)



14. ábra: Diagnózisok megítélése az ápolási nehézség prioritása alapján (emlétek gyakorisága százalék, n=495)

A következőkben az ASMI skála 30 attitűdkérdésére adott válaszok megoszlását mutatjuk be az összes válaszadóra, és szakterület szerinti bontásban. Az ábrák címében szerepel a χ^2 -alapú függetlenségvizsgálat eredménye, ami az adott kérdéssel való egyetértés foka és a szakterület közötti kapcsolat meglétét vizsgálja. Amennyiben a p-érték kisebb vagy egyenlő 0,05-tel, akkor 5 százalékos szignifikanciaszinten van kapcsolat a két változó között. Az ábrák címében zárójelben megjelenítettük a kérdés számát az ASMI skálában.

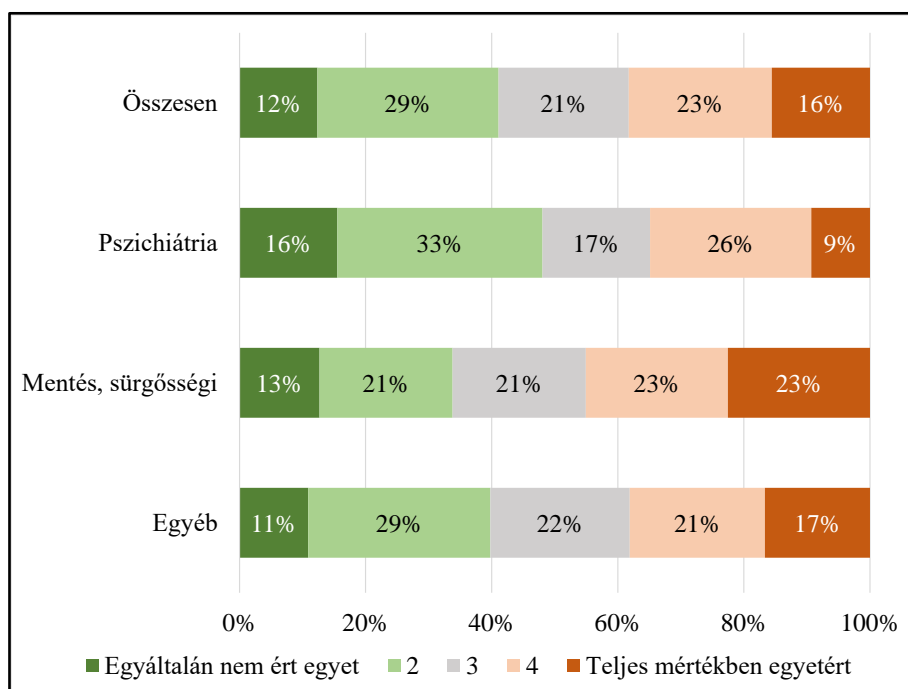
A válaszadók fele (53%) inkább egyetért azzal az állítással, hogy a súlyos mentális betegség miatt az ember élete végéig szenvedni fog. A mentés-sürgősségi ápolók körében nagyobb az egyetértés az állítással, mint a többi szakterületen dolgozók körében. A pszichiátrián dolgozóknak is közel fele (47%) egyetért az állítással. (15. ábra)



15. ábra: (ASMI 1.) „Ha valaki átélt egy súlyos mentális betegséget, élete végéig szenvedni fog tőle.” N=492; p=0,001⁸

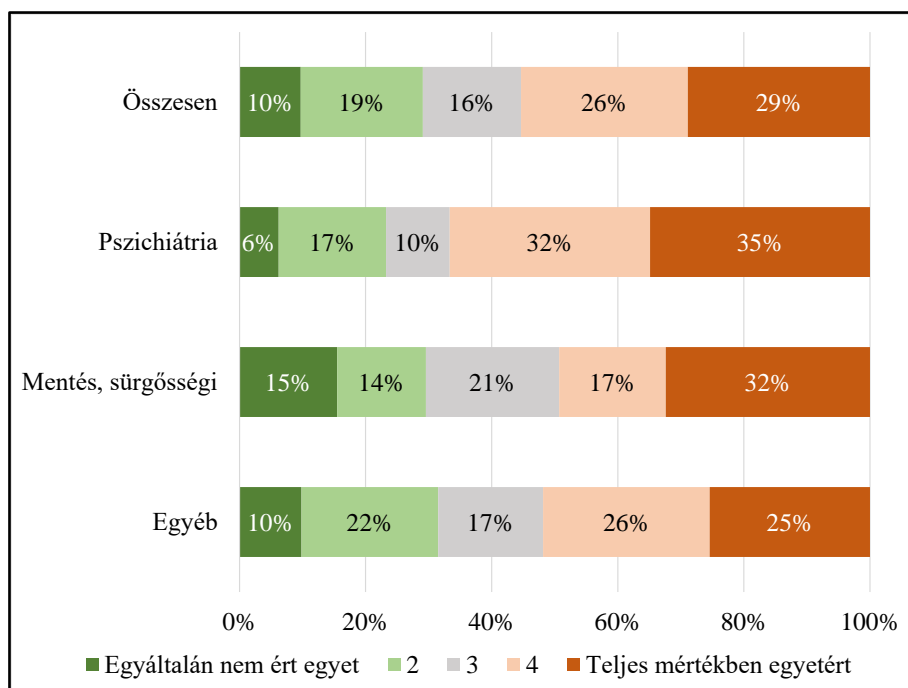
⁸ A 15-23. ábráknál feltüntetett p-értékek a χ^2 -alapú függetlenségvizsgálat eredményét jelzik: van-e kapcsolat az állítással való egyetértés mértéke (5 fokú skálán) és a szakterület (pszichiátriai, mentés-sürgősségi vagy egyéb) között. A teszt nullhipotézise az, hogy a kettő független egymástól, tehát minden csoport egyformán vélekedik az adott kérdéstől, és csak a véletlen hatására tér el egymástól válaszaik eloszlása.

A válaszadók 81 százaléka nem ért egyet azzal az állítással, hogy a súlyos mentális betegségben szenvedő emberek csódtömegek. A szakterületek között szignifikáns a különbség a kérdés megítélésben: mentés-sürgősségi ápolók körében kisebb az egyetértők aránya mind a pszichiátriai, mind az egyéb ápolókkal összevetve. **(9. melléklet)** Megoszlottak viszont a vélemények arra vonatkozóan, hogy a súlyos mentális betegségben szenvedők az erőfeszítések ellenére sem lesznek sosem olyanok, mint a többi ember: közel ugyanannyian értettek egyet ezzel, mint amennyien nem értettek egyet. A szakterület szerint nem mutatkozott statisztikailag szignifikáns különbség. **(16. ábra)**



16. ábra: (ASMI 3.) „Minden erőfeszítés ellenére a súlyos mentális betegségben szenvedő emberek sosem lesznek olyanok, mint a többi ember.” N=494; p=0,194

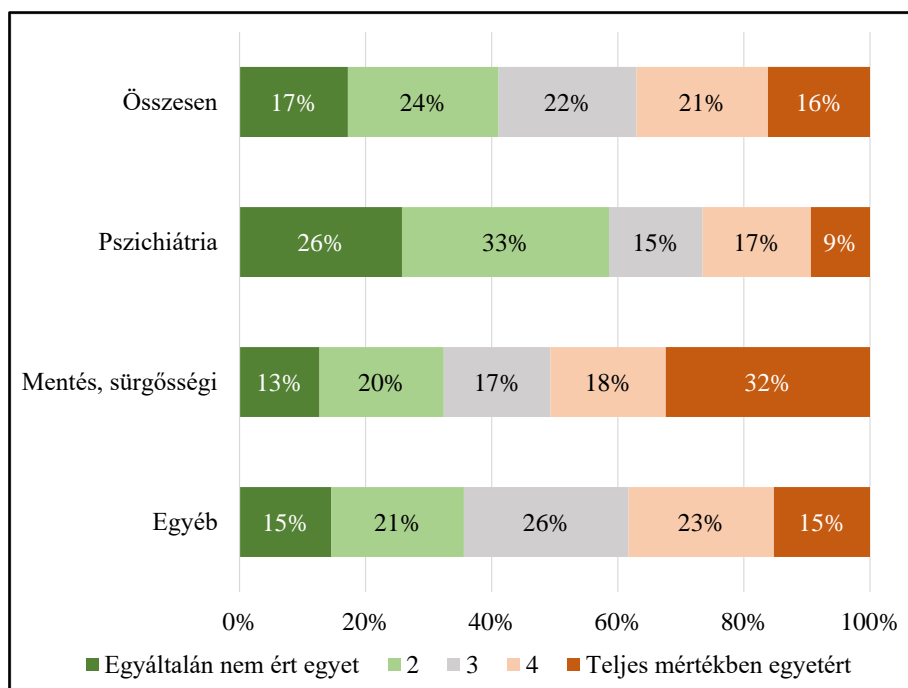
Az élethosszig tartó gyógyszeresedésre vonatkozó állításból a mentális betegek felépülési esélyeivel kapcsolatos optimizmusról kaphattunk képet. A legnagyobb egyetértés a pszichiátriai ápolók körében volt mérhető, akiknek 67 százaléka inkább egyetért azzal, hogy a súlyos mentális betegségben szenvedők életük során valószínűleg nem lesznek gyógyszermentesek. A többi szakterület kitöltőinek is legalább a fele ért inkább egyet az állítással. **(17. ábra)**



17. ábra: (ASMI 4.) „A súlyos mentális betegségben szenvedő embereknek életük végéig gyógyszert kell szedniük.” N=495; p=0,026

A válaszadók harmada (34%) nem ért egyet azzal az állítással, hogy meglátszik az emberen, ha súlyos mentális betegsége van. A szakterületek szerint nem mutatkozott statisztikailag szignifikáns különbség. **(9. melléklet)**

37 százalékuk viszont inkább egyetért azzal az állítással, hogy a súlyos mentális betegségben szenvedő emberek nem olyanok, mint más emberek. Közel ugyanennyien, 41 százalék nem értett egyet az állítással. A legnagyobb fokú egyetértés a mentés-sürgősségi ápolók körében látható, ahol a válaszadók fele szerint a mentális betegek különböznek a többi embertől (harmaduk ráadásul teljes mértékben egyetértett). Ezzel szemben a pszichiátrián dolgozók 60 százaléka szerint nincs különbség a mentális betegek és a többi ember között. **(18. ábra)**



18. ábra: (ASMI 6.) „A súlyos mentális betegségben szenvedő emberek nem olyanok, mint más emberek.” N=494; p=0,000

A válaszadók fele nem gondolja, hogy a súlyos mentális betegségek könnyen felismerhetők, további negyedük pedig a semleges közepső értéket jelölte meg válaszában. A szakterület szerint nem mutatkozott statisztikailag szignifikáns különbség.

(9. melléklet) Azzal az állítással, hogy a súlyos mentális betegségben szenvedő emberek nem képesek új készségek elsajátítására, a válaszadók 77 százaléka nem ért egyet. Az inkább egyetértők aránya a mentés-sürgősségi ápolók körében 64 százalék, a pszichiátrián dolgozók körében 84 százalék. **(9. melléklet)**

A válaszadók fele (51%) inkább nem ért egyet azzal az állítással, hogy a súlyos mentális betegségben szenvedő emberek veszélyesek. Szakterület szerinti bontásban érdemi különbségek láthatók: a pszichiátrián dolgozók kétharmada, míg a mentés-sürgősségi ápolóknak csak mindössze egyharmada gondolja úgy, hogy nem veszélyesek. A többi szakterület dolgozói az átlagnak megfelelő arányban, közel 50 százalékban nem értenek egyet az állítással. **(9. melléklet)**

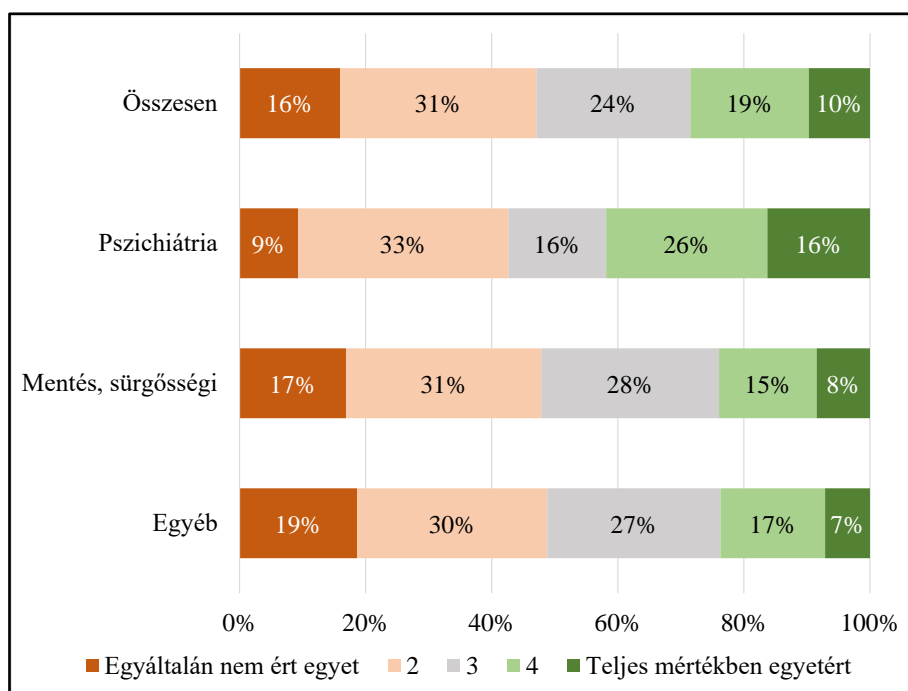
A válaszadók kétharmada (65%) nem gondolja úgy, hogy a súlyos mentális betegség balszerencse. A mentés-sürgősségi ápolók körében a többi csoporthoz képest nagyobb (24%) az egyetértés az állítással. **(9. melléklet)**

Az összes válaszadó 63 százaléka inkább egyetért azzal az állítással, hogy a pszichiátriai gyógyszerek függőséget okoznak. A pszichiátrián dolgozók körében ez az arány 49 százalék, a mentés-sürgősségi ápolók körében 75 százalék, a felnőttápolási tagozat kitöltőinél pedig 65 százalék ez az arány. **(9. melléklet)**

Inkább egyetért azzal az állítással a válaszadók 60 százaléka, hogy egy súlyos mentális betegségben szenvedő ember képes arra, hogy dolgozzon, míg a válaszadók negyede nem tudott egyértelműen állást foglalni a kérdésben. A szakterület szerint nem mutatkozott statisztikailag szignifikáns különbség. **(9. melléklet)**

A válaszadók kétharmada inkább egyetért azzal az állítással, hogy a súlyos mentális betegségben szenvedő embert ki lehet képezni egy munkára, míg 13 százalékuk nem ért egyet ezzel. A szakterület szerint nem mutatkozott statisztikailag szignifikáns különbség **(9. melléklet)**

Megoszlottak a vélemények a válaszadók körében arról, hogy a súlyos mentális betegségben szenvedő emberek különböznek-e más emberektől. Az összes kitöltő 47 százaléka szerint elmondható, hogy különböznek, 28 százalékuk szerint viszont nem. A pszichiátrián dolgozók 42 százaléka szerint a súlyos mentális betegek nem különböznek más emberektől, miközben a mentés-sürgősségi ápolók és az egyéb szakterületek körében ez az arány mindössze 24 százalék. **(19. ábra)**

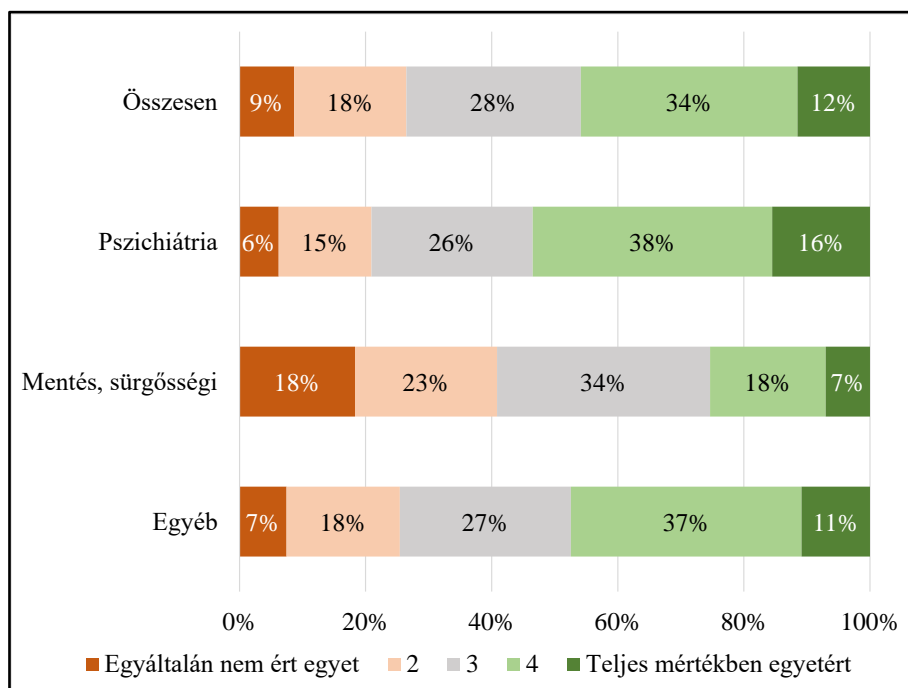


19. ábra: (ASMI 14.) „A súlyos mentális betegségben szenvedő emberek nem különböznek más emberektől.” N=495; p=0,003

A válaszadók többsége nem rendelkezik magabiztos attitűddel arra vonatkozóan, hogy a súlyos mentális betegségben szenvedő emberek képesek-e megküzdeni az életben felmerülő nehézségekkel. Összességében viszont a megkérdezettek fele inkább úgy gondolja, hogy nem képesek. A szakterület szerint nem mutatkozott statisztikailag szignifikáns különbség. **(9. melléklet)**

A válaszadók közel fele (46%) inkább egyetért azzal az állítással, hogy pszichiátriai gyógyszerek szedése nem tesz másoktól különbözővé, míg harmaduk inkább nem ért egyet vele. A pszichiátriai ápolók körében többen gondolják úgy, hogy nincs ilyen hatása a pszichiátriai gyógyszereknek (62%), mint a mentés-sürgősségi és egyéb ápolók körében (39%, illetve 41%). **(9. melléklet)**

A válaszadók fele (46%) inkább egyetért, negyede pedig nem ért egyet azzal az állítással, hogy a súlyos mentális betegségből manapság már fel tudnak épülni az emberek. Az ezzel kapcsolatos szkepticizmus a mentés-sürgősségi ápolók körében nagyobb, közülük csak minden negyedik gondolja úgy, hogy fel lehet épülni ezekből a típusú betegségekből. **(20. ábra)**



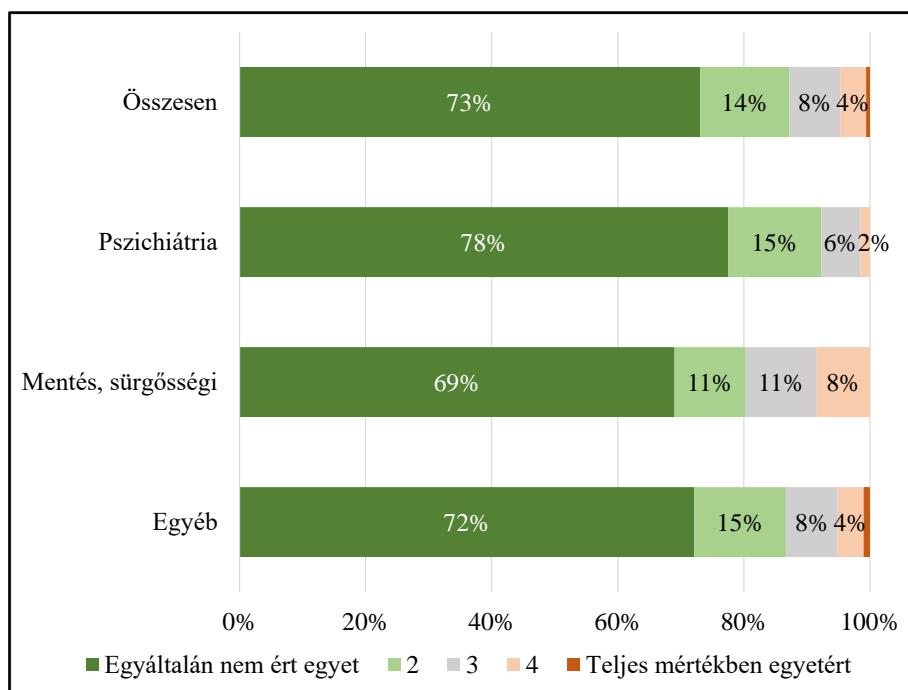
20. ábra: (ASMI 17.) „A súlyos mentális betegségből manapság már fel tudnak épülni az emberek.” N=495; p=0,007

A válaszadók döntően egyetértenek abban, hogy a súlyos mentális betegségben szenvedő embereknek nem szabad feladniuk, és ez nem mutat semmilyen különbséget szakterület szerint sem. **(9. melléklet)**

A válaszadók azzal is szinte kivétel nélkül, egyöntetűen, szakterület szerint is egyetértenek, hogy a súlyos mentális betegségben szenvedő embereknek specialista segítségét kell kérniük. **(9. melléklet)**

A válaszadók 16 százaléka egyetért, 58 százaléka pedig nem ért egyet azzal az állítással, hogy ha valaki súlyos mentális betegségben szenved, jobb, ha olyan emberekkel barátkozik, akiknek ugyanilyen problémájuk van. A szakterület szerint nem mutatkozott statisztikailag szignifikáns különbség. **(9. melléklet)**

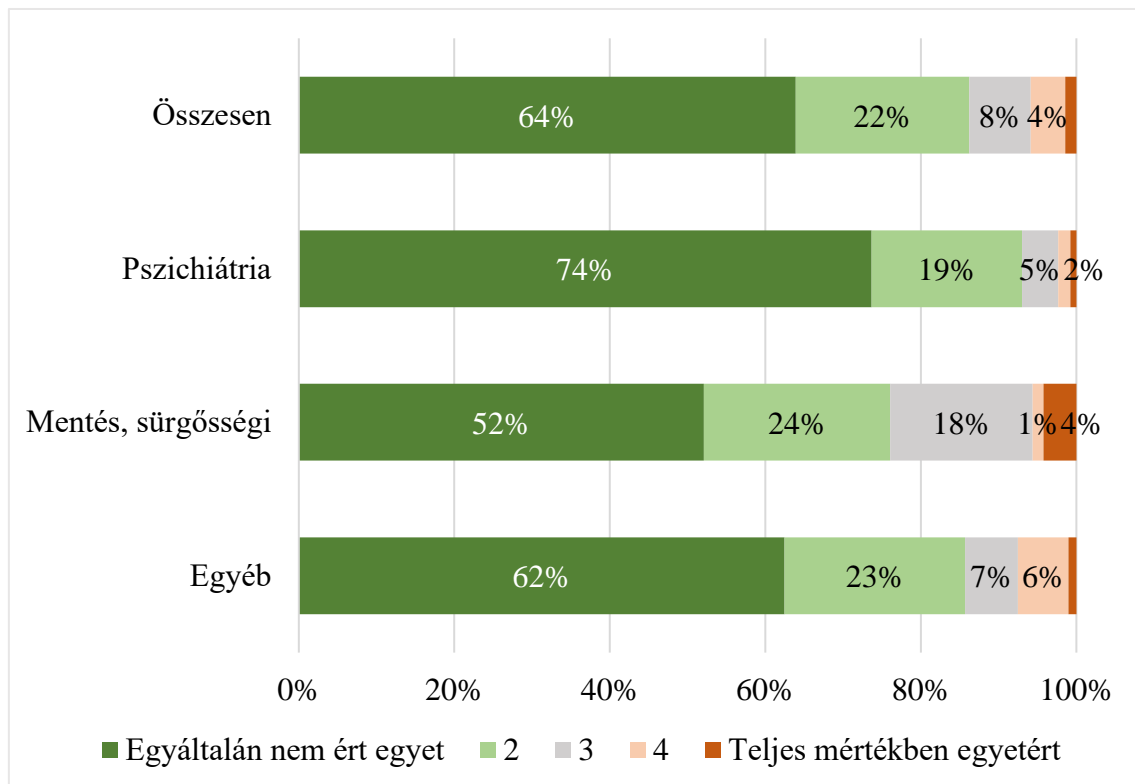
A válaszadók döntően elutasítják azt az állítást, hogy jobb a problémákat eltitkolni, hogy elkerüljük az élet nehézségeit. A szakterület szerint nincs szignifikáns különbség a válaszok között. **(21. ábra)**



21. ábra: (ASMI 21.) „Jobb a problémákat eltitkolni, hogy elkerüljük az élet nehézségeit.” N=494; p=0,270

A válaszadók döntően (87%) inkább egyetértenek azzal, hogy a barátoknak nem kellene elhagyni azt, aki súlyos mentális betegségben szenved. A szakterület szerint nincs szignifikáns különbség a válaszok között (**9. melléklet**)

Bár a válaszadók döntő többsége (86%) nem ért egyet azzal, hogy jobb, ha egy súlyos mentális betegségben szenvedő ember elkerüli a többi embert, a mentés-sürgősségi ápolók körében ez az arány kisebb, miközben azok aránya, akik nem tudtak egyértelműen állást foglalni, és emiatt a közepső értéket jelölték meg, nagyobb, mint a többi szakterületen dolgozók körében. (**22. ábra**)



22. ábra: (ASMI 23.) „Jobb, ha egy súlyos mentális betegségben szenvedő ember elkerüli a többi embert.” N=493; p=0,001

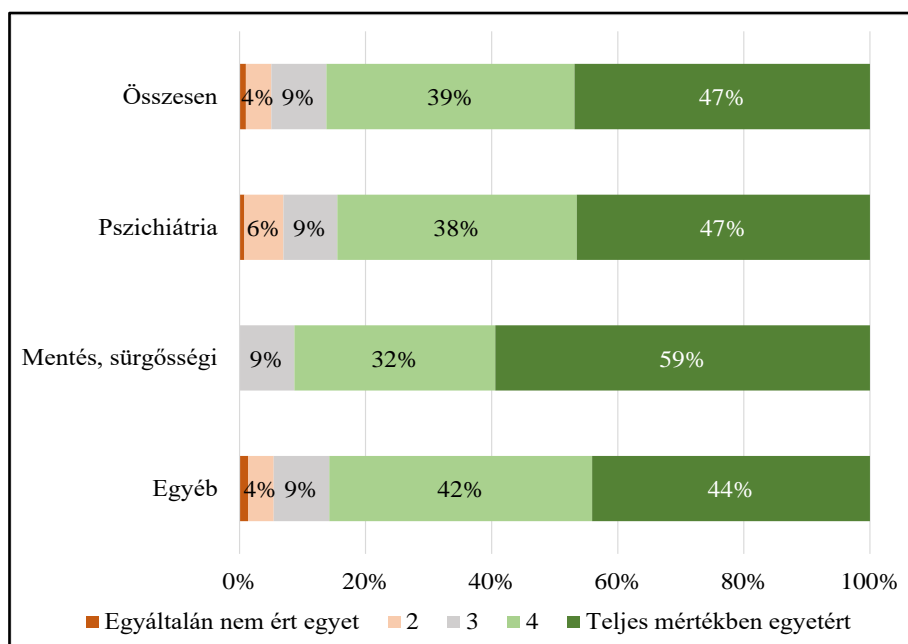
A válaszadók 90 százaléka szerint, ha valaki súlyos mentális betegségben szenved, azt nem szabad eltitkolnia a családjá és a barátai előtt. Ezzel szakterülettől függetlenül egyetértenek a megkérdezett ápolók. (**9. melléklet**)

Szakterülettől függetlenül mintegy kétharmad azok aránya, akik szerint a súlyos mentális betegségben szenvedő emberek úgy érzik, terhet jelentenek a családjuk számára. A fennmaradó válaszadók nagy része nem tudott határozott álláspontot kialakítani a kérdésben. (**9. melléklet**)

60 százalékuk inkább egyetért azzal az állítással, hogy a súlyos mentális betegségben szenvedő emberek általában alsóbbrendűnek érzik magukat. Szakterület szerint érdemi különbség jelenik meg abban, hogy a mentés-sürgősségi ápolók körében nagyobb, 40 százalékos azoknak az aránya, akik a semleges közepső kategóriát választották. **(9. melléklet)** Szakterülettől függetlenül a válaszadók többsége egyetértett azzal, hogy a súlyos mentális betegségben szenvedő emberekkel általában másképpen bánnak a többiek. Az egyet nem értők aránya 4-6 százalék között alakult. **(9. melléklet)**

A válaszadók mindössze 17 százaléka nem értett egyet azzal, hogy emberek a család szenvedései miatt a súlyos mentális betegségben szenvedő személyt hibáztatják. E kérdés esetében is magas, mintegy 30 százalékos előfordulás volt megfigyelhető a közepső, semleges értékben. Szakterület szerint nem volt szignifikáns különbség. **(9. melléklet)**

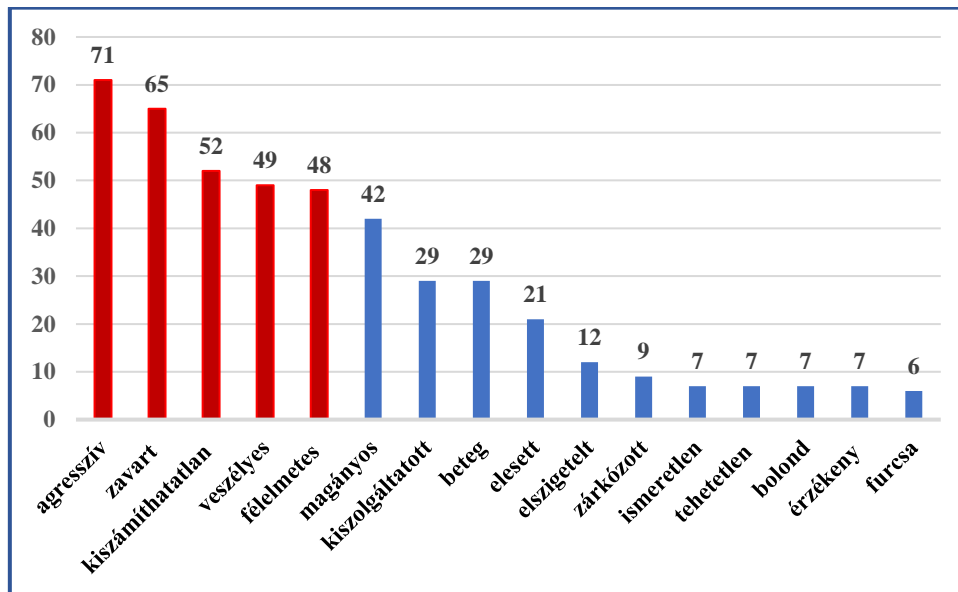
Megoszlottak a vélemények arról, hogy egy súlyos mentális betegségben szenvedő személy általában felelősnek érzi magát a problémái miatt: a válaszadók 40 százaléka egyáltalán nem, vagy inkább nem értett egyet ezzel, egyharmaduk viszont egyetértett. A pszichiátrián dolgozók közel fele (47%) szerint a betegek nem érzik felelősnek magukat, míg a mentés-sürgősségi ápolók 45 százaléka semleges maradt a kérdésben **(9. melléklet)** A válaszadók döntő többsége szakterülettől függetlenül egyetért azzal, hogy a többi embernek nehéz megérteni a súlyos mentális betegségben szenvedőket. Mindössze a válaszadók 5 százaléka gondolja úgy, hogy ez nem így van. **(23. ábra)**



23. ábra: (30.) „A többi embernek nehéz megérteni a súlyos mentális betegségben szenvedőket.” N=493; p=0,290

A saját szerkesztésű kérdéseken és az ASMI skálán túlmenően nyitott kérdésben kértük a kitöltőktől, hogy írják le azt a 3 jelzőt, ami elsősorban eszükbe jut a pszichiátriai betegekről. Az említési gyakoriság alapján az 5 leggyakrabban említett jelző a negatív hangzású, előítéleteket tükröző *agresszív*, *zavart*, *kiszámíthatatlan*, *veszélyes* és a *félelmetes* szavak.

(24. ábra)



24. ábra: A mentális betegségben szenvedő emberekre vonatkozó kifejezések gyakorisága (n=495)

A kutatási kérdőív utolsó, nyitott kérdése adott lehetőséget a kitöltőknek, hogy az anonimitás előnyeit kihasználva, őszintén írják le a témával kapcsolatos véleményüket. A lehetőséggel nem mindenki élt, de akik igen, azok véleménye fontos számunkra, ha esetenként markáns véleményt, negatív gondolatokat, kritikát fogalmaztak is meg. A véleményekből kitűnik, hogy a pszichiátrián dolgozóknak pozitívabb a tapasztalaton alapuló véleményük a betegekről, mint a többi szakterületen dolgozó ápolónak, bár a rendszert ők is több kritikával illették. A szociális ellátórendszerrel való együttműködésre, a nagy létszámú szociális otthonok kiváltására, a gyógyszerelésre, a terápiás lehetőségekre, a szakemberhiányra és a társadalom attitűdjére, illetve az ápolók oktatására is kitérnek az egyes észrevételek. Az egyik ápoló sommás véleményt fogalmazott meg a pszichiátria tudományáról, az oktatásról és a betegellátásról:

„A pszichiátria az ápolók többségének, így nekem sem megfogható tudomány. Az iskolában hiába oktatják jól, a diákoknak nincs mihez kötni. A gyakorlat alatt pl. nem engedtek be a zártosztályra. A detoxikálóban pedig embertelen körülmények voltak. (10 évvel ezelőtti tapasztalat. Ma lehet, hogy másként van.) A társszakmákban dolgozókat taszítja ezen betegek ápolása. Szedativum, rögzítés. Ez az elsődleges terápia.”

Nagy mértékben fejlesztendő területnek, az egészségügy „mostohagyerekének” tartja a pszichiátriát egy másik véleményt megfogalmazó szakdolgozó. A kitöltők témával kapcsolatos észrevételeit, véleményét a dolgozat **12. számú mellékletében** mutatjuk be.

5.3 Az antistigma-index és alindexeinek bemutatása

A kérdőívben szerepeltetett attitűd-állítások *Madianos* és szerzőtársai (2012) szerint alkalmasak az antistigmatizáló attitűd megragadására. Az állításokból faktoranalízis alkalmazásával négy látens attitűdöt azonosítottak: (A) a sztereotipizálást, (B) az optimizmust, (C) a megküzdést és (D) az empátiát.

A: „a sztereotipizálás” komponens jelentése, hogy a mentális betegségekről gyakran támogat negatív koncepciókat (11 elem)

B: az „optimizmus” komponens pozitív hozzáállást jelent a mentális betegségben szenvedőkhöz (6 elem)

C: a „megküzdés” komponens tükrözi a mentális betegséggel és a hozzá kapcsolt stigmával való megbírkózást (7 elem)

D: az „empátia” komponensen az elemek kifejezik annak mértékét, hogy a válaszadó mennyire tudta magát a beteg helyébe képzelni (6 elem)

A megbízhatóság (reliability) és az érvényesség (validity) vizsgálata után végső konklúziójuk szerint a közzétett attitűdállítások alkalmasak az antistigmatizációs attitűd megragadására. Így elemzésünkben erre támaszkodva az egyes állításokra adott válaszokat tematikusan átlagoltuk, (**10. melléklet: 5. táblázat**) hogy megkapjuk a négy attitűd szerinti alindexeket, majd ezek – szintén súlyozatlan, számtani – átlagaként az antistigma-indexet minden olyan válaszadó esetében, aki az összes állításra érvényes választ adott.

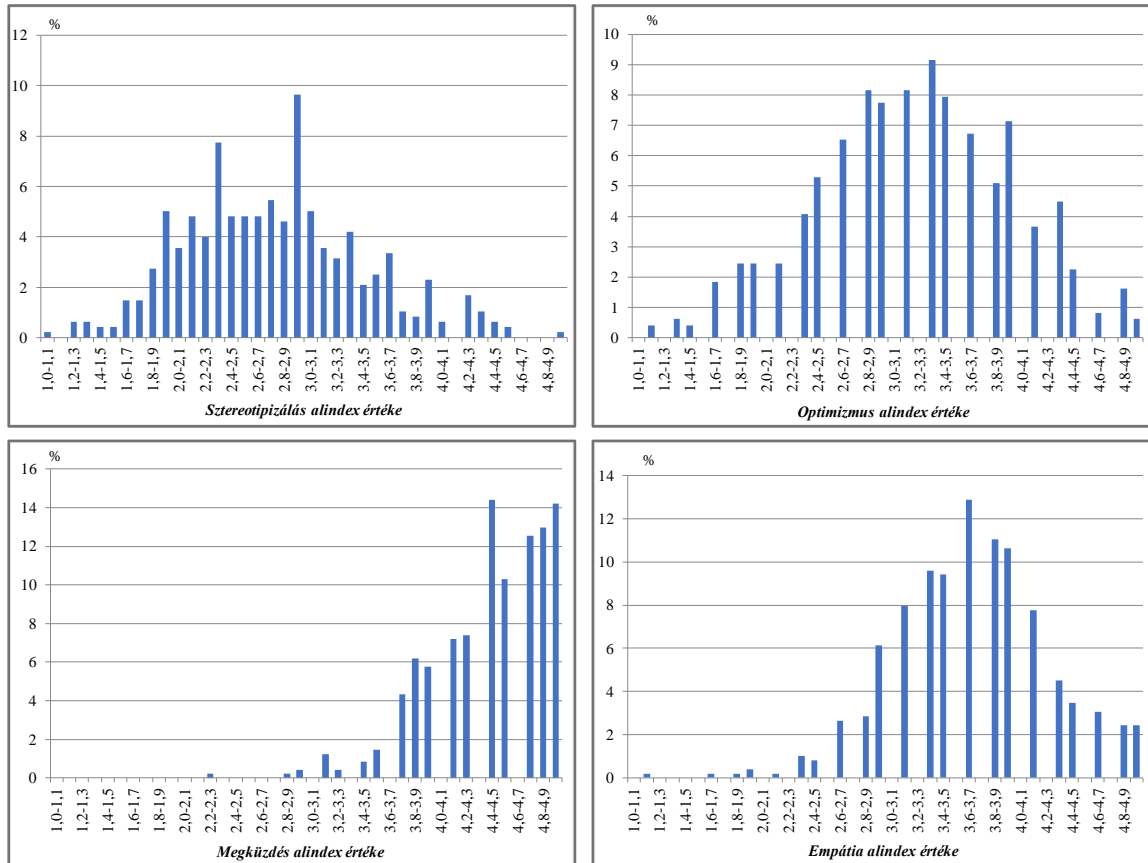
Mivel az egyes felhasznált itemek mindegyike 1–5 skálán mért, az antistigma-indexnek, valamint az egyes alindexeknek is 1 az elméleti minimuma, 5 pedig az elméleti maximuma (amely értékek akkor állnak elő, ha a releváns itemek mindegyikével egyáltalán nem, vagy teljes mértékben egyetértett a válaszadó). Az egyes indexek leíró statisztikáit a **6. táblázat** tartalmazza. Az értékek értelmezésekor érdemes szem előtt tartani, hogy a sztereotipizálás alindex az antistigmatizáló attitűd szempontjából negatív, tehát az a válaszadó, aki nagyobb pontszámot ért el, arra jellemzőbb a stigmatizáló attitűd. A másik három index esetében a nagyobb pontszám kevésbé stigmatizáló attitűdöt jelez.⁹

6. táblázat: Az antistigma-index és az alindexek leíró statisztikái

	Elemzés	Minimum	Maximum	Átlag	Szórás
Antistigmatizációs index	462	2,3	4,7	3,6	0,4
Sztereotipizálás alindex	478	1,0	4,9	2,8	0,7
Optimizmus alindex	491	1,2	5,0	3,2	0,8
Megküzdés alindex	486	2,3	5,0	4,4	0,5
Empátia alindex	489	1,2	5,0	3,7	0,6

A leíró statisztikák alapján a sztereotipizálás, az optimizmus és az empátia vonatkozásában is megjelentek egészen szélsőséges véleménnyel rendelkező válaszadók. A legkisebb terjedelem a megküzdés alindex esetében figyelhető meg. Ebben a dimenzióban látható a legmagasabb fokú egyetértés az antistigmatizáló állításokkal, és itt figyelhető meg a legkisebb szórás is a válaszadók között, ami nagyfokú homogenitást jelez a megkérdezettek véleményében. A legnagyobb véleménykülönbségek az optimizmus tekintetében figyelhetők meg. Ezt támasztja alá az egyes indexek gyakorisági eloszlása is. **(25. ábra)** A sztereotipizálás és az optimizmus alindexek esetében látható széttartás a válaszadók véleményei között, míg az empátia, de különösen a megküzdés viszonylatában egyöntetű a pozitív attitűd.

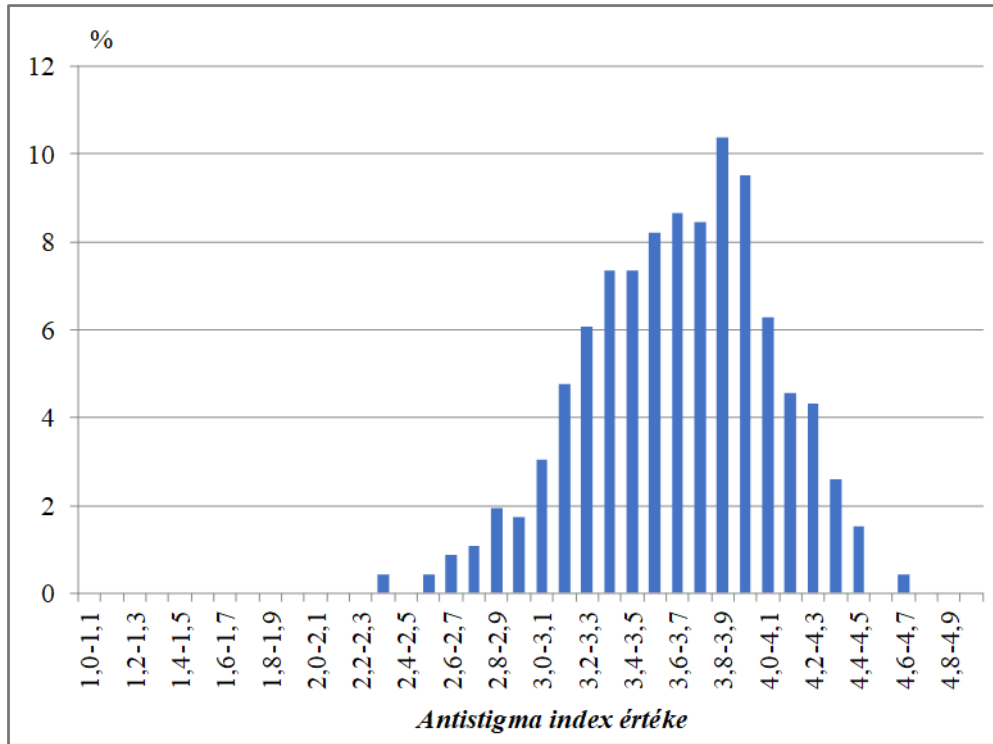
⁹ Az antistigma-index létrehozásakor természetesen figyelembe vettük ezt a tartalmi ellentétet, és a képzésekor a sztereotipizálás alindexet beforgattuk, aminek hatására – továbbra is 1 és 5 közötti értelmezési tartományon – a nagyobb érték kevésbé stigmatizáló attitűdöt jelent.



25. ábra: Az alindexek gyakorisági eloszlása

Az antistigma-index a négy alindex számtani átlagaként került meghatározásra. Ez a módszer biztosítja azt, hogy a négy komponens közül nem kerül felülsúlyozásra az, amelyhez több item tartozott a kérdőívben. Egyúttal azt is feltételezzük ezáltal, hogy a négy alindex tartalmilag egyformán fontos az antistigmatizáló attitűd meghatározásában.

Az antistigma-index – számítási szabályából adódóan – szintén 1 és 5 között vehet értéket (minél nagyobb, annál jellemzőbb a válaszadóra az antistigmatizáló attitűd), ugyanakkor a válaszadók között értéke 2,3 és 4,7 között szóródik. Ez alapján a válaszadók között nem szerepelnek szélsőségesen stigmatizáló attitűddel rendelkező személyek. **(26. ábra)**



26. ábra: Az antistigma-index gyakorisági eloszlása az összes válaszadó figyelembevételével

5.4 A kutatási hipotézisek tesztelésének eredményei

Kutatási hipotéziseink szerint kevésbé stigmatizáló attitűd jellemzi:

- a pszichiátriai szakdolgozókat a mentés és sürgősségi ellátásban, valamint az egyéb területen dolgozóknál;
- a kevesebb szakmai tapasztalattal rendelkezőket a hosszabb ideje a szakmában tevékenykedőknél;
- a főiskolai vagy egyetemi végzettségűeket;
- a budapestieket.

Hipotéziseink tesztelésére varianciaanalízissel hasonlítottuk össze az antistigma-index átlagértékeit a különböző szociodemográfiai ismérvek mentén képzett csoportokban. (7. táblázat) Ez alapján **5 százalékos szignifikanciaszinten igazolást nyert** az, hogy a **szakterület szerint különböznek egymástól az antistigma-index átlagai**. A pszichiátriai ápolók esetében figyelhető meg a legmagasabb (3,72) átlag, ezt követi az

egyéb ápolók átlaga (3,64), és a legalacsonyabb antistigma-értéket a mentés-sürgősségi területen dolgozók érték el átlagosan (3,56).

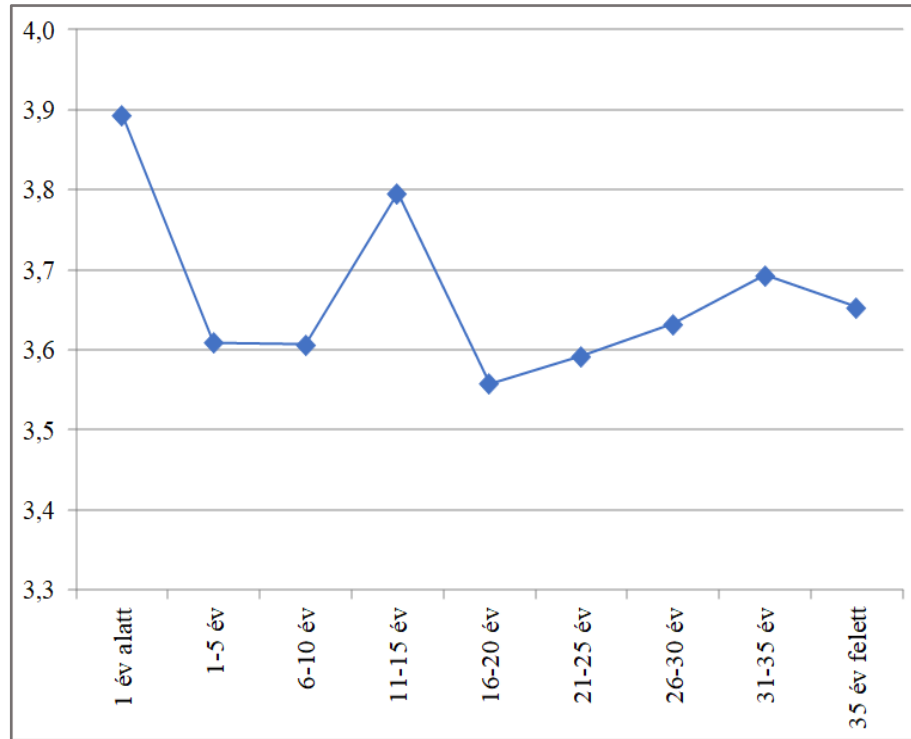
7. táblázat: Az antistigma index átlagértékei a szociodemográfiai változók szerint

		Átlag	CI alsó	CI felső	F-érték	p-érték
Átlag		3,65	3,61	3,69		
Szakterület	Pszichiátria	3,72	3,64	3,79	3,23	0,040
	Mentés, sürgősségi	3,56	3,44	3,68		
	Egyéb	3,64	3,59	3,68		
Szakmai tapasztalat	1 év alatt	3,89	3,73	4,06	2,19	0,027
	1-5 év	3,61	3,49	3,73		
	6-10 év	3,61	3,49	3,72		
	11-15 év	3,80	3,65	3,94		
	16-20 év	3,56	3,44	3,68		
	21-25 év	3,59	3,50	3,68		
	26-30 év	3,63	3,52	3,75		
	31-35 év	3,69	3,60	3,78		
	35 év felett	3,65	3,57	3,74		
Iskolai végzettség	Szakképesítés	3,57	3,47	3,68	5,09	0,007
	OKJ	3,60	3,55	3,66		
	Felsőfokú	3,72	3,66	3,78		
Településtípus	Budapest	3,66	3,59	3,73	0,27	0,601
	Egyéb	3,64	3,59	3,69		

Megjegyzés: Az F-érték az egyes szociodemográfiai ismérvértékek antistigmaindex-átlagértékeinek eltérését tesztelő varianciaanalízis (ANOVA) teszt próbafüggvényének értékét jelöli, a p-érték pedig az adott hipotézisvizsgálathoz tartozó p-érték.

A varianciaanalízis igazolta azt a feltételezésünket, hogy a főiskolai vagy egyetemi (felsőfokú) iskolai végzettséggel rendelkezők kevésbé stigmatizáltak. Településtípus szerint azonban **nincs szignifikáns különbség** a stigmatizáció átlagos mértékében. (7. táblázat)

Szignifikáns eltéréseket tapasztaltunk (p-érték 0,027) a szakmában eltöltött idő hossza szerint, ugyanakkor a kapcsolat a területen eltöltött évek száma és az antistigma attitűd között nem monoton. **Nem mondható el, hogy minél több ideje dolgozik az ápoló, annál inkább jellemző rá a stigmatizáló attitűd.** (27. ábra)



27. ábra: Az antistigma-index átlagértékei a szakmai tapasztalat függvényében

Figyelembe véve, hogy található **szignifikáns különbség az antistigma-index átlagos értékeiben** bizonyos ismérvek mentén, felmerülhet a kérdés, hogy az indexet alkotó négy alindex közül melyek felelősek ezért a különbségért. Ennek vizsgálatára további ANOVA-tesztet végeztünk a fent látott szociodemográfiai változók mentén, az alindexek átlagaira.

A sztereotipizálás alindex (továbbra is az alacsonyabb érték jelöli a kevésbé stigmatizáló attitűdöt) esetében **szignifikáns és markáns különbség figyelhető meg a pszichiátriai ápolók javára**, különösen a mentés-sürgősségi ápolókkal szemben. Ebből a szempontból a szakmai tapasztalat mentén nem láthatók szignifikáns különbségek, viszont a **felsőfokú végzettségűekre és a budapestiekre kisebb fokú sztereotipizálás jellemző. (8. táblázat)**

8. táblázat: A sztereotipizálás alindex átlagértékei a szociodemográfiai változók szerint

		Átlag	CI alsó	CI felső	F-érték	p-érték
Átlag		2,77	2,71	2,83		
Szakterület	Pszichiátria	2,62	2,51	2,73	8,72	0,000
	Mentés, sürgősségi	3,04	2,84	3,24		
	Egyéb	2,77	2,70	2,85		
Szakmai tapasztalat	1 év alatt	2,56	2,29	2,84	0,74	0,656
	1-5 év	2,82	2,63	3,00		
	6-10 év	2,80	2,59	3,00		
	11-15 év	2,71	2,47	2,95		
	16-20 év	2,91	2,73	3,09		
	21-25 év	2,79	2,65	2,93		
	26-30 év	2,78	2,61	2,96		
	31-35 év	2,72	2,54	2,91		
35 év felett	2,69	2,53	2,85			
Iskolai végzettség	Szakképesítés	2,93	2,74	3,12	11,38	0,000
	OKJ	2,88	2,79	2,97		
	Felsőfokú	2,59	2,50	2,68		
Településtípus	Budapest	2,67	2,57	2,78	4,84	0,028
	Egyéb	2,82	2,74	2,89		

Megjegyzés: Az F-érték az egyes szociodemográfiai ismérvértékek antistigmindex-átlagértékeinek eltérését tesztelő varianciaanalízis (ANOVA) teszt próbafüggvényének értékét jelöli, a p-érték pedig az adott hipotézisvizsgálathoz tartozó p-érték.

Az optimizmus alindex esetében is a pszichiátria felől érkezik a pozitívabb hozzáállás (melyet az alindex magasabb átlagértéke jelez), és a mentés-sürgősségire jellemző legkevésbé az optimizmus, valamint a felsőfokú végzettségűek átlagosan nagyobb pontszámot értek el, mint a szakképesítéssel rendelkezők és az OKJ-s képzést végzettek. A településtípus szerinti eltérés nem szignifikáns, és bár a szakmai tapasztalat időtartama az, újfent nem látható egyértelmű tendencia a tapasztalat és az attitűd változása között. **(9. táblázat)**

9. táblázat: Az optimizmus alindex átlagértékei a szociodemográfiai változók szerint

		Átlag	CI alsó	CI felső	F-érték	p-érték
Átlag		3,22	3,16	3,29		
Szakterület	Pszichiátria	3,47	3,33	3,60	9,12	0,000
	Mentés, sürgősségi	3,08	2,88	3,27		
	Egyéb	3,15	3,07	3,24		
Szakmai tapasztalat	1 év alatt	3,56	3,30	3,82	2,11	0,034
	1-5 év	3,12	2,91	3,33		
	6-10 év	3,04	2,80	3,28		
	11-15 év	3,49	3,26	3,71		
	16-20 év	3,12	2,93	3,32		
	21-25 év	3,14	2,97	3,31		
	26-30 év	3,17	2,98	3,36		
	31-35 év	3,32	3,15	3,49		
35 év felett	3,32	3,11	3,53			
Iskolai végzettség	Szakképesítés	3,13	2,92	3,34	3,45	0,033
	OKJ	3,15	3,05	3,25		
	Felsőfokú	3,33	3,22	3,44		
Településtípus	Budapest	3,31	3,19	3,43	2,95	0,086
	Egyéb	3,18	3,10	3,26		

Megjegyzés: Az F-érték az egyes szociodemográfiai ismérvértékek antistigmindex-átlagértékeinek eltérését tesztelő varianciaanalízis (ANOVA) teszt próbafüggvényének értékét jelöli, a p-érték pedig az adott hipotézisvizsgálathoz tartozó p-érték.

A **megküzdés alindex** tekintetében kizárólag a **szakmai tapasztalat szerint találhatóak szignifikáns eltérések**, míg a többi vizsgált szempont szerint az átlagok nem különböznek. Ez annak tükrében nem meglepő eredmény, hogy ennek a komponensnek az esetében volt a legkisebb a vélemények heterogenitása. A szakmai tapasztalat szerinti differenciáltság azzal jellemezhető, hogy érdemben nagyobb átlagpontot értek el azok, akik legfeljebb egy éve dolgoznak a szakmában – a többi csoport közel azonos átlagpontot ért el. (10. táblázat)

10. táblázat: A megküzdés alindex átlagértékei a szociodemográfiai változók szerint

	Átlag	CI alsó	CI felső	F-érték	p-érték	
	4,44	4,40	4,48			
Szakterület	Pszichiátria	4,47	4,39	4,55	0,98	0,375
	Mentés, sürgősségi	4,37	4,25	4,50		
	Egyéb	4,44	4,39	4,49		
Szakmai tapasztalat	1 év alatt	4,70	4,53	4,87	2,37	0,017
	1-5 év	4,42	4,28	4,56		
	6-10 év	4,43	4,30	4,55		
	11-15 év	4,50	4,37	4,63		
	16-20 év	4,30	4,17	4,43		
	21-25 év	4,35	4,25	4,46		
	26-30 év	4,52	4,42	4,63		
	31-35 év	4,42	4,31	4,53		
35 év felett	4,50	4,39	4,61			
Iskolai végzettség	Szakképesítés	4,51	4,38	4,64	1,14	0,320
	OKJ	4,41	4,35	4,47		
	Felsőfokú	4,45	4,39	4,51		
Településtípus	Budapest	4,39	4,32	4,47	2,53	0,113
	Egyéb	4,46	4,41	4,51		

Megjegyzés: Az F-érték az egyes szociodemográfiai ismérvértékek antistigmindex-átlagértékeinek eltérését tesztelő varianciaanalízis (ANOVA) teszt próbafüggvényének értékét jelöli, a p-érték pedig az adott hipotézisvizsgálathoz tartozó p-érték.

Az empátia alindex szintén nem tartozott a megosztóbb dimenziók közé, ennek eredményeképpen pedig a vizsgált szociodemográfiai ismérvek szerint nem is adódott szignifikáns különbség az egyes csoportok között. **(11. táblázat)**

11. táblázat: Az empátia alindex átlagértékei a szociodemográfiai változók szerint

		Átlag	CI alsó	CI felső	F-érték	p-érték
Átlag		3,69	3,63	3,74		
Szakterület	Pszichiátria	3,59	3,48	3,70	2,68	0,070
	Mentés, sürgősségi	3,79	3,68	3,90		
	Egyéb	3,70	3,63	3,78		
Szakmai tapasztalat	1 év alatt	3,83	3,53	4,14	1,09	0,369
	1-5 év	3,66	3,51	3,81		
	6-10 év	3,78	3,63	3,94		
	11-15 év	3,76	3,57	3,95		
	16-20 év	3,72	3,58	3,86		
	21-25 év	3,67	3,54	3,80		
	26-30 év	3,71	3,57	3,85		
	31-35 év	3,66	3,48	3,84		
	35 év felett	3,51	3,33	3,69		
Iskolai végzettség	Szakképesítés	3,61	3,43	3,79	0,54	0,582
	OKJ	3,70	3,62	3,79		
	Felsőfokú	3,68	3,60	3,76		
Településtípus	Budapest	3,65	3,55	3,75	0,74	0,390
	Egyéb	3,70	3,64	3,77		

Megjegyzés: Az F-érték az egyes szociodemográfiai ismérvértékek antistigmaindex-átlagértékeinek eltérését tesztelő varianciaanalízis (ANOVA) teszt próbafüggvényének értékét jelöli, a p-érték pedig az adott hipotézisvizsgálathoz tartozó p-érték.

Összességében tehát elmondható, hogy a **pszichiátriai ápolókra kevésbé jellemző a stigmatizáló attitűd**, mint az egyéb területeken dolgozókra, **különösen a mentés-sürgősségi területen ápolókra**. Ez a különbség döntően a sztereotipizálás kisebb és az optimizmus nagyobb átlagos fokára vezethető vissza. A szakmai tapasztalatban adódnak eltérések, azonban a kapcsolat nem monoton, kizárólag a megküzdés tekintetében látható a rövid, legfeljebb egy éve dolgozók esetében kiemelkedő pozitív attitűd. **A felsőfokú iskolai végzettségekre kevésbé jellemző a stigmatizáló attitűd**, de ehhez hasonló különbség nem figyelhető meg főváros-vidék viszonylatban: csak a sztereotipizálás hiányának tekintetében tud előnyt felmutatni Budapest.

6 MEGBESZÉLÉS

A vizsgálatban az ápolók mentális betegségekkel kapcsolatos ismereteit és a betegségben érintett emberekkel szembeni attitűdjét helyeztük a középpontba. Emellett, az ápolóképzéseken a pszichiátria oktatásában fellelhető stigmaellenes, érzékenyítő elemek szükségessége, és az oktatásnak az ápolói empátia fejlesztésével való kapcsolata is a kutatás fókuszában állt. Megvizsgáltuk továbbá azt, hogy a szakdolgozók hisznek-e a mentális betegek felépülésében. A kérdéseket úgy építettük fel, hogy a téma mélyrehatóbb vizsgálatához a későbbiekben, további, fókuszcsoportos vizsgálatokra is lehetőségünk nyíljon. Az elektronikus, önkitöltéses kérdőív módszerét azért választottuk, mert előnye a személyes, vagy telefonos kérdezéssel, illetve a postával szemben az, hogy viszonylag rövid idő alatt, az anonimitást megnyugtató módon biztosítva, nagy mennyiségű, több régiót lefedő, országos adatot lehetséges begyűjteni és feldolgozni vele. A MESZK személyes hírlevelében küldött kérdőív a kamarai aktualításokat ismertető hírek közé illesztve jutott el a szakdolgozókhoz. A kutatás *nem vizsgálta azt, hogy hányan nyitották meg a hírlevelet*, és hányan olvasták el a hírekhez csatolt kérdőívet. Minden válaszoló ugyanazt a linket kapta meg, és így a kérdőív kitöltését és elektronikus beküldését követően a kitöltő már nem volt azonosítható, a kitöltések eredményeit tartalmazó Excel táblázat pedig nem tartalmazott olyan információt, ami alapján a kitöltő beazonosítását elvégezhetjük volna. *A vizsgálat nem terjedt ki arra, hogy hány kitöltést eredményezett a személyes hírlevélben küldés*, és mennyit az egyéb módon történő eljuttatás. Az általunk választott módszerrel a visszaérkezési arány nem volt befolyásolható, amely az elektronikus kérdőívvel végzett vizsgálatok *reprezentativitásának rizikótényezője*. Saját vizsgálatunkban vállaltuk ezt a kockázatot a MESZK személyes hírlevélre regisztrált szakdolgozóiból álló alapsokaság nagy számára való tekintettel. Tettük ezt annak ellenére, hogy ismert számunkra több kutatás problémája, az *alacsony kitöltési hajlandóság*. A MESZK elektronikus felületén keresztül korábban számos országos kiterjesztésű felmérés készült. Ezek közül csupán az egészségügyi szakdolgozók munka és védőruhájának kérdésében készült országos vizsgálat érte el a 10%-os válaszolói arányt, valamint egy homogén vizsgálati csoportban, a védőnők körében készült, a saját szakmai és anyagi helyzetükkel kapcsolatos felmérésnél érte el a 30%-ot. Más szakmaterületen, elektronikus úton készült, szűk érdeklődésre számot tartó kutatás csupán 3-8% közötti részvételi aránnyal került

feldolgozásra. [176] Jelen vizsgálat is e kategóriába sorolható, annak ellenére, hogy a szociológiai szakirodalomban a nem rétegspecifikus, ezer fős, országos vizsgálatokat is reprezentatívnak szokták tekinteni. A legtöbb szakdolgozót a túszerűs balesetek vizsgálatának tárgyában sikerült eddig bevonni, de ez, mint a korábbi vizsgálatok 2006-2013 között, papír alapú önkitöltős kérdőívek felhasználásával és intézményi ápolási vezetők hathatós közreműködésével készült. [176] Munkánk során a válaszolók számát növelendő, a MESZK hírlevélben való elküldésen, a MESZK honlapján való megjelentetésen, illetve a Facebook „Tankórterem” közösségi oldalán való többszörös megosztáson túlmenően papíralapú kitöltést is alkalmaztunk. Ápolási vezetők által kinyomtatott és a munkatársaikkal kitöltetett kérdőívek jutottak el hozzánk, amelyeket egyenként rögzítettünk az adatbázisba. Több alkalommal telefonos, illetve elektronikus levélben történő megkeresést indítottunk ápolási igazgatókhoz, osztályvezető főnövérekhez, illetve a MESZK pszichiátriai ápolási, felnőttápolási, mentésügyi és sürgősségi betegellátási országos tagozatvezetőjéhez, hogy támogassák a vizsgálatot a munkatársaik kérdőív kitöltésére való ösztönzésével. Kutatásunk *limitáló tényezőjének* tekintjük tehát, hogy a kérdőív széles körű, több platformon történő terjesztése ellenére a részvételi arány elmaradt az előzetes várakozásoktól. Mivel *kutatásunk kérdőívét minden szakdolgozó elérhette*, és a válaszolási arány is elérte az intézményileg nem kiemelten támogatott kutatásoknál (pl. PhD kutatások) megszokottat, nincs okunk feltételezni, hogy kevésbé reprezentatívak lennének azoknál. A válaszolók területileg, életkorban és végzettségben egyaránt heterogének, csak a szakmacsoportok arányában van nagyobb eltérés az országos adatokhoz képest. Ezért is helyeztük a vizsgálat középpontjába a szakmacsoportok közötti különbségeket, s ritkábban vontunk le következtetéseket az ápolók egészére vonatkozóan. Adataink a területi és életkori megoszlás tekintetében egyezést mutatnak a Kamara, ugyanezen mutatókra vonatkozó felméréseivel. A kutatás *elemszámmal összefüggő korlátaira* magyarázatként szolgálhat továbbá a válaszadási hajlandóságot egy tanulmányban elemző társadalomtudósok megállapítása is, akik szerint az *egyre lanyhuló válaszadási hajlandóság* mögött az úgynevezett „*túl-surveyezetés*” jelensége áll. [155] Emellett kérdéses, hogy személyes lekérdezéssel jobb arányban lehetett volna-e az ápolók célcsoportját elérni: mivel nehéz, fontos és felelősségteljes munkát végeznek, jellemzően sokat túlóráznak, tehát a személyes megkeresésük több etikai dilemmát vetett fel (a munkaidejükben nem szerencsés, a kevés szabadidejükben

pedig nehéz tudni, hogy mikor jó nekik), mint az online módszer alkalmazása. A válaszadás a technikai adattisztítást követően értékelt kitöltésekben, szinte minden válaszadó esetében teljes volt, így az egyes kérdések tekintetében az ebből adódó *szelekciós torzítás nem lépett fel.*

A kutatást alapvetően az Attitude Scale for Mental Illness (ASMI) mérőeszköz görög kutatók által kifejlesztett kérdőíve köré építettük. A kérdőív 30 állítása *megfelelően lefedte a rejtett attitűdök feltárását,* és alkalmas volt arra, hogy számszerűen mérhetővé is tegye azokat, az antistigmatizációs attitűdöt mérő index révén. A **26. ábrán** bemutatott grafikon szerint szélsőségesen stigmatizáló attitűdöt mutató szakdolgozót nem sikerült a kitöltők között találni. Ez a megfigyelés akár a módszertan kritikáját is jelenthetné, mivel a megfigyelési egységek nem töltik ki a mutató teljes értelmezési tartományát. Érdeemes ugyanakkor figyelembe venni, hogy a Madianos és szerzőtársai által kifejlesztett skála [154] a teljes népesség stigmatizáló attitűdjeit hivatott felmérni. Így nem meglepő és *pozitívként értelmezhető,* hogy az ápolók között, akik szakmájuk gyakorlása közben találkoznak mentálisan súlyosan sérült betegekkel, *kevésbé gyakori a szélsőségesen stigmatizáló attitűd.*

A hipotézisek tekintetében ugyanakkor szükséges volt az ASMI skála kibővítése, saját szerkesztésű kérdésekkel, melyek szintén a rejtett attitűdükéről, illetve a pszichiátria tantárgy oktatásával kapcsolatos empirikus tapasztalatokról tettek tanúbizonyságot. A kérdőív végén szereplő két nyitott kérdésben a megkérdezettek lehetőséget kaptak arra, hogy a kérdőív kérdései és a Likert skála által szabott keretektől kilépve, saját szavaikkal fogalmazzanak meg véleményt, érzéseket, attitűdöket. **(8. melléklet: A teljes mérőeszköz)** A Likert skála hátrányaként számontartott dilemma, hogy a közbülső értéként semleges válaszlehetőséget adva előfordulhat, hogy nagy számú válaszadó nem határolja el magát egyik irányba sem. Véleményünk szerint az nem jó megoldás, hogy kihagyjuk a közbülső értéket és nem biztosítunk lehetőséget a válaszadóknak a semleges vélemény kifejezésére. Felmerül ugyanakkor, hogy a közbülső értéket esetleg, egyfajta „kibúvónak” tekintik a válaszadás alól a kitöltők. Erre a „Nem tudom”, illetve a „Nem tudom eldönteni” kifejezések lehetőséget is adnak. Olyan közbülső értéket szerettünk volna meghatározni, amely a legkevésbé erősíti a kitöltőkben, hogy a semleges válasszal éljenek. A „Közömbös számomra” kifejezés szemantikailag olyan alapjelentést hordoz,

amely mind a pozitív, mind a negatív érzelmek együttes hiányát tükrözi. A jelentéstartalomból kiindulva úgy véltük, hogy *kevésbé valószínű az, hogy a mentális betegekkel szemben a többség semmilyen érzelmet nem táplál*, ezért választottuk ezt a közbülső értéknek. A közömbösség azonban ebben az esetben kifejezhet egyfajta távolságtartást és az ismeretek hiányát is, tehát egy ebből fakadó bizonytalanságként is értelmezhetjük. A kérdőíves vizsgálat célcsoportjául a MESZK alábbi tagozatait választottuk ki:

- Felnőttápolási tagozat
- Pszichiátriai ápolási tagozat
- Mentésügyi tagozat
- Sürgősségi betegellátási tagozat

Statisztikai szempontból az 515 kitöltést tartalmazó minta mennyisége elfogadható, és a válaszok olyan információkat tartalmaznak, melyeket más módon nem tudtunk volna megismerni. Mindazonáltal szeretnénk megjegyezni, hogy a kutatásunk két fő célcsoportját, a mentésben dolgozókat, illetve a sürgősségi ellátás szakdolgozóit a *több fázisú megkeresés ellenére sem sikerült a témával úgy megszólítani, hogy nagyobb arányban legyen belső motivációjuk a kitöltésre*. Célszerűnek láttuk ezt a két csoportot a végzett tevékenységük hasonlósága okán összevonni, ahogyan a megyék szerinti bontásból is Budapest-vidék változót képeztünk. A megyék szerinti bontásban történő elemzés, az egyes megyék között a kitöltések számában mutatkozó eltérések miatt nem lett volna racionális. Az összes megye kitöltései és a fővárosi adatok felhasználásával képezett kétértékű, Budapest-Vidék változó a vizsgálat során azt igazolta, hogy a mentális betegség képe, az attitűd nem függ a lakóhelytől, illetve a munkahely elhelyezkedésétől.

További kutatási irányok kijelölésére is lehetőséget nyújtanak a kapott adatok. Egy másodelemzés során akár újabb változók is képezhetők a szakmai és nem szakmai jellemzők alapján történő csoportosítással. Szakmai jellemzők: munkahely, szakmai végzettség, a munkában eltöltött idő, nem szakmai jellemzők pedig: a nem, az életkor, vagy pl. a mentális betegek léte a rokonok/barátok között. Utóbbi változó vizsgálata különösen érdekes adatokat eredményezhet, ha összevetjük azoknak a szakdolgozóknak az attitűdjét, akiknek a családjában, vagy a közeli baráti körében van mentális beteg, azokéval, akik kizárólag a munkájuk során érintkeznek ilyen emberekkel.

Az eredmények tükrében a hipotézisek bizonyítása a következők szerint alakult:

(H1) Feltételezzük, hogy a sürgősségi ellátás és mentés területén dolgozóknál erőteljesebb stigmatizáció mérhető a mentális betegekkel szemben, mint a többi ápolónál.

Az ASMI skála komponenseinek vizsgálata azt igazolta, **hogy a mentésben és sürgősségi területen dolgozókat az átlagosnál nagyobb sztereotipizálás jellemzi a mentális betegekkel szemben, és kevésbé optimisták a sorsukat illetően.** Összességében kijelenthető, hogy **a teljes vizsgálatban negatívabb eredményeket adtak a sürgősségi és mentőápolók, esetükben jellemzőbb a stigmatizálás.** Ez az eredmény felveti a kérdést, hogy vajon mi lehet ennek az oka, illetve azt, hogy hogyan lehetne ezen területek szakdolgozóinak a mentális betegekkel szembeni attitűdjét pozitívabbá formálni? Az akut betegeket ellátó szakemberek negatív attitűdjének okáról nemzetközi kutatásokból készült tanulmányokban olvashatunk. Egy ausztrál kutatás például sürgősségi ellátásban dolgozó ápolók és orvosok mentális betegekkel szembeni attitűdjét vizsgálta. Az eredmények azt mutatták, hogy a személyzet *nem volt biztos abban, hogy szenvednek-e a mentális betegséggel élő emberek, kiszámíthatatlannak minősítették őket,* és megállapították, hogy *hiányoznak a szükséges mentális egészségügyi ismereteik.* [156] Az akut ellátásban dolgozó ápolók számára a pszichiátria területe nehezen összeegyeztethető a sürgősség, az akut életveszély fogalmakkal. A balesettől vérző, erős fájdalmat jelző ember szenvedése látványos, a pszichóziótól szenvedő ember kínzó gondolatai, a depresszióban lévő ember gyötrődése, belső vívódásai viszont kevésbé szembetűnők. *Kéri Szabolcs* kutató, pszichiáter, a MTA doktora 2009-ben publikált írása szerint már a gyerekkorban kialakul egy olyan *betegségfogalom,* hogy aki lázas, vagy köhög, az beteg, és ami fáj, vérzik, az a betegség. Úgy véli, hogy erősen rögzülnek *betegségjelzőként* ezek a fizikai szinten jelentkező tünetek, és csak később tanuljuk meg, hogy a társadalmunk betegségnek tekinti a belső lelki folyamatok, a vágyak, érzelmek, gondolatok szélsőséges és tartós eltéréseit is. Önkéntelenül is tartózkodást, félelmet és elkerülést vált ki a hallucinációkkal magában társalgó, furcsa, extatikusán viselkedő, vagy visszahúzódó ember látványa. *Kéri* szerint ezzel szemben egy fájdalomtól szenvedő, sérült, legyengült ember együttérzést, empátiát hív életre, hiszen esetében kétségkívül betegségről van szó. [79] *Almeida Filho* az egészség és betegség fogalmát episztemológiai-antropológiai tanulmányában körüljárva megállapítja, hogy maga a betegség fogalom olyan testi és mentális jelenségeket feltételez, ami a fájdalommal és

szenvedéssel függhet össze. Hangsúlyozza a *betegségtudat* és a *betegségérzés* jelentőségét - ami mentális rendellenességek esetében gyakorta hiányzik – és úgy véli, hogy az elme különböző állapotait nehezen lehet objektív betegségekhez társítani. [174]

Vitathatatlan tény, hogy a mentés területén és a sürgősségi betegellátásban dolgozók állandó „aktivitási készütségben” vannak. A segítségre szorulóknak mielőbbi ellátása, a sürgősségi triage szakszerű elvégzése, a sokszor emberfeletti küzdelem az élet megmentéséért és a szomatikus krízisben lévő emberek állapotának stabilizálásáért, gyors reagálást, adekvát döntéseket kíván. A megfeszített munkatempó, a megélt veszteségek élménye, a halállal szemben elszenvedett kudarc érzése, a folyamatos, több irányból érkező elvárásnak való megfelelés kényszere, elsősorban a *problémaközpontú megküzdési stratégiák* alkalmazásának kedvez. Az *érvédelemre használt mechanizmusok*, különösen az *érzelmi eltávolodás* ugyanakkor kontraproduktív szakdolgozói viselkedéseket eredményezhet. A mentális betegek ellátásában az egyik legfontosabb tényező a kommunikáció és nem elhanyagolható az időfaktor szerepe sem. A mentális betegségek és tüneteinek ismerete, az emberi szenvedés mértékének reális megítélése, a türelem, együttérzés, higgadság és a hatékony kommunikációs stratégiák használata, holisztikus ellátást megvalósító betegápolói attitűdöt eredményeznek. Álláspontunk szerint jogos elvárása minden embernek, hogy mélységes humánummal, empátiával és szakmai alázattal viszonyuljanak hozzá, a betegségétől függetlenül. Az ismeretek, értékek, és készségek elsajátítása, az etikus ápolói viszonyulás fejlesztése, valamint a szakmai kultúra erősítése olyan komponensek, amelyek a modern ápolóképzésben nélkülözhetetlenek.

(H2) Feltételezzük, hogy az ápolók számára a korábbi tanulmányaik nem biztosítanak elég kompetenciát a pszichiátriai betegekkel való megfelelő bánásmód és a hatékony kommunikáció terén.

A hipotézishez kapcsolódó kérdésre a mentés és sürgősségi ellátási csoport közel fele (49%) inkább egyetértő választ adott. Az összes ápoló tekintetében is a válaszadók 47%-a ért egyet inkább azzal az állítással, hogy a korábbi tanulmányai során **nem sajátított el megfelelő elméleti és gyakorlati ismereteket** a pszichiátriai betegekkel való hatékony interakcióhoz. Elgondolkodtató a viszonylag magas, 27%-os eredmény a pszichiátriai ápolók részéről, hiszen egy pszichiátriai szakápoló 10 hónapos időtartamban tanulja a

pszichiátriával kapcsolatos ismereteket az OKJ tanfolyamon, ami a többi ápolónál lényegesen alaposabb, mélyrehatóbb oktatást feltételez. Ennek ellenére az eredmények alapján kijelenthető, hogy sokan úgy érzik, még mindig nem képesek szakszerű ápolást biztosítani a betegeknek. Fontos megemlítenünk azt is, hogy ezzel párhuzamosan a pszichiátriai ápolók közt volt a legmagasabb, 37% azoknak az aránya, akik magabiztosak a tudásukban, és úgy érzik, megfelelő kompetenciákat szereztek a képzésük során. Az OKJ képzéseken túlmenően a felsőoktatásban is van olyan képzési terület, ahol a mentális betegségekkel kapcsolatos információkat saját bevallásuk szerint nem kellő mélységig sikerül elsajátítani a hallgatóknak. Egy 2016-ban, az a SE-ETK dietetikus hallgatói és a tanulmányait rövid ideje befejezett dietetikusok körében végzett vizsgálat a mentális betegségekkel kapcsolatos attitűdöt mérte fel. Feltárta a képzési program pszichiátriát érintő tartalmi elemeivel való elégedettséget, és a rejtett stigmatizáló attitűdök jelenlétét kereste. Az eredmények azt igazolták, hogy a válaszadók többsége kevésnek érzi a dietetikusképzésben kapott információkat a mentális betegekről, és a velük összefüggő evészavarokról, különös tekintettel az anorexia és bulimia betegségekre. Szeretnének továbbképzéseket, több ismeretet. Nyitott, alapvetően elfogadó attitűdöt mért a kutatás, ennek ellenére a válaszadók fele nem szívesen dolgozna pszichiátriai intézményben táplálkozási szakemberként, közösségi pszichiátriai ellátásban pedig csak a diagnózisok függvényében, fentartásokkal. [157]

A 2. számú hipotézis (**H2**) vizsgálatához nyújtott segítséget a 21 betegséget, állapotot 4 kategóriába besoroltató kérdésünk is. A betegségekről való gondolkodás dimenzióinak leírása érdekében törekedtünk viszonylag kisszámú, de a lehető legszélesebb mintázatú, megjelenésű, ugyanakkor a hétköznapi felfogás számára is ismert, valamint a társadalmi közbeszédben is gyakrabban megjelenő jelenségeket megragadni, illetve betegségeket megjelölni. Ehhez olyan kategóriák felállítása mellett döntöttünk, amelyek lehetőséget adnak a bizonytalan válaszadóknak is, hogy az egyértelműen orvosi terápiát igénylő megbetegedésektől elkülönítsék, differenciálhassák az egyes kórképeket, állapotokat aszerint, hogy számukra, az ő felfogásuk és szakmai tudásuk alapján az mit jelent. Nem a DSM-5 klasszifikációs rendszer osztályozásait vettük alapul, (pl. a viselkedészavar önálló mentális betegségként és tünetként is ismert), hanem az emberi cselekvések megítélésére és a szubjektív betegségfogalomhoz társuló szakmai információkra helyeztük a hangsúlyt. A 4 kategória, tehát a „rossz szokás”, „viselkedészavar”, „mentális

betegség”, és „ideggyógyászati betegség” célja, hogy feltárjuk, van-e olyan betegség, zavar, amellyel *megengedőbbek/szigorúbbak* az ápolók, vagy feltárható-e részükről bizonytalanság az egyes betegségek pszichiátriai, illetve neurológiai eredetét illetően. Az OKJ képzésekben hosszabb ideig egymáshoz kapcsolatosan, közösen meghatározott, 30 körüli óraszámban, azonos oktatóval történt a neurológiai és pszichiátriai szakápolástan oktatása, tehát szerettünk volna képet kapni arról, hogy a nagy pszichiátriai kórképekkel kapcsolatosan tisztában vannak-e annak jellegével, illetve, hogy melyik terület szakemberei gyógyítják. A felsorolt 21 betegség listájából a saját, szubjektív megítélésük alapján a 3 legsúlyosabb kórkép kiválasztását kértük még a kitöltőktől, illetve az ápolási munka szempontjából számukra legtöbb nehézséget jelentő 3 betegség megnevezése is ehhez kapcsolódott. A legtöbb nehézséget a drogfüggőséggel, az alkoholizmussal és az antiszociális viselkedéssel kapcsolatosan érzik az ápolók a munkájuk során. Az ápolási munka szempontjából legnehezebben kezelhető betegségek sorrendi listáján a szkizofrénia a 4. lett. Ugyanakkor a **legsúlyosabb betegségnek legtöbben a szkizofréniát tartják**, a válaszadók 42 % -a 21 felsorolt kórképből a három legsúlyosabb kiválasztásakor, az első helyre tette. Feltételezhetően az általuk vélt *irreverzibilitás* lehet a közös kritérium, ami miatt a második legsúlyosabbnak ítélt demenciával együtt sorolták be a szkizofréniát. A harmadik legsúlyosabb minősítést kapott pedofiliáról pedig azt feltételezzük, hogy a *pedofília erkölcsi megítélése* volt az a szempont, ami miatt a besorolásban a legsúlyosabb mentális betegségek közé került. Mindazonáltal a betegségek kategóriákba sorolásakor az ápolók 9,9%-a viselkedészavarnak, 22,4% -a pedig ideggyógyászati megbetegedésnek tartja a szkizofréniát, illetve 10,9%-uk a depressziót is. Bizonytalanság tükröződik abban a tekintetben, hogy az ápolók tudják mivel foglalkozik az ideggyógyászat. Felmerül a kérdés, hogy adekvát tudással rendelkeznek-e arról, hogy napjainkban a neurológiai betegségeket gyógyítják a régi, egyre kevésbé használatban lévő ideggyógyászat tárgykörében? Bár olyan komoly neurológiai megbetegedéseket, mint a sclerosis multiplex, az epilepszia vagy a Parkinson kór, nagy többséggel sorolták a kitöltők helyes kategóriába, ugyanakkor több pszichiátriai betegséget is nagy számú kitöltő szintén ide sorolt. Megvizsgálva a többi kórképre adott válaszokat, további figyelemfelkeltő eredményeket látunk bizonyos kórképek kategorizálása szempontjából. A heroinfüggőséget például a válaszadók 26,1% -a „csak” rossz szokásnak minősíti, ahogyan az esetenként igen súlyos állapotot előidéző

internetfüggőség is az ápolók 33,7% -a tartja mentális problémának, 44,5% szerint pedig pusztán egy rossz szokás. A demenciát 54,8% mentális betegségnek gondolja, 36,7% ideggyógyászati betegségnek, de figyelemre méltó, hogy a válaszadók 8,1%-a viselkedészavar kategóriába sorolja. Összességében a betegségek ismeretében rejlő bizonytalanságok, hiányosságok tükröződnek a válaszokban, melyek ismételten a képzésre irányítják rá a figyelmet. A 2. hipotézis (**H2**) vizsgálatának eredménye szorosan kapcsolódik a következő hipotézishez, amely az ápolóképzés és az empatikus szakdolgozói magatartás közötti összefüggések feltárására irányult.

(H3) Feltételezzük, hogy ha jobban ismernék az ápolók a mentális betegségeket, nagyobb empátiával tudnák ápolni a betegeket.

A teljes vizsgálati minta több mint fele (55%) igazolta azt a feltételezést, hogy a mentális betegségekkel kapcsolatos **ismeretek hiányosak**, melyeknek oka, meglátásunk szerint az egyes oktatások színvonalában is keresendő. Oka lehet a fentebb már említett, a korábbi egészségügyi szakképzésben közös „oktatási blokkban” tanított pszichiátriai és neurológiai szakápolástan tantárgyak kapcsán feltételezhető, nem kellő mélységű ismeretátadás. Az OKJ legutóbbi módosítása óta külön tantárgyként szerepel a pszichiátria és neurológia szakápolástan. Ugyanakkor még jelenleg is használatban van olyan, a pszichiátriát kisklinikumként tárgyaló tankönyv, amely *„Ideggyógyászati szakápolástan”* – gyűjtőfejezetében mindösszesen 5 és fél oldalt szentel a pszichiátriai betegségeknek. [158] A ráépülő típusú felnőttképzésben, pl. sürgősségi szakápoló/mentőápoló képzésben a pszichiátria tantárgyhoz gyakorlati óra nincs, az elméleti ismeretek átadását pedig időhiány miatt, fontos témákat csak felületesen érintve lehet megvalósítani. A hatékony kommunikációt, illetve az asszertív technikákat, (amelyek jelentőségére a későbbi, agresszióval kapcsolatos hipotézisben is rávilágítunk) az OKJ képzések gyakran 1 napos (8-10 óra) tömörített kommunikációs moduljában kell a hallgatóknak elsajátítani. A mentális egészségügyi ismereteken túl a kommunikáció oktatása szükséges, hogy alapozó tárgy legyen, nem csak a mentésben és sürgősségi ellátásban dolgozók képzésében, hanem minden szintű ápolóképzésben. *Erdősi Erika*, az asszertivitás személyiségi háttérét ápolóhallgatók körében vizsgáló, 2010-ben bemutatott kutatásában feltárta, hogy kizárólag olyan szituációk sajátossága a magas empátiaszint, amelyekben egyértelműen megnyilvánul a *másik személy segítség iránti igénye*, és ehhez

negatív érzelem nem kapcsolódik a segítő részéről. Az olyan szituációkban, amikor a szereppartner nem az elvárásoknak megfelelően viselkedik, agresszív, az empátia szintjének jelentős mértékű csökkenését figyelte meg. A háttérben az erős érzelmi megnyilvánulásokra életbe lépő *érvédő mechanizmusokat*, és ennek következtében a saját érzésekre való fokozott koncentráció megnyilvánulását tartja. [159] Ez fókuszba helyezi az **empátia fejlesztésének szükségességét**, és egyben ráirányítja a figyelmet a kommunikációs krízishelyzetek, agresszió kezelés megtanításának kiemelt fontosságára is. Ahogyan más vizsgálatokban, a jelen kutatásban is bizonyítást nyert az indulati cselekményekkel kapcsolatos hatékony eszközök jelentősége, mivel a vizsgálat egyértelműen igazolta az alábbi hipotézist:

(H4) Feltételezzük, hogy a szakdolgozók számára az ápolási munka során az egyik legnehezebben kezelhető probléma az agresszió.

A **13. ábrán** megjelenített eredmény közel 80%-os egyetértést mutat a kitöltők között az ápolási munka során elforduló fizikai agresszió kezelésének nehézségi fokát illetően. A fizikai agresszió mellett a nem együttműködő, elutasító magatartású beteg problematikáját és a verbális agressziót is nagyon magas arányban választották ki, a teljes mintára vonatkoztatva. Az ápolás eredményességét több tényező befolyásolja. Ezek közül a *violens viselkedés*, és az *együttműködés hiánya* olyan, nem új keletű fogalmak, amelyek régóta foglalkoztatják az ápolás tudomány kutatóit. Az agresszív cselekmények átélési gyakoriságát ápolók körében *Irinyi Tamás* vizsgálta 2018-as kutatásában. A vizsgálatban résztvevők 95,6%-a élt már át a munkája során agressziót. Tanulmányában felhívja a figyelmet arra, hogy az agresszív cselekmény következtében olyan *negatív emocionális hatás* alakul ki az ápolókban, amely az *ápoló - beteg kapcsolat megromlását* eredményezi. Feltárta az *érzelmi kimerülés* és a *deperszonalizáció* - elszemélytelenedés - összefüggéseit a munka során elszenvedett agresszióval. Mivel nem kapott szignifikáns eredményt, azt nem tekinti bizonyítottnak, hogy a magasabban képzett dolgozók ritkábban lesznek agresszió áldozatai. Rendszeres, több napos, célzottan az agresszió kezelésére felkészítő **kommunikációs tréning** bevezetését javasolja, életszerű szituációk elemzésével, **helyzetgyakorlatokkal**. [160] A saját vizsgálatunk alapján is kijelenthetjük, hogy az ápolóképzésekben nagyobb figyelmet szükséges fordítani az agresszió kezeléssel kapcsolatos kompetenciákra. Nem hagyhatjuk ugyanakkor

figyelman kívül, hogy bármely beteg agresszív viselkedését az ápolók sok esetben kötik mentális zavarhoz. A pszichoaktív szerek befolyása alatt elkövetett violens magatartás felerősítheti a „*pszichiátriai betegek agresszívek*” sztereotípiát. Ez rávetülhet általánosságban minden mentális zavarban szenvedő betegre. Tekintettel arra, hogy a szakképzésben a pszichiátriai ápolástan része az addiktológiai ismeretek elsajátítása, és kevés kórházban van külön részleg drog és alkoholbetegeknek, az addiktológiai kórképek nem alaptalanul jelenhetnek meg a mentális betegségekkel összekapcsolva az ápolók többségének tudatában. Ezeket az összefüggéseket figyelembe véve, az agresszióval kapcsolatos hipotézisünkéből levezetve alkottuk meg a kérdőív azon kérdését, amely az addiktológiai betegek és a szkizofréniában szenvedők egyéni felelősségének szubjektív megítélését kérte a szakdolgozóktól. A kérdéssel a drog és alkoholbetegek iránti rejtett elutasító attitűd feltárása volt a célunk, amely magas értéket mutatva véleményünk szerint „hibáztatásként” értelmezhető. Kíváncsiak voltunk ugyanebben a kérdésben a szkizofrenia kialakulásával kapcsolatos egyéni felelősség megítélésére is, hogy összevethessük egymással az ápolók különböző betegpopulációkkal szembeni érzéseit, látásmódját, esetleges stigmatizáló attitűdjét. A kitöltők 81%-a *felelősnek tartja az állapotáért a drog és alkoholbetegeket*, de a *szkizofréniában szenvedőket nem*. 7% mindkét csoportot felelősnek tartja, ők többségében a mentés és sürgősségi ápolás szakemberei közül kerülnek ki. A válaszadók azon 13%-a, akik egyik betegcsoportot sem tartják felelősnek a betegsége miatt, leginkább a pszichiátriai ápolók voltak. Kijelenthető, hogy a szkizofréniát a válaszadók túlnyomó többsége olyan betegségnek tartja, amelynek a kialakulása nem függ az adott személy magatartásától, életmódjától, ugyanakkor az eredmény markáns véleményt jelent a szerhasználók megbetegedésére vonatkozóan. Bár a **4. táblázatban** látható adatok szerint 26,1% rossz szokásnak, 13,5% a viselkedés zavarának és 56,3% mentális betegségnek tartja a heroinfüggőséget, vélhetően mindhárom kategória szereplőit a kitöltők többsége felelősnek tartja az állapota kialakulásáért. Az alkoholizmusnál hasonló eredményeket kaptunk: 27,4% szerint rossz szokás, 14% szerint a viselkedés zavara és 56,1%-a a kitöltőknek mentális betegségnek tartja. (Mindeközben a *nikotinfüggőséggel különösen megengedők* a szakdolgozók, 60,2% csak egy rossz szokásnak tartja, 10,2% viselkedészavarnak, és a kitöltők 28,3%-a tartja mentális problémaként értelmezhető, valódi függőségnek.) Úgy véljük, hogy az addiktológiai betegekkel szembeni ítélező vélemény azt jelzi, hogy szükséges az

oktatásban olyan érzékenyítő elemeket alkalmazni, amelyek megvilágítják a tényt, hogy a krónikus alkoholizmus, illetve a drogfüggőség betegség, amelynek a kialakulásában olyan tényezők is közrejátszhatnak, amikről az egyén nem tehet. A drog és alkoholbetegekkel szembeni attitűdöt fejezi ki annak a kérdésünknek az eredménye is, amely az ápolási szempontból a legnagyobb nehézséget jelentő 3 diagnózist jeleníti meg a **14. ábrán**. A szakdolgozók 59%-os említési gyakorisággal a *drogfüggőségben szenvedők ápolását tartják a legnehezebbnek*, az alkoholizmusból és a részegségből eredő ápolási nehézségeket pedig 51%-os gyakorisággal a második helyre sorolták, a harmadikként besorolt antiszociális személyiségzavart megelőzve. A kiválasztott kórállapotok önmagukban is összefüggést mutathatnak az ápolók személyes munkatapasztalata alapján az ellenük elkövetett agresszív cselekményekkel. A szerfogyasztók sürgősségi ellátása kapcsán valóban az agresszió reális kockázatával kell számolni. *Tringer* 2003-as kötetében ugyanakkor leírja, hogy a betegek emberi méltóságának és személyiségi jogainak tiszteletben tartására különös gonddal kell ügyelni, akkor is, ha esetenként elkerülhetetlen a kényszerintézkedés. [76]

(H5) Feltételezzük, hogy a magasabb iskolai végzettségű és a budapesti ápolók kevésbé mutatnak stigmatizáló attitűdöt a mentális betegekkel szemben.

A fenti hipotézis vonatkozásában azt az eredményt kaptuk, hogy a *felsőfokú végzettséggel rendelkezők kevésbé stigmatizáló attitűdöt* képviselnek, mint a középfokú végzettséggel rendelkezők. Ennek magyarázata lehet a felsőfokú tanulmányokban rejlő garancia a magasabb minőségű oktatókra, a nagyobb óraszám, a mélyrehatóbb alaposággal kivitelezett oktatás és hangsúlyos szerepet tulajdonítunk a területi gyakorlatoknak. Az elmúlt években a szakképzésben viszont oktatói téren kevésbé szoros minőségi kontroll működött, a képzések ütemterve feszes volt, a képző intézmények pedig nem mindig voltak felkészülve a váratlan változásokra és egy kieső oktató professzionális, a terület oktatásához szükséges kompetenciákkal rendelkező szakemberrel történő pótlására.

A lakóhely szempontjából a vizsgálat minimális különbséget mutatott a fővárosi és vidéki ápolók attitűdje között. A vidéki ápolók erőteljesebb *sztereotipizálást* mutattak a budapestiekkel szemben, de a *megküzdés, optimizmus és empátia* vonatkozásában nem sikerült szignifikáns különbségeket feltárni. Az összes megye kitöltései és a fővárosi adatok felhasználásával képezett kétértékű, Budapest-Vidék változó a vizsgálat során

tehát azt igazolta, hogy a **mentális betegség képe, az attitűd nem függ a lakóhelytől,** illetve a munkahely elhelyezkedésétől.

(H6) Feltételezzük, hogy a hosszabb ideje ápolói munkát végzők erősebben stigmatizálják a mentális betegeket, mint a kevesebb szakmai tapasztalattal rendelkezők.

Vizsgálatunk eredményei azt mutatták, hogy a *kevesebb ideje a szakmában lévő ápolók kevésbé hordoznak rejtett stigmatizáló attitűdöket,* mint a hosszabb ideje dolgozók. A szakmában eltöltött idő hossza szerint tapasztalt szignifikáns eltérések (p-érték 0,027) ugyanakor *nem mutattak monoton kapcsolatot* a területen eltöltött évek száma és az antistigma attitűd között. Összességében **nem mondható el, hogy minél több ideje dolgozik az ápoló, annál inkább jellemző rá a stigmatizáló attitűd,** a hipotézist tehát nem tekintjük igazoltnak. Az eredményeknek lehet a magyarázata a rövidebb idő alatt kevesebb találkozás és munkatapasztalat mentális betegekkel, illetve felvetődik a kiegészi folyamattal kapcsolatos összefüggés is. Közismert, hogy a segítő szakmák magukban hordozzák a kiegészi szindróma veszélyét. Amikor egy egyébként motivált, érzelem gazdag személyiség naponta találkozik olyan problémákkal, amelyekkel „telítődik”, fennáll a veszélye, hogy a lelki kiegész folyamatában érintett lesz. Ennek a munkájában és a rászoruló, segített személyekkel szembeni attitűdjében is megmutatkoznak a jelei. A Nővér folyóiratban megjelent 2006-os vizsgálatában *Bencés* az egészségügyben munkával töltött éveket vetette össze a kiegész mértékével. Azt tapasztalta, hogy akik 0-5 éve vannak az ápolói pályán náluk is kimutatható a kiegész, de a legmagasabb a kiegész foka azoknál (az összpapuláció 38%-a), akik több mint 15 éve vannak az egészségügyben. Az eredmények azt igazolták, hogy a frissen pályára lépők kezdeti, talán sokszor irreális lelkesedése hamar összeütközésbe kerülhet a realitásokkal. [161] Véleményünk szerint a hosszabb ideje dolgozóknak a munkakörülményekre, a társadalmi megbecsültségre, és a mindennapi betegellátás nehézségeire vonatkozó empirikus tapasztalata lehet olyan plusz tényező, ami a rejtett stigmatizáló attitűdöket erősíti. *A kevesebb ideje az ápolói szakmában dolgozók, kevesebb negatív tapasztalata* mutatkozhat meg a pozitívabb attitűdben. Úgy véljük, hogy a kiegészben érintett dolgozó érzelmileg kimerült lelkiállapotban végzi munkáját, a mentális betegekkel kapcsolatos együttérzésre nehezen képes, az elkerülés, távolságtartás és a sztereotípiák jelentik számára a „könnyebb” utat.

A stigmatizáció témaköréhez szorosan kapcsolódik a mentális betegekről való gondolkodás részeként, a *felépülésben való hit*. Az attitűdvizsgálathoz társítva tisztázni kívántuk, hogy a szakdolgozók milyen módon viszonyulnak ahhoz a megállapításhoz, hogy egy mentális betegségben szenvedő embernek a nehézségei ellenére van esélye a felépülésre. Az ASMI skála eredményei alapján azonosított „*megbirkózás*” antistigma alindex eredménye és a betegségből való felépülésre vonatkozó konkrét állítás **(6.sz. melléklet, ASMI skála 17. kérdés)** alapján nem lehet egyértelmű választ adni a kérdésre. Tény, hogy 46%-a a teljes mintának inkább egyetért azzal, hogy fel lehet épülni a mentális betegségekből. Ugyanakkor szélsőségesen pozitív attitűdöt mutattak a régebb óta dolgozókkal szemben azok a kitöltők, akik pályakezdőként azonosították magukat. A legkevésbé a mentésben és sürgősségi ellátásban dolgozók hisznek a felépülésben, 41 %-uk inkább nem ért egyet azzal, hogy egy pszichiátriai beteg felépülhet. Maga a felépülés fogalom sokak számára nem tisztázott. A szomatikus betegségekből való felépülést az emberek hajlamosak leginkább a teljes gyógyulással azonosítani. A felépülési modell (*Recovery modell*) nem a teljes gyógyulást tűzi ki célul, hanem egy *reményteli, kielégítő életminőség elérését* és az elérhető *legönálóbb életvezetést*, akár meglévő tünetek mellett is. [147] Az ápolóképzések ugyanakkor a hagyományos klinikai megközelítéssel összhangban, elsősorban a tünetek megszüntetésére helyezik a hangsúlyt. A mentális betegségek esetében valóban nehezen meghatározható, hogy mikor épült fel valaki. *Lieberman* 2010-es kötetében leírja, hogy szerinte a pszichiátria klinikumában dolgozó orvosok többsége legfőképpen a *mérhető tényezőket tartja fontosnak*. Például, hogy képes-e az önálló életvitelre, gyógyszerszedésének menedzselésére a mentális beteg, illetve azt, hogy dolgozik-e. [162] A közösségi pszichiátriai ellátás szemléletmódja viszont az érintettek személyes szükségleteit és céljait helyezi a gondozás középpontjába, kerüli a korlátozásokat, a szoros kontrollálást, és a felépülés útján csak *segítői kíséretet*, nem pedig segítői vezetést alkalmaz. Lehetségesnek tartja akár a teljes felépülést, és reménytelinek látja a mentális betegek teljes életet élését. [163] Ezt támasztja alá a hanghalló emberek önsegítését és a Hanghalló Módszerrel (*Hearing Voices Method*) való felépülését segítő csoport munkája az Ébredések Alapítványánál, ami a közösségi pszichiátria egyik legjobb hazai gyakorlata. A Hangokkal Élni – című kötet 50 mentális zavarral diagnosztizált személy felépüléstörténetét foglalja össze. [164] A szenvedélybetegek számára is működik már közösségi ellátás. A közösségi addiktológia

a felépülés-alapú ellátás értékeit helyezi a középpontba, és a személyközpontúság *Rogers*, Magyarországon pedig *Tringer* által definiált alapelveit követve hisz a beteg „*növekedési potenciáljában*”, képes reményt adni és elmozdulni a „*rossz prognózis*” medikális szemléletétől. [165] Tehát a fenti kutatási kérdésre az a válaszunk, hogy sok ápoló még nem hisz a felépülésben, de elindultak olyan, a *mentális betegek rehabilitációját új kontextusba helyező ellátási modellek*, amelyek humanisztikus megközelítései idővel „bejutnak” a hagyományos ellátásokba, a képzésekbe, és az ápolást végző minden szakember megismerheti majd azokat.

Szemléletváltást indokol a dolgozat 2.7. és 2.8. fejezetében ismertetett *intézménytelenítési folyamat* előrehaladása is, melynek során pszichoszociális fogyatékossgal élő emberek kerülnek ki nagy számban a pszichiátriai betegek otthonaiból, a közösségbe. A kiváltott férőhelyekről támogatott lakhatásba költöztetett emberek egészségügyi probléma esetén megjelennek majd az ellátórendszer különböző szegmenseiben, és számukra előítéletektől mentes, *egyenlő esélyű hozzáférést biztosító ellátást* kell nyújtani. Felmérésünkben szerettünk volna képet kapni arról, hogy milyen módon viszonyulnak a szakdolgozók magához a tényhez, hogy hosszú évek óta elzártan, egy intézmény falai között élő, mentális betegségben szenvedő, többségében pszichoszociális fogyatékos személy költözik a közösségbe. Az erre irányuló kérdésre adott válaszokat a **12. ábrán** mutatjuk be. A teljes ápolói populáció (n=495) tekintetében a 60%-os egyetértés pozitív eredményként értelmezhető, hiszen a kitöltők több mint fele nem utasítja el a folyamatot. A mentés és sürgősségi ellátás dolgozóinak 31%-a nem ért egyet a férőhelykiváltással, ami az adott szakmacsoport más kérdésekben kinyilatkoztatott viszonyulásával összevetve, alapvetően elfogadó, pozitív hozzáállást jelent. Ez az eredmény nem korrelál a „csak pszichiátriai betegeket ellátó szakkórházak”, illetve a pszichiátriai osztállyal is rendelkező „vegyes” kórházak preferenciáit vizsgáló kérdésünk eredményével. **(11. ábra)** Az adatokban megmutatkozik a *rejtett szeparációs attitűd*, mely különösen a mentés és sürgősségi ellátásban dolgozók 55%-os, külön kórházban gyógyítással egyetértő válaszában fellelhető. Ezt úgy is értelmezhetjük, hogy az akut ellátásban a balesetektől, cardio-vascularis kórképekből és egyéb betegségekből eredő súlyos, szomatikus krízisek ellátása mellett az ápolók egy részének többlet terhet jelent, ha mentális beteget is el kell látniuk.

(H7) Feltételezzük, hogy a pszichiátrián dolgozó ápolók elfogadóbbak a mentális betegekkel szemben, mint az egyéb szakterületen dolgozók.

A vizsgálat utolsó **hipotézisét az eredmények igazolták, a pszichiátrián dolgozó ápolók** körében sikerült összességében a legmagasabb antistigma értékeket, tehát a **legalacsonyabb stigmatizációt** kimutatni. Az okokat a vizsgálat folytatásával, az ápolókból szervezett fókuszcsoporthoz interjúk eredményeinek elemzésével lehet feltárni. Azzal a kérdéssel is további elemzéseket tűztünk ki célul, hogy **3 jelzõt, kifejezést kértünk a kitöltõtõl**, amit olyan emberekkel kapcsolatban használnának, akik mentális betegséggel élnek. Egy korábbi, 2015-ös vizsgálatunkban, amit a SE Községi Pszichiátriai Centrum vezetõjének irányításával végeztünk, már használtuk a *mentális betegekre vonatkozó jelzõkre irányuló kérdést*. Abban a kutatásban a kiégés és a stigmatizáció összefüggéseit vizsgáltuk, de az ápolók mellett orvosok, és más egészségügyi társszakmák (pl. gyógytornász) képviselõi, és szociális munkások is részt vettek a felmérésben. A stigmára irányuló kérdések közül a „3 jelzõs” feladat válaszainak elemzését egy 9 fõs, különbözõ mentális betegségekkel diagnosztizált, tapasztalati szakértõkbõl álló fókuszcsoporthoz végezte el. Abban a vizsgálatban a 127 kifejezéstõl 73-at negatívnak (57,5%), 26-ot semlegesnek (20,4%), és 28-at pozitívnak (22%) értékelték a szakértõk úgy, hogy egy -10-tõl (a legstigmatizálóbbról) +10-ig (a legkevésbé stigmatizálóbbról) terjedõ skálán helyezték el a kifejezéseket, egy facilitátor koordinálásával. Figyelemre méltó, hogy az olyan szavakat, mint „reményvesztett”, „gyógyíthatatlan”, „szerencsétlen”, „gyenge”, „kimerült”, „elesett”, vagy „kiszolgáltatott”, pejoratív, lekicsinylõ, lesajnáló kifejezésnek minõsítették és erõsen negatív stigma pontszámmal értékelték. **(11. számú melléklet)** Ennek a korábbi kutatásnak a stigmával kapcsolatos részeredményei 2015-ben, a Pszichiátriai Szakdolgozók Országos Kongresszusán kerültek bemutatásra. Az értekezés tárgyát képezõ kérdõíves vizsgálatban összegyûjtött szavak elemzésére hasonló módon, fókuszcsoporthoz vizsgálatot tervezünk megvalósítani, több intézmény tapasztalati szakértõinek közremûködésével. Vizsgálatunk során elvégeztük a kifejezések elõzetes gyakorisági szûrését. **(24. ábra)** Figyelemre méltó, hogy az öt leggyakrabban említett jelzõ között elsõsorban olyanok szerepelnek, amik tükrözik az ápolók violens cselekményekkel kapcsolatos szubjektív érzéseit. A mélyrehatóbb vizsgálat érdekében szemantikai elemzéssel negatív konnotációk feltárását is szükséges végrehajtani. (Pl. van-e a „magányos” jelzõnek másodlagos jelentése, vagy

empatikus kifejezésnek tekinthetjük, tehát pozitív?) A kutatási kérdőív utolsó, nyitott kérdése adott lehetőséget a kitöltőknek, hogy az anonimitás előnyeit kihasználva, őszintén írják le a témával kapcsolatos véleményüket. A lehetőséggel nem mindenki élt, de akik igen, azok véleménye fontos számunkra, ha esetenként igen markáns véleményt, negatív gondolatokat, kritikát, fogalmaztak is meg. **(12. számú melléklet)** A mentális betegségekkel kapcsolatos stigmatizáció nem újkeletű fogalom. A pszichés betegségekben szenvedők megbélyegzése jelen volt minden történelmi korban, és minden kultúrában. A mentális betegek ápolása nehéz feladat, hiszen olyan természetes emberi reakciókat, érzéseket hozhatnak felszínre a velük való foglalkozás során, ami szinte egyik ápolási terület betegpopulációjával kapcsolatban sem tapasztalható. Az ápolói szakmai vizsgákon, konferenciákon szinte „klisészerű általánosságban” hangzik el a „*pszichés vezetés*” fogalma, de a mentális betegekkel kapcsolatban ez a tevékenység meghatározhatatlan. Hogyan lehet egy pszichotikus állapotban lévő embert „pszichésen vezetni”? [8] Az ápolási modellek nagy része nehezen alkalmazható a pszichiátriai állapotokra. Az előre be nem jósolható tünetek, változások az ápolási folyamat többszöri újratervezését indokolhatják, és egy folyamat során több modell szerint is ápolhatunk. A pszichiátria **komplex tudást** igényel, amelyet néhány órában tanulva, **releváns gyakorlati tapasztalatok** nélkül nem lehet megfelelően elsajátítani. A területi gyakorlatok egészségügyi képzésekben és kompetens ápolók felkészítésében betöltött szerepe kardinális. [179] *Tulkán Ibolya*, a szegedi egyetem kutatója 2010-ben, a főiskolai ápolóképzés területi gyakorlataihoz kapcsolódó ápolói kompetenciákat vizsgálva megállapította, hogy nemzetközi összehasonlításban a *szakmai és etikai gyakorlat kompetenciái*, illetve a *kommunikációs kompetenciák* tekintetében jelentős a magyar hallgatók lemaradása. Az oktatási intézmények és a területi gyakorlatok helyszínét biztosító egészségügyi intézmények motivációjában észlelhető diszkrpanciákra hívta fel a figyelmet. Feltárta továbbá, hogy a hallgatók az *elméleti és gyakorlati oktatás között aránytalanságot és diszharmóniát* észlelnek. A változtatáshoz *hallgatóközpontú oktatási módszerek* alkalmazását és a *területi gyakorlatok hatékonyságának a fokozását* javasolta. Összességében a területi gyakorlatot segítő munktársak megfelelő kiválasztására, nyilvántartására és továbbképzésére, valamint a képző intézmény és a gyakorlati terepet biztosító intézmény közötti munkakapcsolat javítására irányította rá a figyelmet. [166] A pszichiátria megítélése ellentmondásos és emiatt a presztízse elmarad a társszaktól.

A kortárs magyar pszichiátriai ellátásban dolgozó orvosok megítélése szerint a pszichiátria elfogadottsága alacsony a laikusok, de még inkább a társszakmák részéről. A **képzések kiemelt jelentőségét** és a **képzők felelősségét** tartják ezzel összefüggésben az egyik legfontosabb tényezőnek. [167] Vizsgálatunk eredményei alapján úgy véljük, hogy a pszichiátriai ápolás hasonló megítélés alá esik más ápolási területek képviselőinek véleménye alapján, mint a pszichiátriai orvoslás. Hiába változtak az ápolói szerepek, hiába teljes jogú tagjai a pszichiátriai gyógyító teamnek a szakdolgozók, több diplomás van köztük, akik csoportokat, terápiákat vezetnek, mégis, ahogyan a segítő foglalkozásuk alanyainak, a mentális betegeknek, úgy az őket ápolóknak is meg kell küzdeniük a társszakmák előítéleteivel. [8, 168] A 3. hipotézissel (**H3**) kapcsolatban már említésre került a dolgozatban a pszichiátria tudományának megítélése, mely az ezredforduló előtti ápolóképzésekben még kisklinikumi tantárgy volt. Álláspontunk szerint a pszichiátria, a lelki betegségek tudományának jelentősége már régen meghaladta, hogy a kisklinikumok tárgykörében szerepeljen. A világon a szív és érrendszeri betegségek után a második legtöbb embert érintő népbetegség, a depresszió kutatásával és gyógyításával foglalkozó tudomány ennél sokkal nagyobb jelentőségű, melynek az oktatásban is vissza kell tükröződnie. Számos testi betegség lelki okokra vezethető vissza, és az ápolás minden területén találkoznak az ápolók mentális problémákkal küzdő emberekkel. A pszichiátria megtanítása tehát az ápolóképzésekben sem lehet „másodlagos” feladat. Az oktatás módszertani fejlesztése nemzetközi trendeket követő, új oktatási stratégiák beiktatásával, a korszerű betegápolás fogalmi kereteit bővíti és hatékonyabbá teszi az ápolói tevékenységet. A tapasztalati szakértők bevonásával végzett *differenciált ápolásoktatás* nemzetközi példák alapján hatékonyan bizonyulhat a magyar hallgatók releváns attitűdjének formálása terén is. A téma a nemzetközi szakirodalomban ausztrál és új-zélandi kutatások leírásában jelenik meg a legnagyobb számban. Egy 2019-es átfogó, nemzetközi tanulmányban ausztrál kutatók holland, finn, norvég, ír és izlandi egyetemek Ápolástan Tanszékeivel együttműködve, a tapasztalati szakértők bevonásával végzett oktatás hatásait vizsgáló kutatásukat mutatják be. A Co-production in Mental Health Nursing Education (COMMUNE) elnevezésű projektben közvetlenül az oktatási modul előtt, illetve az oktatás után is elvégezték az ápoló hallgatók szűrését, 3 különböző attitűdvizsgáló mérőeszköz, (a Mental Health Nurse Education Survey, a Consumer Participation Questionnaire, és az Opening Minds Scale) használatával. 89%-ban

kedvezőbb és elfogadóbb hozzáállásbeli változást mértek a tapasztalati szakértők bevonásával végzett oktatás hatására. A résztvevő országokban statisztikailag *szignifikánsan javult a hallgatók mentálhigiénés felkészültsége* a gyakorlatokra. A *diagnózisokkal való címkézés és a felépülés-orientált megközelítés* terén mérték a legerőteljesebb pozitív változást. [169] Más források arról számolnak be, hogy ápoláskutatók az oktatási stratégia hatékonyságának meghatározásához, attitűd mérő kérdőívet fejlesztettek ki. A Mental Health Consumer Participation Questionnaire (MHCPQ) mérőeszközt 150 ápolóhallgatóon tesztelték. Összességében a hallgatók kedvezőnek ítélték meg a tapasztalati szakértők részvételét az oktatásban, és a mentális betegekhez való hozzáállásukban pozitív változást mutattak ki. [170, 171] Ugyancsak ausztrál kutatók és európai együttműködő partnereik végeztek 7 egyetem Ápolástan Tanszékeinek ápoló hallgatóiból szervezett fókuszcsoporthoz vizsgálatot. Fókuszinterjúk során azt tárták fel, hogy a résztvevő hallgatók látásmódjában milyen módon történt változás. A hallgatók beszámolhattak arról, hogy a tapasztalati szakértővel való találkozás, konzultáció milyen hatással volt a bennük élő, róluk előzetesen kialakított képre, a sztereotípiákra és az egész gondolkodásukra. A tanulmány rávilágított arra, hogy a tapasztalati szakértők képesek hozzájárulni az ápoló hallgatók mentális betegségek iránti hozzáállásának megváltoztatásához, mely az ápolás minőségének javulását eredményezi. Rámutatott a tanulmány továbbá arra is, hogy a mentális egészségügyi politikai célok megvalósításához is elengedhetetlen az ápolók gondolkodásmódjának megváltoztatása. [172] A módszert alkalmazó szakemberek szerint az érintettek bevonását az oktatásba nem lehet pusztán hatékonysági kérdésként kezelni, hanem etikai, és emberi jogi kérdés is. Az oktatásban a medikális tudáson, a tüneteken és a gyógyszerek ismeretén túl kiemelten fontos a kontextus is. A célcsoport iránti stigmatizáló-diszkriminatív attitűd csökkenése várható az ilyen módon differenciált oktatás hatására, illetve megjelenik benne a fogyatékoságügyi szemlélet, melynek alapelve a „*Semmit rólunk, nélkülünk*” elv. A közösségi mentális egészségügyi ellátásban bekövetkező paradigmaváltás kapcsán a torontói egyetem kutatói már 2001-ben felhívták a figyelmet az ellátási modellek változásával párhuzamosan a segítséget kérő ember szerepének megváltozására is. Az orvosi-intézményes modellben tanulmányuk szerint a stigmatizáló, betegszemléletű ellátás a jellemző, az egészségügyi szakember a szakértő, akitől erőteljesen függ a „beteg” szerepben lévő egyén. A hagyományos közösségi

rehabilitációban a segített személy „kliens” szerepben, partnerként, de a szakemberek kontrolljával, tőlük függve küzd a betegségével. Az új szemléletű, felépülés alapú szolgáltatásokban viszont önszabályozott kapcsolat van az „állampolgár” szerepében megjelenő mentális problémával élő ember és a segítő szakemberek között. Autonóm felhasználók vezetésével szervezetek, önszervező csoportok működnek, a támogatás kölcsönös és informális, az erősségekre alapozva pedig lehetséges a növekedés és a felépülés. A szakemberrel együtt tapasztalati szakértőként van jelen a betegséggel diagnosztizált ember, és a közösségi integráció a kölcsönös együttműködésük eredményeként jöhet létre. [173] Úgy véljük, hogy a teljes szemléletváltás igénye egy átfogó, osztályszintű programot indokol, melyet korábbi társadalomtudományi vizsgálatok is alátámasztanak. Az ELTE kutatócsoportja hosszú távú attitűdvizsgálat keretében mérte fel a magyar felnőtt lakosság körében a társadalmi távolság preferenciáit és a mentális betegségekkel kapcsolatos ismereteket. Országos reprezentatív felmérésüket 2001-ben, 2003-ban, 2007-ben és 2015-ben ismételt interjúkkal és önálló kérdőív segítségével végezték el. A trendelemzés során kimutatták, hogy 15 év alatt a társadalmi elutasítás tekintetében nem történt jelentős változás Magyarországon a mentális betegekkel szemben. Megállapították, hogy *nagyobb erőfeszítésekre van szükség a mentális zavarok megértése és az előítéletek, a beteg emberekkel szembeni ellenállás leküzdése érdekében.* [174, 176] Kutatásunk tapasztalatai a feltárt korrelációk figyelembevételével, véleményünk szerint felhasználhatók a szakmai képzésekben a pszichiátria oktatásának a megújítására. A mentális betegek közösségi befogadása, vagyis a kiváltás programja kapcsán erősíthető az egészségügyi és szociális ágazat közötti szinergia közösen megvalósított képzésekkel, érzékenyítéssel. Az ápolók körében egy új szemléletmód kialakításával ők is segíthetik a lelki zavarokkal küzdő emberek felépülését, ami a produktív, értékes, teljes élet alapja. Ahogyan a gyógyításban, az oktatásban is szükségesnek tartjuk a hagyományos módszerek megújítását és újszerű stratégiák bevezetésével a mentális betegekkel szembeni empátiára épülő „other-centered” attitűd fejlesztését. [159] Ma is érvényesnek tekintjük Goldschmidt, a reformpszichiátria egykori legendás alakjának gondolatait, aki úgy vélte, hogy *„nem csupán tévedés, de a gyógyítás ellen való vétség lehet a másik embert, a beteget szándékaink, vélekedéseink (akár diagnózisaink) ketrecébe zárni.”* [177]

7 KÖVETKEZTETÉSEK

- Bár a biopszichoszociális modell fogalma régóta jelen van az egészségügyi képzések elméleti ismeretanyagában, a mentális betegségek jobb megértéséhez, a betegek humanisztikus, egyenlő bánásmódot nyújtó ápolásához és a mentális zavarban szenvedő emberek előítéletek nélküli elfogadásához *szükséges az oktatás érzékenyítést is tartalmazó módszertani reformja.* [175]
- A vizsgálat során megerősítést nyert, hogy az *egészségügyi szakdolgozók attitűdjében jelen van a mentális betegekkel szembeni stigmatizáció.* A kutatásban résztvevő ápolók között, a hasonló célú nemzetközi vizsgálatokkal összehangban, sikerült kimutatni a sztereotípiákat és a rejtett negatív viszonyulást velük szemben.
- A feltárt eredmények alapján levonhatjuk azt a következtetést, hogy az egészségügyi szakképzésben *szükséges a tananyagtartalom, az óraszámok és az oktatói kompetenciák tekintetében felülvizsgálatot kezdeményezni.* /Az értekezés elkészítésével párhuzamosan megkezdődött a szakképzési rendszer átalakítása, várakozással tekintünk a megújított képzési struktúrára és a tartalomra./
- A mentális betegségek oktatását mélyrehatóbban, új eszközök alkalmazásával, fontos lenne úgy tanítani, *hogy ne a violens viselkedés kockázata* legyen elsődlegesen, amit a hallgató kiragad az információkból, hanem az *emberi szenvedés*, amit a beteg átél. A sorstárs/tapasztalati szakértők bevonása a képzésekbe, a *szenvedés- és felépüléstörténetek* megismerése, az elméleti órákhoz kapcsolt őszinte, személyes hangvételű beszélgetés betegekkel, vagy a *közösségi pszichiátrián töltött gyakorlat* mind olyan elemek, amelyekkel pozitív eredmények érhetők el a mentális betegekkel szembeni szemléletváltás terén.
- Az agresszió olyan mértékben jelen van a szakdolgozók, különösen a sürgősségi ellátásban, mentésben és pszichiátrián dolgozók munkájában, hogy a jelenleginél sokkal nagyobb hangsúlyt kell fektetni a dolgozók felkészítésére. Az agresszív események megelőzése céljából minden ápolóképzésben a kommunikáció gyakorlati oktatását kiemelt tantárgyként célszerű oktatni. Továbbra is fontos az *asszertív technikák elsajátítása*, de azok mellett szükséges olyan *szituációs gyakorlatok modellezése*, amelyek akut tüneteket produkáló mentális betegekkel való hatékony kommunikációs megoldások elsajátítását is lehetővé teszik.

- Érzékenyítő programok, továbbképzési programok szervezése segíthet az előítéletek leküzdésében. A pszichoszociális fogyatékossgal, és az érzékszervi, valamint a mozgási fogyatékossgokkal kapcsolatos, már működő komplex érzékenyítőprogramok kiterjesztése minél több egészségügyi intézmény szakdolgozóira, fontos lépés lenne a pozitív változások irányába.
- Egyértelmű következtethetünk az elméleti ismeretek mellett a gyakorlatok relevanciájára a hallgatók mentális zavarokkal szembeni látásmódjának alakulásában. A gyakorlati helyszíneken uralkodó szemlélet és az ott dolgozók attitűdje mintául szolgál a hallgatóknak a betegekkel való bánásmód terén. Az oktatást végző szakembernek a betegekhez való saját viszonyulása, a kommunikációja és a „holisztikus emberkép” megjelenése, a hallgatók későbbi ápolói munkájában meghatározó. [176, 179]
- A főiskolai ápolóképzésben célravezető lenne minden pszichiátriai ápolástani területi gyakorlatba közösségi pszichiátrián letöltendő órákat is beilleszteni. A szemléletváltást elősegítené egy kevésbé a medikális modell megközelítése, hagyományos terápiákon és a kontrollon alapuló intézményi ellátás mellett, a *beteg szükségleteit és céljait fókuszba helyező* ellátási forma megismerése is.
- A pszichiátriai ápolástantól függetlenül oktatott addiktológiai ismeretek tantárgy hatékonyságát is növelné *gyógyult szenvedélybeteg bevonása*, és ösztönözi emberközeli beszélgetések lefolytatása drog vagy alkoholproblémájuk háttéréről, a megküzdési folyamatról és a felépülésről.
- A kiváltás programja kapcsán indokolt a nagy létszámú intézményekből kiköltöző mentális betegek új lakhelyén működő egészségügyi ellátók munkatársainak, a *korábbi pszichiátriai ismereteiket evokáló, érzékenyítő képzést* szervezni.
- A vizsgálat során szembesültünk olyan nemzetközi szakirodalmi példákkal, ahol kormányzati támogatással és átfogó, társadalmi szintű antistigma programokkal, szervezeten próbálnak meg az egészségügyi szakemberek attitűdjén javítani. A mentális egészségnek, annak ellenére nincs Magyarországon nyilvános, átfogó, hozzárendelt forrással megvalósítható nemzeti egészségprogramja, hogy egyes számítások szerint a lakosság 38%-át, vagyis ötből két magyar embert sújt valamilyen mentális betegség, a leggyakrabban depresszió. [177] Álláspontunk szerint a mentális betegségek olyan mértékű gazdasági és egészségterhet rónak a

magyar társadalomra, hogy szükséges a *Mentális Egészség Program* kormányzati szintű támogatással történő megvalósítása.

- Vizsgálati eredményeinkből következően célszerűnek tartanánk a mentális betegségek stigmatizációjával kapcsolatos *témát szakmai diskurzus tárgyává tenni*. A korszerű ápolás eredményességének kritériuma a minőség, amely megkívánja az egyenlő esélyt biztosító, előítéletek nélküli hivatásgyakorlást.
- A feltárt korrelációk alapján vizsgálatunk végkövetkeztetéseként meg kell jegyeznünk, hogy nem kizárólag a mentális zavarban szenvedő embereknek van szüksége a humanisztikus fordulatot jelentő, szemléletváltásból fakadó segítségre, hanem a szakdolgozóknak is indokolt lenne, minden ápolási szakterületen a mentális betegekkel kapcsolatos munkájukat segítő *szakmai szupervízió*. A megbiztonságnál nem kevésbé fontos az ápolók biztonsága. A segítő foglalkozásokkal összefüggő axióma, hogy csak a kiegyensúlyozott, érzelmileg stabil ember képes a rászoruló embertársával szemben empátiát gyakorolni, ami az ápolói hivatás alapértéke.

„A segítő kapcsolatban nem a választott módszer a legfontosabb, hanem maga a segítő személy”. /Tringer/ [180]

7.1 A dolgozat új megállapításai

- Korábban hazai felmérés nem történt a mentális betegekkel szembeni attitűd témában, egészségügyi szakdolgozók körében. Ebből adódóan a feltáró jellegű vizsgálatunk eredményeit újszerűnek, hiánypótlónak reméljük.
- Megállapítottuk, hogy a szakképzésben a pszichiátriai ápolásban tantárgy oktatásában módszertani reformok szükségesek.
- Adatokkal támasztottuk alá, hogy a Mentális Betegségek Attitűd Skála (ASMI scale) alkalmas az egészségügyi szakdolgozók mentális betegségekkel kapcsolatos viszonyulásának feltárására.
- A skála felhasználható az ápoló hallgatók, illetve más egészségügyi dolgozói populáció attitűdjének vizsgálatához is.

- Megállapítottuk, hogy a nemzetközi ápoláskutatások eredményeire alapozva, a tapasztalati szakértők bevonásával végzett differenciált oktatás javítaná a hazai képzésekben a mentális betegek célcsoportja iránti stigmatizáló-diszkriminatív attitűdöt.
- Az ápolás eredményességét negatívan befolyásolja az énvédő mechanizmusok talaján bekövetkező empátia csökkenés, amelyet érzékenyítő programokkal és az empátia fejlesztését fókuszba helyező képzéssel szükséges helyreállítani.

7.2 Javaslatok

- Javasoljuk tapasztalati szakértők meghívását a pszichiátriai szakápolástan és addiktológia órákra, az egyes kórképek oktatásához kapcsolódóan.
- Érzékenyítő programok szervezése céljából kapcsolatfelvételt és együttműködést javasolunk a mentális betegeket ellátó intézmények számára az NSZFK-val.
- Speciálisan összeállított agresszió kezelési tréningek szervezését javasoljuk az ápolók számára, kizárólag a témában empirikus tapasztalattal rendelkező, professzionális oktatók irányításával.
- Javasoljuk a pszichiátria területi gyakorlatok szakmai, minőségi kontrollját.
- A kiterjesztett hatáskörű okleveles ápolók (MSc) képzésében a jelenleg már elérhető hat szakápolói specializációhoz javasoljuk megvizsgálni egy új választható terület, a „mentális egészségügyi” specializáció bevezetésének lehetőségeit.

8 ÖSSZEFOGLALÁS

Bevezetés: a mentális betegek stigmatizációja mind a hazai, mind a nemzetközi kutatásokban kiemelt jelentőséggel bír. Az érintetteknek a társadalmi előítéleteken túl, az egészségügyi szakemberek stigmatizáló attitűdjével is meg kell küzdeniük.

Célkitűzés: az ápolási munkát végző egészségügyi szakdolgozók pszichiátriai betegekkel, illetve mentális betegségekkel kapcsolatos attitűdjeinek felmérése. A vizsgálat során a pszichiátriai betegségekkel kapcsolatos sztereotípiák, esetlegesen stigmatizáló szakdolgozói attitűdök jelenlétét kerestük. Mélyre hatoló elemzéseket nem tervezve vizsgáltuk meg a mentális betegségekkel kapcsolatos ismereteiket.

Módszer: a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (mentésügyi/sürgősségi betegellátási tagozat, pszichiátriai ápolás tagozat és felnőttápolási tagozat) tagjai körében végzett online, kvantitatív, kérdőíves felmérés eredményeinek deskriptív és többváltozós elemzése. Mérőeszköznek az ASMI skálát használtuk, amit saját szerkesztésű kérdésekkel egészítettünk ki.

Eredmények: a kitöltött kérdőívek közül 495 volt értékelhető (n=495). A pszichiátrián dolgozó ápolókat kevésbé stigmatizáló attitűd jellemzi a mentés és sürgősségi ellátás, illetve az egyéb területeken dolgozóknál. A stigmatizáló attitűd fokozottan megjelenik a hosszabb ideje a szakmában tevékenykedőknél, melyet a pályakezdekők pozitív attitűdje erősít. Kevésbé stigmatizáló attitűd jellemzi a főiskolai vagy egyetemi végzettségűeket, mint a középfokú végzettségűeket. A saját felkészültségüket hiányosnak ítélik meg az ápolók, a mentális betegségekkel kapcsolatos ismereteikben bizonytalanságok vannak. Az agressziót tartják az egyik legnehezebben kezelhető problémának, a szkizofréniaát pedig a leg súlyosabb betegségnek.

Következtetés: a pszichiátria oktatást az ápolóképzések minden szintjén hatékonyabbá kell tenni érzékenyítő, stigma elleni módszerek beépítésével. Tapasztalati szakértők bevonása az elméleti órákba, a differenciált ápolásoktatás növeli a hatékonyságot. Fontos, hogy megismerjék a felépülési modellt, és a mentális betegekkel kapcsolatban ne a violens cselekményeket, hanem az emberi szenvedést helyezték az ápolás középpontjába. Az asszertív technikák oktatása mellett célzott agresszió kezelő tréningeket, és dolgozói szupervíziót tartunk szükségesnek.

9 SUMMARY

Introduction: The stigmatization of mental patients is a priority topic in both domestic and international research. In addition to social prejudices, the people living mental illness must also struggle with the stigmatizing attitude of health professionals.

Aim: it was a survey of attitudes of nursing health care professionals towards psychiatric patients and mental illnesses. During the study, we looked for the presence of stereotypes related to psychiatric illnesses and stigmatizing attitudes. We tested their knowledge about mental illness without deep analysis.

Method: We performed the survey among members of the Hungarian Chamber of Health Care Professionals, in 3 groups. (paramedics/emergency nurses, psychiatric nurses and all other nurses). We analyzed the results of the online quantitative survey with multiple variables descriptively. We used the ASMI scale as a measurement tool, completed with self-constructed questions.

Results: 495 of the completed questionnaires were evaluable (n=495). Psychiatric nurses are characterized by a less stigmatizing attitude towards rescue and emergency carers and other nurses. Less stigmatizing attitudes are characterized by BSc and MSc graduate than those who have secondary education. They feel their own preparedness is inadequate; their knowledge about mental illness is uncertain. In their opinion aggressive behaviour is the most difficult problem in nursing care. Schizophrenia is considered to be the most serious disease.

Conclusion: psychiatric education should be made more effective at all levels of nursing training, by incorporating sensitizing and anti-stigma methods. Involving experienced experts in theoretical lessons, the differentiated nursing education increases the efficiency. It is important to know the Recovery model. In relation to mental patients not to be focus of violent acts, but the human suffering in nursing care. In addition to training in assertive techniques, we consider targeted anti-aggression training and supervision.

10 IRODALOMJEGYZÉK

1. Scull A. Az örület kultúrtörténete. A Bibliától Freudig, a bolondok házatól a modern orvostudományig. Corvina Kiadó, Budapest, 2017: 17-22.
2. Hofling C. K, Leininger M. M. Basic Psychiatric Concepts in Nursing. Lippincott company, Philadelphia, 1960: 540.
3. Hárdi I. Pszichológia a betegágyánál. Orvos, nővér és a beteg. Medicina Kiadó, Budapest, 1980: 135-138.
4. Walsh M.: Modellek a klinikai betegápolásban. Az előremutató út. Medicina Kiadó, Budapest, 1998: 1-47.
5. A gonosz szellemektől a modern terápiáig – Az elmebetegség gyógyításának története. <http://www.vital.hu/themes/history/elemtort1.htm> (2006.09.06.)
letöltés dátuma: 2019.02.03.
6. Mérey Zs. A Hanghalló Önségítő Csoport Anyagai. I. füzet. Ébredések Alapítvány, Budapest, 2013:5.
7. Hajdi György: A modern orvostudomány előzményei. A görög-római antikvitás és az arab középkor orvoslásának legjelesebb képviselői. (Gerlóczy Zsigmond emlékelőadás. A Magyar Infektológiai és Klinikai Mikrobiológiai Társaság 39. Kongresszusán, Pécsen, 2011.09.23-án elhangzott előadás.)
<https://adoc.tips/a-modern-orvostudomany-el.html> letöltés dátuma: 2019.12.09.
8. Irinyi T. Pszichiátriai szakápolástan. Medicina Kiadó, Budapest, 2000: 11-264.
9. Reed RR. Bedlam on the Jacobean Stage. Harvard University Press, Cambridge, 2014:1-196.
10. Foot J. (2014) Franco Basaglia and the radical psychiatry movement in Italy, 1961-1978. Crit Radic Soc Work. 2(2): 235-249.
11. GYEMSZI Rendszerelemzési Főosztály. 2013. A krónikus betegek ellátásának jellemzői Európában.
https://era.aeek.hu/zip_doc/kutatas/2013/kronikus_ellatas_nemzetkozi_v3.pdf
letöltés dátuma: 2019.07.15.
12. Foucault M. A bolondság története. Atlantisz Kiadó, Budapest, 2004: 69-117.
13. Vágner Zs. (2016) A szociális gondoskodás hagyományai és emlékei a középkori Magyarországon. Szociálpolitikai Szemle, 2 (4-5): 145-167.

14. Fónagy Z. (2014) Bolondok tornya, magántébolyda, közőrülde. *Ponticulus Hungaricus*, 18 (6).
<http://members.iif.hu/visontay/ponticulus/rovatok/limes/fonagy-zoltan-bolondok-tornya.html> letöltés dátuma: 2019.12.09.
15. Pálvölgyi B. A tébolydától az elmeógyógyintézetig. Elmebetegek Magyarországon a XIX. század utolsó harmadában. In: Pálvölgyi B. (szerk), *A magyar közegészségügyi közigazgatás intézményrendszere (1867-1914). Kiépülésének és működésének vizsgálata a kolera-, a himlő-, a trachoma- és a tbc- elleni küzdelem, valamint az elmebetegügy fejlődésének tükrében.* 2011:202-238.
http://www.orvostortenelem.hu/tankonyvek/tk-05/pdf/4.20.6/palvolgyi_kozegeszsegugyi_szakigazgatas.pdf letöltés dátuma: 2019.12.09.
16. Bakonyi P. Téboly, terápia, stigma. Budapest, Szépirodalmi Kiadó. 1983:55-70.
17. Fabinyi R. Értesítő az Erdélyi Múzeum-Egyesület Orvostudományi Szakosztályából, 1908: 33 (30) 1: 1 – 9.
18. Bányai B., Légmán A. Az állam szerepének változásai a pszichiátriai ellátórendszerben.
http://www.szociologia.hu/dynamic/BanyaiB_LegmanA_MSZT_konf_2009_tanulmany.doc letöltés dátuma: 2019. 07. 15.
19. US HOLOCAUST MEMORIAL MUSEUM: Holocaust Encyclopedia. Euthanasia Program.
<https://encyclopedia.ushmm.org/content/en/article/euthanasia-program>
 letöltés dátuma: 2019.04.16.
20. Gordos E, Ács A. A mentális problémával küzdő emberek és a magyar pszichiátriai ellátórendszer bemutatása. In: Perlusz A (szerk.), *Kutatási beszámoló a pszichoszociális fogyatékos személyek társadalmi helyzetét feltáró országos kutatásról. A Gyógypedagógia Fejlesztésért Alapítvány, Budapest,* 2017: 37-43.
21. Tarics Cs. (2018) Betegjogok hazai szabályozása, különös tekintettel a pszichiátriai betegekre. *Jogi Fórum, Szeged.*
https://www.jogiforum.hu/files/publikaciok/tarics_csilla__betegjogok_hazai_szabalyozasa%5bjogi_forum%5d.pdf letöltés dátuma: 2019.07.16.

22. Babarczy-Schwartz O. (1910) Az Elmebetegügyi Törvény tervezete. Közegészségügy. 2 (1).
23. Balogh Z. (2012) Az egészségügyi szakképzés története. <http://docplayer.hu/1549548-Az-egeszsegugyi-szakkepzes-tortenete-dr-balogh-zoltan.html> letöltés dátuma: 2019. 07. 17.
24. Balogh Z, Betlehem J, Papp K, Tulkán I, Kovácsné Tóth Á. (2009) Az elmúlt két évtized ápolóképzése a hazai felsőoktatásban. Nővér, 22 (1): 3-11.
25. Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar AMIRA rendszer, tantárgyi programok.
26. Nemzeti Szakképzési és Felnőttképzési Hivatal Szakképzés 4.0 Stratégia https://www.nive.hu/index.php?option=com_content&view=article&id=1024:szakkepzes-40-strategia&catid=10:hirek&Itemid=166 letöltés dátuma: 2019. 08. 12.
27. Arcanum Digitális Tudománytár-Magyar Etimológiai Szótár. <https://www.arcanum.hu/hu/online-kiadvanyok/Lexikonok-magyar-etimologiai-szotar-F14D3/s-F3B58/stigma-F3D1F/> letöltés dátuma: 2019.02.05.
28. Magyar Katolikus Lexikon. <http://lexikon.katolikus.hu/S/stigma.html> letöltés dátuma: 2019.02.05.
29. <http://web.t-online.hu/barabbas/lesestoffe/stigma/stigma.htm> letöltés dátuma: 2019.02.05.
30. Goffmann E. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. Penguin Books, London, 1963: 5-37.
31. Allport GW. Az előítélet. Osiris Könyvkiadó, Budapest, 1999:33-49.
32. Rostás S, Szlávik T. (szerk.), Magyar nagylexikon. Magyar Nagylexikon Kiadó Rt, Budapest, 1998: (7) 251.
33. Ács A. (2012) Mentális zavarban szenvedőkkel szembeni attitűdvizsgálat BSc ápoló hallgatók körében. A stigma jelenség. Budapest, SE-ETK diplomamunka. p. 11-14.
34. Szociológia mindenkinek. Szociológia - Fogalomtár www.szociologia.eu/szociologia-fogalomtar letöltés dátuma: 2019.10.09.
35. Andorka R. Bevezetés a szociológiába. Osiris Kiadó, 2006. Digitális Tankönyvtár.

https://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/2011_0001_520_bevezetes_a_szociologiaba/ch04s03.html letöltés ideje: 2019.10.09.

36. Buda B. Az elme gyógyítása. Kritikus pillantások egy különös orvosi szakterületre. Háttér Kiadó, Budapest, 2011: 209-247.
37. Szöllősi G. A társadalmi problémák konstrukcionista elméletének alapjai. Z-Press Kiadó, Miskolc, 2012: 107-110.
38. Idegen Szavak Gyűjteménye. <https://idegen-szavak.hu/p%C3%B6naliz%C3%A1l> letöltés dátuma: 2019.10.09.
39. Szoboszlai Zs. (2004) Szegénység, marginalizáció, szegregáció. Adalék a társadalmi egyenlőtlenségek értelmezéséhez. Tér és Társadalom, 18 (3): 25-42.
40. Lauber C, Nordt C, Braunschweig C, Rössler W. (2006) Do mental health professionals stigmatize their patients? Acta Psychiatr Scand Suppl. 429: 51-59.
41. Corrigan PW, Watson AC, Ottati V. (2003) From whence comes mental illness stigma? Int J Soc Psychiatry, 49 (2): 142-157.
42. Eagly AH, Chaiken S. Attitude structure and function. Handbook of social psychology. McGraw Company, Boston, 1998: 269-322.
43. Durkheim É. Az öngyilkosság. Szociológiai tanulmány. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1982: 227-263.
44. Goffman E. A hétköznapi élet szociálpszichológiája. Gondolat Kiadó, Budapest, 1981:182-183, 263.
45. Goffmann E. Stigma és szociális identitás. In: Lóvi I (szerk.), A stigmatizáció hatása a társadalmi szerepváltozásokra. Hadtudományi Szemle, 2018: 11 (1) 208-224.
46. Corrigan PW, Kerr A, Knudsen L. (2005) The stigma of mental illness: Explanatory models and methods for change. Applied and Preventive Psychology, 11:179-190.
47. Parcesepe AM, Cabassa LJ. (2013) Public stigma of mental illness in the United States: a systematic literature review. Adm Policy Ment Health. 40 (5): 384-399.
48. Thornicroft G. Shunned: Discrimination against people with mental illness. Oxford University Press, New York, 2006.
49. Pescosolido BA, Martin JK, Long SJ, Medina TR, Phelan JC, Link BG. (2010) "A disease like any other"? A decade of change in public reactions to

- schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *Am J Psychiatry*, 167 (11): 1321-1330.
50. Corrigan PW, Kuwabara SA, O'Shaughnessy J. (2009) The Public Stigma of Mental Illness and Drug Addiction. *J Soc Work*, 9: 139-147.
 51. Fazel S, Langström N, Hjern A, Grann M, Lichtenstein P. (2009) Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. *Jama*, 30 (19):2016-2023.
 52. Monahan J, Steadman HJ, Silver E, Appelbaum PS, Robbins PC, Mulvey EP, Roth LH, Grisso T, Banks SM. *Rethinking Risk Assessment: The MacArthur Study of Mental Disorder and Violence*. Oxford University Press, New York, 2001.
 53. Baran B, Gazdag G. (2011) A szkizofrénia és a bűnelkövetés kapcsolata. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*. 13 (4): 257-261.
 54. Stuart H. (2003) Violence and mental illness: an overview. *World Psych*, 2 (2): 121-124.
 55. Feldman DB, Crandall CS. (2007) Dimensions of mental illness stigma: What about mental illness stigma causes social rejection? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26 (2):137–154.
 56. Watson AC, Corrigan PW, Larson JE, Sells M. (2007) Self-Stigma in People With Mental Illness. *Schizophr Bull*, 33 (6): 1312-1318.
 57. Link BG, Phelan JC. (2001) Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27. 363-365.
 58. Corrigan PW, Rao D. (2012) On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change. *Can J Psychiatry*, 57 (8): 464-469.
 59. Corrigan PW, Watson AC. (2002) The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology – Science&Practice*, 9, 35-53.
 60. Sztancsik V, Máth J, Pék Gy. (2017) Szkizofréniaival élők megbélyegzettségének mérése. *Alkalmazott Pszichológia*, 17 (1):41–57.
 61. Farrelly S, Clement S, Gabbidon J, Jeffery D, Dockery L, Lassman F, Brohan E, Henderson RC, Williams P, Howard LM, Thornicroft G, MIRIAD Study Group. (2014) Anticipated and experienced discrimination amongst people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a cross sectional study. *BMC Psychiatry*, 14:157.

62. Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M, INDIGO Study Group. (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *The Lancet*, 373 (9661): 408-415.
63. Verhaeghe M, Bracke P. (2012) Associative stigma among mental health professionals: implications for professional and service user well-being. *J Health Soc Behav.* 53 (1):17-32.
64. Finkel NJ. *Mental Health and Illness*. MacMillan Publishing Company, New York, 1976.
65. Pikó B. (2002) Adalékok a mentális zavarok kritikai szociológiájához. *Szociológiai Szemle*, 2: 99–113.
66. Trent JW. (2017) *Moral Treatment*. VCU Libraries Social Welfare History Project. <https://socialwelfare.library.vcu.edu/issues/moral-treatment-insane/> letöltés dátuma: 2019.07.24.
67. Ács A, Petri G. Szemléletbeli különbségek a pszichiátriai betegek egítélésében és a szektorközi együttműködések szerepe. In: Perlusz A. (szerk.), *Kutatási beszámoló a pszichoszociális fogyatékos személyek társadalmi helyzetét feltáró országos kutatásról. A Gyógypedagógia Fejlesztésért Alapítvány*, Budapest, 2017:43-58.
68. A társadalmi együttélés alapvető szabályai, eredetük és rendeltetésük. <http://tarsadalmerettsegi.blogspot.com/2011/11/1-tarsadalmi-egyutteles-alapveto.html> letöltés dátuma: 2019.07.24.
69. Harangozó J, Tringer L, Gordos E, Kristóf R, Wernig R, Slezsák A, Lőrincz Zs, Varga A, Bulyáki T. (2001) Paradigmaváltás a pszichiátriában. *LAM*, 11 (8–9):573–586.
70. Goffman E. *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Penguin Books, London, 1961.
71. Kovács J. *Bioetikai kérdések a pszichiátriában és a pszichoterápiában*. Medicina Könyvkiadó Zrt, Budapest, 2007: 18-30.
72. Thomas S. Szasz. *Insanity. (The Idea and Its Consequences)* New York--Singapore: John Wiley & Sons. 1987:72-90.

73. Bitter I, Füredi J. Szkizofrénia. Cserépfalvi Könyvkiadó Psychoeducatio-Léleknevelés Alapítvány, Budapest, 1994: 11-17.
74. Réthelyi J. (2011) A szkizofrénia diagnózisa Bleulertől a DSM-V-ig. Neuropsychopharmacologia Hungarica, 13 (4):193-203.
75. Pszichiátria Szakmai Kollégium. Az Egészségügyi Minisztérium szkizofrénia szakmai protokollja 2008.12.31.-ig.
http://www.magyipett.hu/files/file/iranyelvek/PSZICHShkizofrenia_P.pdf letöltés dátuma: 2019.07.27.
76. Tringer L. Sürgősségi ellátás a pszichiátriában. Medicina, Budapest, 2003: 161.
77. American Psychiatric Association. What is Schizophrenia?
<https://www.psychiatry.org/patients-families/schizophrenia/what-is-schizophrenia> letöltés dátuma: 2019. 07. 29.
78. Kéri Sz. (2013) Lány lélektani és szociológiai tényezők egy kemény pszichiátriai betegség hátterében: a szkizofrénia rejtélye. Magyar Pszichológiai Szemle, 68 (1): 127-140.
79. Kéri Sz. (2009) A pszichiátriai betegség fogalma és értelmezése az újabb idegtudományi kutatások tükrében. Magyar Tudomány.
<http://www.matud.iif.hu/2009/09aug/02.htm> letöltés dátuma: 2019. 07. 28.
80. Bailey T, Alvarez-Jimenez M, Garcia Sanchez AM, Hulbert C, Barlow E, Bendall S. (2018) Childhood Trauma Is Associated With Severity of Hallucinations and Delusions in Psychotic Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. Schizophr Bull 44 (5):1111-1122.
81. Read J, Perry BD, Moskowitz A, Connolly J. (2001). The contribution of early traumatic events to schizophrenia in some patients: A traumagenic neurodevelopmental model. Psychiatry, 64:319-345.
82. Gallagher BJ 3rd, Jones B, Pardes M. (2016) Stressful Life Events, Social Class and Symptoms of Schizophrenia. Clinical Schizophrenia&Related Psychoses, 10 (2):101-108.
83. Falloon IRH, Fadden G. Integrated Mental Health Care: a comprehensive community-based approach. Cambridge University Press, 1995: 22-89.
84. Sztancsik V, Máth J, Pék Gy. Stigmatization of Psychiatric Patients and Schizophrenic People in Hungary. In: Angyalosi G, Münnich Á, Pusztai

- G.(szerk.), *Interdisciplinary Research in Humanities. Constantine the Philosopher University in Nitra, Faculty of Central European Studies, Nitra.* 2013: 297–310.
85. van Os, J. (2016) "Schizophrenia" does not exist. *BMJ* 352: i375 in *Ébredések Alapítvány Facebook Petíció: „Jim van Os: Nem létezik Szkizofrénia!”*
<https://www.facebook.com/EbredésekAlapitvány/posts/1230505600358074/> és
https://www.peticiok.com/jim_van_os_nem_letezik_szkizofrenia letöltés dátuma: 2019. 07. 31.
86. Péntek M, Harangozó J, Égerházi A, Kelemen O, Gulácsi L, Baji P, Mátyási A, Erdélyi R, Lehoczky Sz, Orlewska E, Vártokné Hevér N, Ferencz Á, Brodsky V. (2012) A szkizofréniaival élő betegek egészséggel összefüggő életminősége és betegség-terhe Magyarországon. *Psychiatria Hungarica*, 27 (1):4-17.
87. Lauber C, Nordt C, Braunschweig C, Rössler W. (2006) Do mental health professionals stigmatize their patients? *Acta Psychiatrica Scand Suppl.* 429: 51-59.
88. Harangozó J, Reneses B, Brohan E, Sebes J, Csukly G, López-Ibor JJ, Sartorius N, Rose D, Thornicroft G. (2013) Stigma and discrimination against people with schizophrenia related to medical services. *Int J Soc Psychiatry*, 60 (4): 359-366.
89. Thornicroft G, Rose D, Kassam A. (2007) Discrimination in health care against people with mental illness. *Int Rev Psychiatry*. 19 (2): 113-122.
90. Clarke D, Usick R, Sanderson A, Giles-Smith L, Baker J. (2014) Emergency department staff attitudes towards mental health consumers: a literature review and thematic content analysis. *Int J Ment Health Nurs*. 23 (3):273-284.
91. Rathore SS, Wang Y, Druss BG, Masoudi FA, Krumholz FM. (2008) Mental disorders, quality of care, and outcomes among older patients hospitalized with heart failure: an analysis of the national heart failure project. *Arch Gen Psychiatry*, 65(12): 1402-1408.
92. Ács A. (2012) Mentális zavarban szenvedőkkel szembeni attitűd vizsgálat BSc ápoló hallgatók körében. *ÁpolásÜgy*, 26. (1): 15-18.
93. Poreddi V, Thimmahiah R, BadaMath S. (2017) Medical and nursing students' attitudes toward mental illness: An Indian perspective. *Invest Educ Enferm*. 35 (1).

94. Padma Sari S, Estin Y. (2018) Investigation of attitudes toward mental illness among nursing students in Indonesia. *Int J Nurs Sciences*, 5 (4):414-418.
95. Lawrence D, Kisely S. (2010) Inequalities in healthcare provision for people with severe mental illness. *J Psychopharmacology, Oxford Suppl.* 24(4):61-68.
96. Hunter L, Weber T, Shattell M, Harris BA. (2015) Nursing students' attitudes about psychiatric mental health nursing. *J Issues Ment Health Nurs*, 36 (1):29-34.
97. Markström U, Gyllensten AL, Bejerholm U, Björkman T, Brunt D, Hansson L, Leufstadius C, Sandlund M, Svensson B, Ostman M, Eklund M. (2009) Attitudes towards mental illness among health care students at Swedish universities – A follow-up study after completed clinical placement. *Nurse Educ Today*, 29 (6):660-665.
98. Ong HL, Seow E, Chua BY, Xie H, Wang J, Lau YW. (2017) Why is psychiatric nursing not the preferred option for nursing students: A cross-sectional study examining and nursing school factors. *Nurse Educ Today*, 52: 95-102.
99. Knaak S, Mantler E, Szeto A. (2017) Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthc Manage Forum*, 30 (2):111-116.
100. Henderson C. (2013) Parity of Professional and Public respect: Tackling stigma and discrimination.ppt.
<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:bpKZVWrzp-8J:www.nhsemployers.org/~media/Employers/Documents/Plan/Claire%2520Henderson%2520Presentation.pptx+%&cd=8&hl=hu&ct=clnk&gl=hu> letöltés dátuma: 2019.08.02.
101. Corrigan PW, Penn DL. (1999) Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *Am Psychologist*, 54 (9):765-776.
102. Klaric M, Lovric S. (2017) Methods to fight mental illness stigma. *Psychiatria Danubina*, 29; Suppl. 5:910-917.
103. Wahl OF. *Media madness: Public images of mental illness*. New Brunswick, Rutgers University Press, New York. 1995:132-164.
104. MacRae CN, Bodenhausen GV, Milne AB, Jetten J. (1994) Out of mind but back: Stereotypes on the rebound. *Journal of Personality and Social Psychology* 67:808-17.

105. Corrigan PW, River L, Lundin RK, Penn DL, Uphoff-Wasowski K, Campion J, Mathisen J, Gagnon C, Bergman M, Goldstein H, Kubiak MA. (2001) Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophr Bull.* 27:187-95.
106. Rüsç N, Angermeyer MC, Corrigan PW. (2005) Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *Eur Psychiatry*, 20:529-539.
107. Corbière M, Esther S, Villotti P, Pelletier JF. (2012) Strategies to Fight Stigma toward People with Mental Disorders: Perspectives from Different Stakeholders. *Scientific World Journal*, 2012:516358.
108. Corrigan PW. (2011). Best practices: Strategic stigma change (SSC): five principles for social marketing campaigns to reduce stigma. *Psychiatr Serv.* 62 (8): 824-6.
109. Mittal D, Sullivan G, Chekuri L, Allee E, Corrigan PW. (2012) Empirical Studies of Self-Stigma Reduction Strategies: A Critical Review of the Literature. *Psych Serv. Washington D.C.* 63 (10):974-981.
110. Markowitz FE. (2015) Involvement in mental health self-help groups and recovery. *Health Soc Rev.* 24 (2):199-212.
111. Uchino T, Maeda M, Uchimura N. (2012) Psychoeducation may reduce self-stigma of people with schizophrenia and schizoaffective disorder. 59 (1-2):25-31.
112. Corrigan PW, Larson JE, Rüsç N. (2009) Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*, 8 (2): 75-81.
113. World Psychiatric Association International Programme to Reduce Stigma and Discrimination because of Schizophrenia.
https://www.opentheodoors.com/english/01_01.html letöltés dátuma: 2019.08.03.
114. World Psychiatric Association. (1998) Fighting Stigma and Discrimination because of Schizophrenia. World Psychiatric Association. New York.
115. Sartorius N, Schulze H. (2005) Reducing the Stigma of Mental Illness. A Report from a Global Programme of the World Psychiatric Association. Cambridge University Press, 2005:264.

116. World Health Organization (2002) Close to Gape, Dare to Care. Mental Health Global Action Programme. World Health Organization, Geneva
https://www.who.int/mental_health/media/en/265.pdf letöltés dátuma: 2019.08.04.
117. The Mental Health Foundation. (2000) Pull Yourself Together! A survey of the stigma and discrimination faced by people who experience mental distress. London. https://www.ono.ac.il/wp-content/uploads/2014/04/pull_yourself_together-stigma.pdf letöltés dátuma: 2020.01.13.
118. See Mee. (2001) National Programme to end mental health discrimination. <https://www.seemescotland.org/about-see-me/> letöltés dátuma: 2019.08.04.
119. Evans-Lacko S, Corcer E, Williams P, Henderson C, Thornicroft G. (2014) Effect of the Time to Change anti-stigma campaign on trends in mental-illness-related public stigma among the English population in 2003–13: an analysis of survey data. *The Lancet Psychiatry*, 1: 121-128.
120. See Change: The National Mental Health Stigma Reduction Programme in Ireland <https://seechange.ie/> letöltés dátuma: 2019. 08. 04.
121. Vaughan G, Hansen C. (2004) 'Like Minds, Like Mine': a New Zealand project to counter the stigma and discrimination associated with mental illness. *Australas Psychiatry*, 12 (2):113-117.
122. Like Minds Like Mine. National Plan 2014–2019 Programme to increase social inclusion and reduce stigma and discrimination for people with experience of mental illness. <https://www.likeminds.org.nz/assets/National-Plans/like-minds-like-mine-national-plan-2014-2019-may14.pdf> letöltés dátuma: 2019. 08. 05.
123. Hansson L, Stjernswärd S, Svensson B. (2016) Changes in attitudes, intended behaviour, and mental health literacy in the Swedish population 2009-2014: an evaluation of a national antistigma programme. *Acta Psychiatrica Scand*, 134 (Suppl. 446):71-79.
124. Gaebel W, Baumann AE. (2003) Interventions to reduce the stigma associated with severe mental illness: experiences from the open the doors program in Germany. *Can J Psychiatry*, 48 (10): 657-662.

125. Ébredések Alapítvány honlapja <http://ebredesek.hu/sziget/> letöltés dátuma: 2019. 08. 05.
126. Nyitnikék Magyar Antistigma Kezdeményezés honlapja <http://www.nyitnikek.hu/> letöltés dátuma: 2019. 08. 05.
127. Lege Artis Medicinae online: <http://www.elitmed.hu/ilam/hirvilag/csontos-erika-es-szurovecz-illes-kaptak-2019-ben-az-antistigma-dijat-16042/> letöltés dátuma: 2019. 08. 09.
128. Harangozó J, Bodrogi A, Nemessuri J, Bulyáki T. (2008) A Semmelweis Egyetem Közösségi Pszichiátriai Centrum és az Ébredések Alapítvány tevékenységének bemutatása. In: Harangozó J, Németh A. (szerk.), Innovatív gyakorlatok a magyar pszichiátriában és addiktológiában. Tematikus szám. 23 (4):224-230.
129. Ébredések Alapítvány. Mentál Rehab 2015. <https://ebredesek.hu/2015-10-09/> letöltés dátuma: 2019. 08. 05.
130. Szabó Gy. A mentális zavarokkal élőket sújtó stigma kutatása. Semmelweis Egyetem ÁOK, VI. évf. Diplomamunka. 2017: 39-49.
131. Fogyatékosággal élő személyek jogairól szóló ENSZ-egyezmény: Convention on the Rights of Persons with Disabilities. /Elfogadva 2006. december 13., Hatályba lépésének ideje: 2008. május 3./ (A továbbiakban: Fogyatékosjogi ENSZ-egyezmény. CRPD, <http://www.un.org/esa/socdev/enable/rights/convtexte.htm> letöltés dátuma: 2019. 08. 06.
132. Ács A, Molnár E, Molnár Gy, Balogh Z. (2019) The care of people living with mental illness in the Hungarian social care system: The process of deinstitutionalization and the phenomenon of stigmatization. *Developments in Health Sciences*. 4:1-8.
133. Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közhasznú Nonprofit Kft. /FSZK/ <https://fszk.hu/hir/elerheto-a-pszichoszocialis-fogyatekos-szemelyek-tarsadalmi-helyzetet-feltaro-kutatas/> letöltés dátuma: 2019. 08. 06.
134. Perlusz A. szerk. (2017) Kutatási beszámoló a pszichoszociális fogyatékos személyek társadalmi helyzetét feltáró országos kutatásról. Budapest, A Gyógypedagógia Fejlesztésért Alapítvány.

- http://www.eltereader.hu/media/2018/09/ELTE_2018_Kutatasi_beszamolo_REA_DER.pdf letöltés dátuma: 2019. 08. 06.
135. Gombos G. (2013) Mi a pszichoszociális fogyatékoság?
<https://pszichoszoc.wordpress.com/2013/10/06/mi-a-pszichoszocialis-fogyatekossag/> letöltés dátuma: 2019. 08. 05.
136. Bulyáki T, Harangozó J. Munkarehabilitáció. In: Harangozó J, Szabó K. (szerk.), Oktatási segédlet a pszichiátriai betegek közösségi ellátásában dolgozó szakembereknek. Periféria Füzetek. Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest, 2004: 2:117–118.
137. Gurbai S. Jogsabályi környezet. In: Perlusz A. (szerk.), Kutatási beszámoló a pszichoszociális fogyatékos személyek társadalmi helyzetét feltáró országos kutatásról. A Gyógypedagógia Fejlesztésért Alapítvány, Budapest, 2017: 9-18.
138. A fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény 17. § (1-5).
<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99800026.TV> letöltés dátuma: 2019. 08. 06.
139. 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról.
<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99300003.TV> letöltés dátuma: 2019. 08. 06.
140. 1023/2017. (I. 24.) Korm. határozat a fogyatékosággal élő személyek számára ápolást-gondozást nyújtó szociális intézményi férőhelyek kiváltásáról szóló 2017-2036. évekre vonatkozó hosszú távú koncepcióról.
<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A17H1023.KOR&txtreferer=00000001.txt> letöltés dátuma: 2019. 08. 06.
141. Beadle-Brown J, Mansell J, Kozma A. (2007). Deinstitutionalization in intellectual disabilities. *Curr Op Psychiatry*. 20 (5), 437-442.
142. Amaddeo F, Becker T, Fioritti A, Burti L, Tansella M. Reforms in community care: The balance between hospital and community-based mental health care. *Mental Health Policy and Practice Across Europe*, 2007: 235-249.

143. Bugarszki Zs, Eszik O, Kondor Zs. (2013) Deinstitutionalisation in Hungary 2012-2013. ELTE-TATK, Budapest.
http://tatkteszt.elte.hu/file/2013_Report_EN.pdf letöltés dátuma: 2019. 08. 06.
144. <https://24.hu/belfold/2010/03/15/csaladirtas-tenyon/> letöltés dátuma: 2020.01.13.
145. https://hvg.hu/itthon/20120407_kulcsi_meszarlas/ letöltés dátuma: 2020.01.13.
146. Emberi Erőforrások Minisztériuma (2018) Szakmai Ajánlás: Közösségi ellátás pszichiátriai betegek részére
http://kozossegiellatasok.hu/doc/Pszichiatricai_Betegek_Kozossegi_Ellatasanak_Ajanlasi.pdf letöltés dátuma: 2019. 08. 06.
147. Bugarszki Zs. (2013) A mentális problémák felépülés alapú megközelítése. *Esély*. 24 (5):68–85.
148. Anthony WA. (1993) Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehab J*, 16(4):11–23.
149. Cohen J, Struening EL. (1962) Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals. *J Abnormal Soc Psychology*, 64(5): 349-360.
150. Taylor SM, Dear MJ, Hall GB. (1979) Attitudes toward the mentally ill and reactions to mental health facilities. *Soc Science Med*. 13D (4):281-290.
151. Taylor SM, Dear MJ. Scaling Community Attitudes Toward the Mentally Ill. <https://camiscale.com/article-scaling-community-attitudes-toward-the-mentally-ill/> letöltés dátuma: 2019. 08. 06.
152. Economou M, Gramandani C, Richardson C, Stefanis C. (2005) Public attitudes towards people with schizophrenia in Greece. *World Psychiatry*, 4: 40-44.
153. Economou M, Richardson C, Gramandani C, Stalikas A, Stefanis C. (2009) Knowledge about schizophrenia and attitudes towards people with schizophrenia in Greece. *Int J Soc Psychiatry*, 55: 361-371.
154. Madianos M, Economou M, Peppou L. E, Kallergis G, Rogakou E, Alevizopoulos G. (2012) Measuring public attitudes to severe mental illness in Greece: Development of a new scale. *Eur J Psychiatry* 26 (1):55-67.

155. Schober MF, Conrad FG. (2015) Improving social measurement by understanding interaction in survey interviews. *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences*. 2(1):211-219.
156. Giandinoto JA, Edward K L. (2015) The phenomenon of co-morbid physical and mental illness in acute medical care: the lived experience of Australian health professionals. *BMC Research Notes* 8. Article number: 295.
<https://bmresnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13104-015-1264-z>
letöltés dátuma: 2019. 08. 09.
157. Ács A, Molnár Sz, Mák E, Balogh Z. (2016) Dietetikusok és dietetikus hallgatók pszichiátriai betegségekre vonatkozó ismereteinek és a mentális zavarban szenvedőkkel kapcsolatos attitűdjének vizsgálata. *Új Diéta*, 5: 15-18.
158. Rigó E. Ideggyógyászati szakápolástan. In: Kornéth A. (szerk.), *Kisklinikumi szakápolástan*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2013: 15-48.
159. Erdősi E. Az asszertivitás személyiségi háttérének vizsgálata ápolóhallgatók körében. Doktori értekezés. Semmelweis Egyetem Patológiai Tudományok Doktori Iskola, Budapest, 2010: 96-110.
160. Irinyi T. Összefüggések az egészségügyi szakdolgozói kiégettség, az általuk elszenvedett agresszió gyakorisága és a munkahelyi konfliktusaik között. Doktori értekezés. Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Egészségtudományi Doktori Iskola, Pécs, 2018: 90-98.
161. Bencés I. (2006) Az ápolók és a kiégés. *Nővér*, 19 (3):10-16.
162. Liberman RP. Felépülés a betegségből. A pszichiátriai rehabilitáció kézikönyve. Oriold és Társai Kiadó, Budapest, 2010: 1-37.
163. Bulyáki T, Harangozó J. A közösségi pszichiátria kézikönyve. Ébredések Alapítvány, Budapest, 2018. 5-6.
164. Romme M, Escher S, Dillon J, Corstens D, Mervyn M. Hangokkal élni. 50 felépüléstörténet. Ébredések Alapítvány, Budapest, 2018: 72-82.
165. Bodrogi A, Harangozó J, Bulyáki T, Falloon I RH. A közösségi addiktológia kézikönyve. Ébredések Alapítvány, Budapest, 2014: 5.
166. Tulkán I. Ápolói kompetenciák mérése különös tekintettel a területi gyakorlatokra. Doktori értekezés, Semmelweis Egyetem Patológiai tudományok Doktori Iskola, Budapest, 2010: 122-129.

167. Incze A, Kéri Sz, Szekeres Gy. (2018) A magyar pszichiáter identitása. Egy tudományos felmérés tapasztalatai. *Orv Hetil.* 159 (2):58-63.
168. Ács A. (2013) Közösségi pszichiátria. In: Irinyi T (szerk.), *Pszichiátriai szakápolástan.* 250-260.
<http://www.pszichiapolas.hu/data/pszichiapolas20130324.pdf> letöltés dátuma: 2020.01.13.
169. Happell B, Platania-Phung C, Scholz B, Bocking J, Horgan A, Manning F, Doody R, Hals E, Granerud A, Lahti M, Pullo J, Vatula A, Koski J, van der Vaart KJ, Allon J, Griffin M, Russell S, MacGabhann L, Bjornsson E, Biering P. (2019) Changing attitudes: The impact of Expert by Experience involvement in Mental Health Nursing Education: An international survey study. *Int J Ment Health Nurs.* 28(2):480-491.
170. Happell B, Moxham L, Platania-Phung C. (2010) A psychometric analysis of the Mental Health Consumer Participation Questionnaire. *Int J Ment Health Nurs.* 19(6):377-384.
171. Byrne L, Happell B, Platania-Phung C. (2015) Attitudes of nursing students on consumer participation: the effectiveness of the Mental Health Consumer Participation Questionnaire. *Perspect Psychiatr Care.* 51(1):45-51.
172. Happell B, Waks S, Bocking J, Horgan A, Manning F, Greaney S, Goodwin J, Scholz B, van der Vaart KJ, Allon J, Hals E, Granerud A, Doody R, MacGabhann L, Russell S, Griffin M, Lahti M, Ellilä H, Pulli J, Vatula A, Platania-Phung C, Bjornsson E, Biering P. (2019) "I felt some prejudice in the back of my head": Nursing students' perspectives on learning about mental health from "Experts by Experience". *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 26 (7-8):233-243.
173. Nelson G, Lord J, Ochocka J. (2001) Empowerment and Mental Health in Community: Narratives of Psychiatric Consumers/Survivors. *J Community Appl Soc Psychol.* 11:125-142.
174. Buchman-Wildbaum T, Paksi B, Sebestyén E, Kun B, Felvinczi K, Schmelowszky Á, D Griffiths M, Demetrovics Z, Urbán R. (2018) Social rejection towards mentally ill people in Hungary between 2001 and 2015: has there been any change? *Psychiatry Res.* 267:73–79.

175. Almeida Filho N. (2001) For a General Theory of Health: preliminary epistemological and anthropological notes. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 17(4):753-799.
176. Ács A, Mészáros J, Balogh Z. (2020) Egészségügyi szakdolgozók mentális zavarokkal kapcsolatos ismereteinek és a betegekkel szembeni attitűdjének vizsgálata. *Orv Hetil.* 161(2): 72–82.
177. Solt O. (1990) Mi történik a cseppel a tengerben? Esettanulmány az egészségügy köréből. *Beszélő Hetilap 2 (25) Online.*
<http://beszelo.c3.hu/cikkek/mi-tortenik-a-cseppel-a-tengerben> letöltés dátuma: 2019. 08. 12.
178. Bitter I. (2015) Ötből két magyart sújt valamilyen mentális betegség. *MedicalOnline*
http://medicalonline.hu/tudomany/cikk/otbol_ket_magyart_sujt_valamilyen_mentalis_betegseg letöltés dátuma: 2019.12.10.
179. Mészáros J. Balogh Z. Seregi J. (2002) Diplomás ápolók szakmai és erkölcsi megbecsülésének alakulása. *Orvosképzés 77 (4): 297-301.*
180. Tringer L. A gyógyító beszélgetés. *Medicina Könyvkiadó Rt, Budapest, 2007: 15.*
181. Réthelyi J, Pulay A. (2015) Bevezetés-a-pszichiátriába-I.1-A-pszichiátriai betegek útja...Semmelweis.hu/pszichiatria/files...

11 SAJÁT PUBLIKÁCIÓS JEGYZÉK

11.1 Az értekezés témájában megjelent eredeti közlemények

Ács A, Mészáros J, Balogh Z. (2020) Egészségügyi szakdolgozók mentális zavarokkal kapcsolatos ismereteinek és a betegekkel szembeni attitűdjének vizsgálata. Orvosi Hetilap. 16:2 pp. 72-82., 11 p.

Ács A, Molnár E, Molnár Gy, Balogh Z. (2019) The care of people living with mental illness in the Hungarian social care system: The process of deinstitutionalization and the phenomenon of stigmatization. Developments in Health Sciences. 2:1 pp. 1-8., 8 p.

Ács A, Molnár Sz, Mák e, Balogh Z. (2016) Dietetikusok és dietetikus hallgatók pszichiátriai betegségekre vonatkozó ismereteinek és a mentális zavarban szenvedőkkel kapcsolatos attitűdjének vizsgálata. Új Diéta. 25 (5): 15-18.

Ács A. (2012) Mentális zavarban szenvedőkkel szembeni attitűd vizsgálat BSC ápoló hallgatók körében. ÁpolásÜgy. 26(1):15-18.

11.2 Egyéb – nem az értekezés témájában megjelent – eredeti közlemények

Ács A. (2019) Geriátriai szakápolás a szociális ellátórendszerben. Az integrált időskori ellátás szükségessége. Medical Tribune, 17:11. 9-10., 2.

Molnár Sz, Ács A, Kádár M, Czékmán E, Csajbókné Csobod É, Mák E. (2019) Az óvodáskorú gyermekek közétkeztetésének megítélése a szülők szemszögéből. ÚJ DIÉTA. (2001-) 28: 5 pp. 25-28., 4 p.

Molnár Sz, Sinka M, Ács A. (2016) Beköszöntött az ősz...: Együnk sok zöldet, sárgát, pirosat! Élelmezés 14: 10. 20-21.

11.3 Könyvfejezetek

Ács A, Gordos E. (2017) Az ellátórendszerek működése és egymáshoz való viszonya. In: Perlusz A. (szerk.) A pszichoszociális fogyatékkal élő személyek társadalmi helyzetét feltáró országos kutatásról: Kutatási beszámoló. Gyógypedagógia Fejlesztéséért Alapítvány, Budapest. 58-65.

Ács A, Petri G. (2017) Szemléletbeli különbségek a pszichiátriai betegek megítélésében és a szektorközi együttműködések szerepe. In: Perlusz A. (szerk.) A pszichoszociális fogyatékossgal élő személyek társadalmi helyzetét feltáró országos kutatásról: Kutatási beszámoló. Gyógypedagógia Fejlesztéséért Alapítvány, Budapest. 43-57.

Gordos E, Ács A. (2017) Szemléletbeli különbségek a pszichiátriai betegek megítélésében és a szektorközi együttműködések szerepe. In: Perlusz A. (szerk.) A pszichoszociális fogyatékossgal élő személyek társadalmi helyzetét feltáró országos kutatásról: Kutatási beszámoló. Gyógypedagógia Fejlesztéséért Alapítvány, Budapest. 37-42.

Ács A. (2013) Közösségi pszichiátria. In: Irinyi T. (szerk.) Pszichiátriai szakápolástan. 231-240. <http://www.pszichiapolas.hu/data/pszichiapolas20130324.pdf>

11.4 A tudományos munkásságot meghatározó egyéb publikációk, előadások

Ács A. (2020) Az ápolói attitűd, a stigma és az empátia összefüggései a mentális betegek ellátásában. „Mentális betegek kezelésének és felépülésének perspektívái.” Egészségügyi szakdolgozók szabadon választható elméleti továbbképzése. SE Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika [Előadás]

Ács A. (2019) „Nil nocere” – szakdolgozók és a stigmák. Pro Bono továbbképzés. Állami Egészségügyi Ellátó Központ. [Előadás]

Ács A. (2018) Pszichoszociális fogyatékossgal élő emberek foglalkozási rehabilitációjának jellemzői. Pro Bono továbbképzés. Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság. [Előadás]

Ács A, Balogh Z. (2016) A pszichiátriai betegek ellátása a szociális ágazat intézményrendszerében. In: Balogh Z, Papp K, Hirdi H, Tunyi T, Mátésné Horváth M. (szerk.) A Pszichiátriai Ápolók VI. Nemzetközi Konferenciája a Visegrádi 4-ek országainak részvételével: Programfüzet és absztraktgyűjtemény. Budapest, Magyarország: Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara, pp. 27-28.

Várszegi Á, Ács A. (2016) Autista betegek akut pszichiátriai osztályon történő ellátásának tapasztalatai és eredményei az ápolási nehézségek tükrében. XLVII. Egészségügyi Szakdolgozók Országos Kongresszusa, Győr. [Előadás]

Ács A. (2015) Pszichoszociális fogyatékos személyekkel való kommunikáció a mindennapos ápolási gyakorlatban. Emberi Erőforrások Minisztériuma. [Előadás]

Ács A. (2015) Hogyan vélekednek klienseink a velük szembeni stigmatizációról? Egy kutatás előtanulmányának tapasztalatai. Pszichiátriai Szakdolgozók Országos Kongresszusa, Szeged. [Előadás]

Ács A. (2014) Az intézeti rehabilitációtól a nyílt munkaerőpiacig: új utak a mentális zavarral élők komplex rehabilitációjában. XV. Pszichiátriai Szakdolgozók Országos Kongresszusa, Szekszárd. [Előadás]

Ács A. (2013) Egy régi-új módszer Magyarországon: a pszichiátriai betegek közösségben történő ápolása a jó gyakorlatok tapasztalatainak tükrében. XIV. Pszichiátriai Szakdolgozók Országos Kongresszusa, Szolnok. [Előadás]

Ács A. (2011) A közösségi pszichiátriai ellátás bemutatása szakdolgozói szemmel. Magyar Pszichiátriai Társaság Vándorgyűlés, Sopron. [Előadás]

Ács A. (2011) Közösségi ellátások az USA-ban, Új-Zélandon és Ausztráliában. Egy tanulmányút tapasztalatai szakdolgozói szemmel. IX. Közösségi Pszichiátriai és Addiktológiai Konferencia, Budapest. [Előadás]

Ács A. (2010) A közösségi pszichiátriai ellátás bemutatása szakdolgozói szemmel. *Psychiatria Hungarica*, 25: Suppl.3.

Ács A. (2009) Meddig terjed a szakdolgozók döntési hatásköre, avagy „minket ki véd meg”? 10 évvel az Agy Évtizede után „Szárnyalunk vagy kullogunk”? - című Pszichiátriai Tanévnyitó Konferencia, Nagykálló. [Előadás]

Ács A. (2008) Szakdolgozók szerepe a szkizofrén betegek közösségi gondozásában, avagy pszichiátria másként! Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara I. Szakmai Napja, Budapest. / Az előadás elnyerte a "*legjobb előadás díja*" címet a szakmai zsűri és a közönség szavazatai alapján. / [Előadás]

Ács A. (2007) Pszichiátriai szakápolás a XXI. században. MESZK Budapesti Területi Szervezet „Együtt a szakmaiságunkért az ápolás jövője érdekében” című I. Szakmai Nap, Budapest. [Előadás]

Ács A. (2002) Pszichoedukáció: a beteg, a hozzátartozók, a közösség tájékoztatása. II. Közösségi Pszichiátriai Konferencia, Balatonaliga. [Előadás]

Ács A, Harangozó J. (2002) Pszichoedukációs tréningprogram páciensek és hozzátartozók részére. Prelapse Program. Lundbeck Hungária Kft.

Ács A, Harangozó J. (1998) The nurse`s role in psychoeducational training. VI. World Congress of World Association for Psychosocial Rehabilitation, Hamburg. [Poszter Előadás.] (Abstract megjelenése: Németország)

Ács A. (1997) Az Integrált Pszichiátriai Ellátás. Egy tanulmányút tapasztalatai. Magyar Ápolók I. Világtalálkozója, Budapest. [Előadás]

Ács A. (1997) Szkizofréniában szenvedők ápolása a közösségben. Alapellátási Szakdolgozók IV. Országos Kongresszusa, Balatonkenese. [Előadás]

Ács A. (1996) Ápolói szerepek az Integrált Pszichiátriai Ellátás programjában. Egészségügyi Szakdolgozók IX. Országos Kongresszusa, Gyula. [Előadás]

Harangozó J, Cseh Á, Perczel E, Ács A, Lipcsik K. (1996) Can we assess the therapeutic milieu? Expressed Emotion level assessment by FMSS interview of staff members in a day clinic therapeutic community. Workshop a World Association for Psychosocial Rehabilitation (WAPR) V. Világkongresszusán, Rotterdam. Abstract, megjelenés: Hollandia.

Ács A. Lipcsik K. Harangozó J, Unoka Zs. (1995) The Central Role of Nurse and Social Therapist in the Behavior Therapy of a Patient with OCD and Schisotypal Personality Disorder. Előadás az A.R.A.P.D.I.S. I. Nemzetközi Kongresszusán (Integral psychosocial rehabilitation within and with the community) Barcelona. Abstract, megjelenés: Spanyolország.

Ács A. (1995) Az ápolószemélyzet képzettsége, oktatás a pszichiátriában, különös tekintettel a rehabilitációra. VIII. Országos Egészségügyi Szakdolgozói Kongresszus, Pécs. [Előadás]

Ács A. (1992) Az Electro Convulsiv Terápia (ECT) alkalmazása időskorú parkinsonos betegeknél. 2. Magyar Ápolásetikai Konferencia, Budapest. [Előadás]

12 KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Elsőként szeretnék köszönetet mondani témavezetőmnek, **Dr. Balogh Zoltánnak**, aki lehetővé tette a szakdolgozók körében végzett kutatásomat, hasznos tanácsaival segített, mindig bátorított és „megnyitotta” számomra a már bezáródni látszó ajtókat is.

Hálás vagyok **Dr. Pálvölgyi Miklósnak** és **Nagy Évának** a kérdőíves vizsgálathoz nyújtott inspiráló javaslataikért.

Köszönöm **Krámer Lilinek** és **Fellner Zitának**, hogy segítséget nyújtottak a kutatás statisztikai elemzésében.

Köszönet illeti **Molnár Edinát**, **Balogh Ádámot** és **Dr. Molnár Györgyöt** az angol kérdőív fordítási procedúrájában való segítségükért.

Köszönettel tartozom **Sövényi Ferencné Klárikának**, egykori országos főápolónőnek azért a lelkesedésért, amivel az ápolástudományi archívumból segített kikutatni számomra a témámban releváns dokumentumokat.

Szeretnék köszönetet mondani **Áncsán Gizellának** és **Soóki Editnek** a publikációkkal, az MTMT adatbázissal és a könyvtári adatlappal kapcsolatos, jelentős segítségükért.

Hálás vagyok a szakdolgozóknak, akik kitöltötték a kutatási kérdőívemet, továbbá azoknak a kollégáknak, ismerősöknek, barátoknak, akik megosztással, a munkatársaik kitöltésre buzdításával segítettek a vizsgálatot teljesebbé tenni.

Köszönöm **Dr. Harangozó Juditnak** a több évtizedes együttműködést és a tőle kapott szemléletet, ami meghatározó volt a pályám során.

Hálás vagyok azoknak az embereknek, akik méltósággal viselik a mentális betegségüket, és akiktől a pszichiátriai ápolói munkámat végezve, nagyon sokat tanultam.

Köszönettel tartozom a családom tagjainak, akik támogattak, elviseltek, pótolnak, amikor a közös életünkből „elvesztem” és megértést tanúsítottak a legnehezebb időszakaimban. Férjemnek, **Pálfi Sándornak** külön köszönet az értekezés formájának kialakításában nyújtott „mérnöki” segítségért.

Végezetül köszönöm **Édesanyámnak**, hogy egykor elindított az egészségügyi pályán. Örökké el nem múló hálával gondolok arra, hogy 16 éves korom óta fentről, abból a „másik világból” figyelni utamat, és azt, hogy jó ápoló lett-e belőlem.

13 MELLÉKLETEK

1. Táblázatok jegyzéke
2. Ábrák jegyzéke
3. ETT-TUKEB szakmai-etikai engedély
4. A pszichiátriai ellátás folyamata az ellátórendszerben
5. Az önstigma teoretikus modellje
6. Attitudes to Several Mental Illness (ASMI) Scale
7. Mentális Betegségek Attitúd Skála
8. A vizsgálathoz használt teljes mérőeszköz
9. Az ASMI skála kérdéseire adott válaszok megoszlása, a χ^2 -alapú függetlenségvizsgálat eredményei
10. Az antistigma alindexek komponensei
11. Negatív stigma-pontszámmal értékelt kifejezések egy 2015-ös vizsgálatban
12. A kérdőívet kitöltők saját véleménye a kutatási témához kapcsolódóan

1. melléklet:

Táblázatok jegyzéke

1. táblázat: Kamarai taglétszámok releváns ápolási területenként, fő
2. táblázat: A kérdőív kitöltőinek száma és aránya az alapsokasághoz képest, fő, százalék
3. táblázat: A válaszadók munkahelyének megyei megoszlása, fő (n=495)
4. táblázat: Különböző kórképek azonosítása (soronként egy válasz lehetséges, százalék, n=495)
5. táblázat: Az antistigma-alindexek komponensei (8. melléklet)
6. táblázat: Az antistigma-index és az alindexek leíró statisztikái
7. táblázat: Az antistigma index átlagértékei a szociodemográfiai változók szerint
8. táblázat: A sztereotipizálás alindex átlagértékei a szociodemográfiai változók szerint
9. táblázat: Az optimizmus alindex átlagértékei a szociodemográfiai változók szerint
10. táblázat: A megküzdés alindex átlagértékei a szociodemográfiai változók szerint
11. táblázat: Az empátia alindex átlagértékei a szociodemográfiai változók szerint

2. melléklet:

Ábrák jegyzéke

1. ábra: A kérdőívet kitöltők nemi megoszlásának aránya ellátási területenként, százalék (n=495)
2. ábra: A válaszadók iskolai végzettségének (öt kategória) megoszlása szakterületenként, százalék (n=495)
3. ábra: A válaszadók iskolai végzettségének (három kategória) megoszlása szakterületenként, százalék (n=495)
4. ábra: A válaszadók munkahelyének megoszlása Budapest-vidék viszonylatban szakterületenként, százalék (n=495)
5. ábra: A válaszadók egészségügyi dolgozóként eltöltött éveinek számai, fő (n=495)
6. ábra: A pszichiátriai beteggel történt találkozás (több válasz lehetséges, százalék, n=495)
7. ábra: A válaszadók véleménye a 4. táblázatban felsorolt kórképek súlyossági prioritásáról (említések gyakorisága százalék, n=495)
8. ábra: A korábbi tanulmányok során elsajátított ismeretek és a megszerzett készségek szubjektív megítélése, százalék, n=492; p=0,000
9. ábra: A mentális betegségekkel kapcsolatos ismeretek és az empátia összefüggéseinek szubjektív megítélése százalék, n=491; p=0,060
10. ábra: A drog és alkoholbetegek, valamint a szkizofréniával diagnosztizált emberek saját felelősségének megítélése százalék, n=490; p=0,005
11. ábra: A pszichiátriai betegek és a testi betegségben szenvedők külön kórházban történő gyógyításának megítélése, százalék, n=494; p=0,000
12. ábra: A nagy létszámú pszichiátriai szociális otthonok férőhelyeinek kiváltásával és a lakók közösségbe költöztetésével kapcsolatos egyetértés, százalék, n=495; p=0,006
13. ábra: Az ápolási munka során előforduló betegségek tüneteinek nehézségi prioritása (említések gyakorisága százalék, n=495)
14. ábra: Diagnózisok megítélése az ápolási nehézség prioritása alapján (említések gyakorisága százalék, n=495)
15. ábra: (ASMI 1.) Ha valaki átélt egy súlyos mentális betegséget, élete végéig szenvedni fog tőle. N=492; p=0,001
16. ábra: (ASMI 3.) Minden erőfeszítés ellenére a súlyos mentális betegségben szenvedő emberek sosem lesznek olyanok, mint a többi ember. N=494; p=0,194
17. ábra: (ASMI 4.) A súlyos mentális betegségben szenvedő embereknek életük végéig gyógyszerrel kell szedniük. N=495; p=0,026

18. ábra: (ASMI 6.) A súlyos mentális betegségben szenvedő emberek nem olyanok, mint más emberek. $N=494$; $p=0,000$
19. ábra: (ASMI 14.) A súlyos mentális betegségben szenvedő emberek nem különböznek más emberektől. $N=495$; $p=0,003$
20. ábra: (ASMI 17.) A súlyos mentális betegségből manapság már fel tudnak épülni az emberek. $N=495$; $p=0,007$
21. ábra: (ASMI 21.) Jobb a problémákat eltitkolni, hogy elkerüljük az élet nehézségeit. $N=494$; $p=0,270$
22. ábra: (ASMI 23.) Jobb, ha egy súlyos mentális betegségben szenvedő ember elkerüli a többi embert. $N=493$; $p=0,001$
23. ábra: (ASMI 30.) A többi embernek nehéz megérteni a súlyos mentális betegségben szenvedőket. $N=493$; $p=0,290$
24. ábra: A mentális betegségben szenvedő emberekre vonatkozó kifejezések gyakorisága ($n=495$)
25. ábra: Az alindexek gyakorisági eloszlása
26. ábra: Az antistigma-index gyakorisági eloszlása az összes válaszadó figyelembevételével
27. ábra: Az antistigma-index átlagértékei a szakmai tapasztalat függvényében

3. melléklet:

1

Egészségügyi Tudományos Tanács
Tudományos és Kutatás-Értékelési Bizottság (ETT TUKEB)
Levelezési cím: H-1051 Budapest, Széchenyi István tér 7-8.
Székhely: Budapest 1054 Alkotmány u. 25.

Ügyiratszám: 47854-2/2018/EKU
Ügyintéző neve: Dr. Kardón Tamás titkár
Elérhetősége: tukeb@emmi.gov.hu
Telefon: 795-1197

Tárgy: Engedélyező határozat

Kutatóhely neve: Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar Ápolástan Tanszék
Kutatóhely címe:
Budapest
Vas u. 17.
1088

Kutatásvezető: Dr. Balogh Zoltán és Dr. Mészáros Judit részére

HATÁROZAT

A(z) Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar Ápolástan Tanszék, mint megbízó (1088 Budapest Vas u. 17.) képviselőjében Dr. Balogh Zoltán és Dr. Mészáros Judit (1088 Budapest Vas u. 17.) (továbbiakban: Kérelmező) "Egészségügyi szakdolgozók pszichiátriai betegségekre vonatkozó ismereteinek és a mentális zavarban szenvedőkkel kapcsolatos attitűdjének vizsgálata" című, beavatkozással nem járó vizsgálat engedélyezése iránt kérelmet nyújtott be az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatás-Értékelési Bizottságához (az ETT TUKEB-hez).

Az ETT TUKEB, mint első fokú hatóság, a vizsgálat engedélyezése iránti kérelmet megvizsgálta és a következő, testületi véleményen alapuló döntést hozta:

Az ETT TUKEB a benyújtott kérelem szerinti, beavatkozással nem járó vizsgálatra

a szakmai-etikai engedélyt megadja.

Az eljárás során eljárási költség nem merült fel tekintettel arra, hogy a kérelmezett vizsgálat nem kereskedelmi vizsgálat.

A Bizottság döntése ellen a közzétét követő 15 napon belül van helye fellebbezésnek az ETT Elnökségéhez. A fellebbezést az ETT TUKEB-hez kell benyújtani.

A fellebbezési eljárás illeték- és díjmentes.

INDOKOLÁS

A Kérelmező "Egészségügyi szakdolgozók pszichiátriai betegségekre vonatkozó ismereteinek és a mentális zavarban szenvedőkkel kapcsolatos attitűdjének vizsgálata" című, beavatkozással nem járó vizsgálat engedélyezése iránt kérelmet nyújtott be ETT TUKEB-hez, ami 2018. szeptember 13-án érkezett meg a Bizottsághoz.

Az eljárás megindult, és a Bizottság az általános közigazgatási rendtartásról szóló 2016. évi CL. törvény (továbbiakban: Ákr.) 43.§ (1) - (3) bekezdéseinek megfelelően függő hatályú végzést bocsátott ki.

Ügyiratszám: 47854-2/2018/EKU

A Bizottság megvizsgálta és megtárgyalta a kérelmet és a csatolt dokumentumokat.

A tervezett, beavatkozással nem járó vizsgálat azonosító adatai:

A vizsgálat címe:

"Egészségügyi szakdolgozók pszichiátriai betegségekre vonatkozó ismereteinek és a mentális zavarban szenvedőkkel kapcsolatos attitűdjének vizsgálata"

Kutatásvezető, aki az egész vizsgálatot vezeti: Dr. Balogh Zoltán és Dr. Mészáros Judit

Megbízó neve és címe:

Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar Ápolástan Tanszék
1088 Budapest, Vas u. 17.

A vizsgálat tervezett időtartama: 2018.11.05 - 2019.03.01

A vizsgálatban résztvevő vizsgálóhelyek felsorolása, valamint az adott vizsgálóhelyen a vizsgálat vezetője:

Az ETT TUKEB a kutatási engedély iránti kérelemről *az emberen végzett orvostudományi kutatások, az emberi felhasználásra kerülő vizsgálati készítmények klinikai vizsgálata, valamint az emberen történő alkalmazásra szolgáló, klinikai vizsgálatra szánt orvostechnikai eszközök klinikai vizsgálata engedélyezési eljárásának szabályairól* szóló 235/2009. (X. 20.) Korm. rendelet (a továbbiakban: 235/2009. Korm. rendelet) 18. § (2) bekezdése alapján a következőket állapította meg:

a) A beadott kérelem tárgyául szolgáló vizsgálat valóban beavatkozással nem járó vizsgálat-e?

Igen

b1) A tervezett vizsgálat érdemi, szakmai tudományos kérdésfelvetéseket tartalmaz-e?

Igen

b2) A tervezett vizsgálat módszerei alkalmasak-e az érdemi, szakmai tudományos kérdésfelvetések megválaszolására?

Igen

c1) A betegájékoztató és a beleegyező nyilatkozat tervezett szövege megfelel-e az emberen végzett orvostudományi kutatásokról szóló miniszteri rendeletben foglaltaknak?

Igen

c2) A toborzás tervezett szövege megfelel-e az emberen végzett orvostudományi kutatásokról szóló miniszteri rendeletben foglaltaknak?

Igen

Mindezek alapján a Bizottság a rendelkező résznek megfelelően határozott, és engedélyezte a kutatási engedély iránti kérelemben megjelölt beavatkozással nem járó vizsgálatot.

Felhívjuk figyelmét arra a jogszabályi kötelezettségére, mely szerint a beavatkozással nem járó vizsgálat befejezését követő kilencven napon belül értesítenie kell az ETT TUKEB-et a vizsgálat befejezéséről, a bevont betegek számáról, illetve köréről, továbbá a vizsgálat befejezését követő száznolcvan napon belül értesítenie kell az ETT TUKEB-et a vizsgálat célkitűzésére adott válaszával. (Ezt az előírást az *emberen végzett orvostudományi kutatásokról* szóló 23/2002. (V. 9.) EüM rendelet (továbbiakban: 23/2002. (V. 9.) EüM rendelet) 20/O. § tartalmazza.)

Ügyiratszám: 47854-2/2018/EKU

Kérjük, amennyiben a beavatkozással nem járó vizsgálat nem kezdődik el, vagy idő előtt lezárásra kerül, akkor erről - az indokok felsorolásával - e-mailen és levélben is tájékoztassa az ETT TUKEB-et. (Ezt a 23/2002. (V. 9.) EüM rendelet 21. § (3) bekezdése írja elő.)

Az ETT TUKEB eljárása és határozata elsősorban az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (továbbiakban: Eütv.) 164/A. § (1) és (2).bekezdésein, a 235/2009. (X. 20.) Korm. rendelet 17/A. § (1) - (4), a 18. § (1) és (2) bekezdésein, valamint az általános közgazgatási rendtartásról szóló 2016. évi CL. törvény (továbbiakban: Ákr.) 80. § (1) bekezdésén és az Ákr. 81. § (1) és (4) bekezdésein alapul.

A kutatás engedélyezési eljárásokban az Eütv. 164/B. § kimondja "Az orvostudományi kutatás, valamint a 164/A. § szerinti beavatkozással nem járó vizsgálat engedélyezési eljárásáért - az egészségügyért felelős miniszternek az adópolitikáért felelős miniszterrel egyetértésben kiadott rendeletében meghatározott - igazgatási szolgáltatási díjat kell fizetni."

A Kérelmező által kért vizsgálat azonban nem kereskedelmi vizsgálat a 23/2002. EüM. rend. 20/B. § f) pontja alapján, ezért eljárási költség, és így igazgatási szolgáltatási díj fizetési kötelezettsége sem keletkezett a 23/2002. EüM. rend. 15. §-a és 20/R. § (1) bekezdése szerint.

A Bizottság hatásköre és illetékessége az Eütv. 164/A. § (2) bekezdésén, valamint 235/2009. Korm. rend. 16. § a) pontján, a 17. § (1) bek. a) pontja ab) alpontján alapul.

A fellebbezés lehetőségét az Ákr. 116. § (1) bekezdésének megfelelően az Eütv. 164/A. § (2) bekezdése mondja ki, mely szerint "A (3) és (5) bekezdésben nem említett beavatkozással nem járó vizsgálat esetében a szakmai-etikai engedélyről az emberen végzett orvostudományi kutatásokról szóló kormányrendelet szerinti kutatás-etikai bizottság a kérelem megérkezését követő naptól számított negyvenöt napon belül dönt. A döntés ellen fellebbezésnek van helye, a másodfokú eljárást az ETT elnöksége folytatja le."

A fellebbezési eljárás illetékmentességét az illetékekről szóló 1990. évi XCIII. Törvény 67. § (3)-(5) bekezdései alapján a 23/2002. EüM. rend. 15. §-a és 20/R. § (1) bekezdése mondja ki, tekintettel arra, hogy a kérelmezett vizsgálat nem kereskedelmi vizsgálat a 23/2002. EüM. rend. 20/B. § f) pontja alapján.

A fellebbezés előterjesztésére az Ákr. 118. § (3) bekezdése vonatkozik.

Budapest, 2018. szeptember 26.

P.H.
.....
Dr. Schaff Zsuzsa
akadémikus, egyetemi tanár,
az ETT TUKEB elnöke

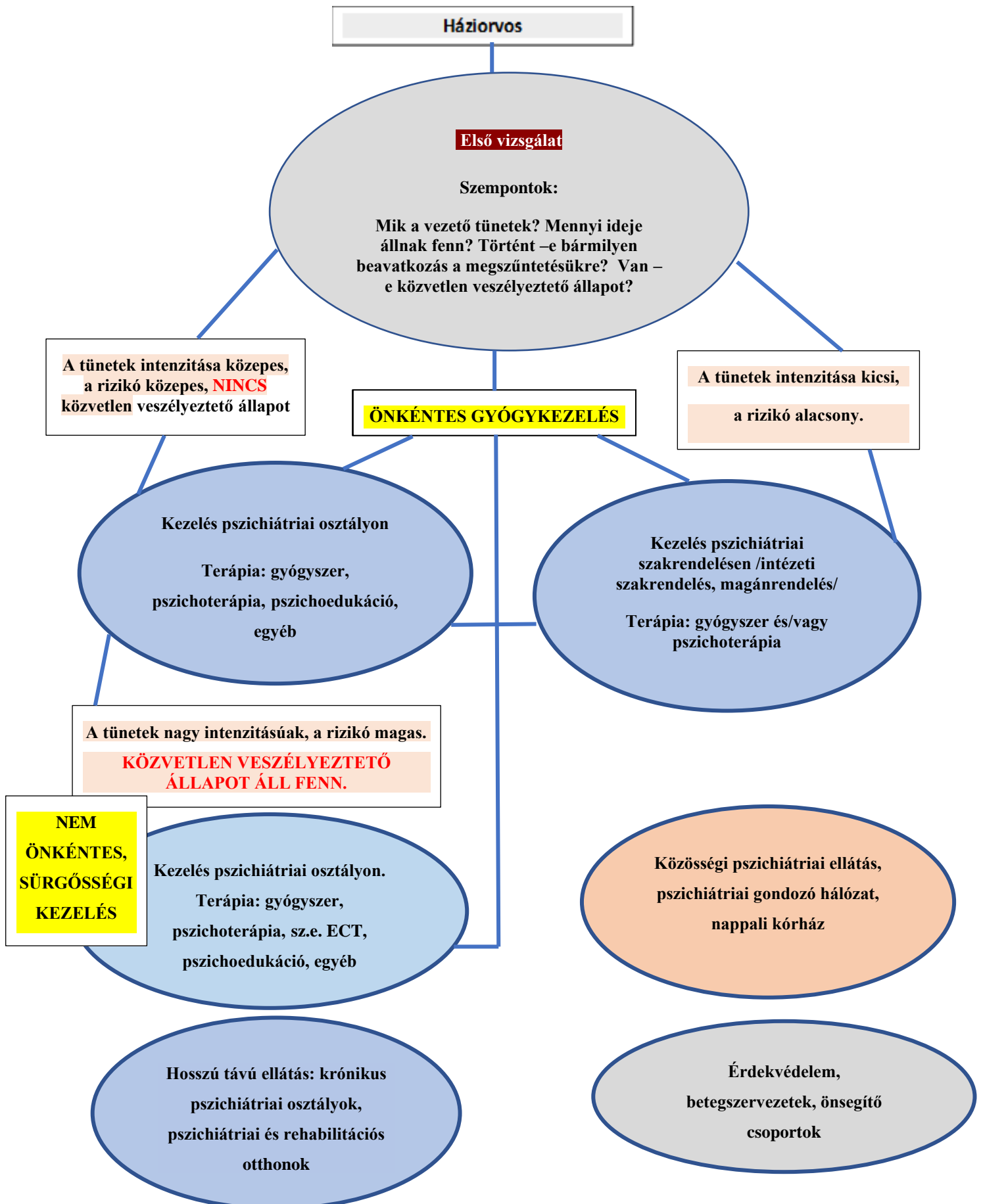
Kapják:

- 1./ Tanszékvezető
- 2./ Kutatásvezetők
- 3./ Irattár

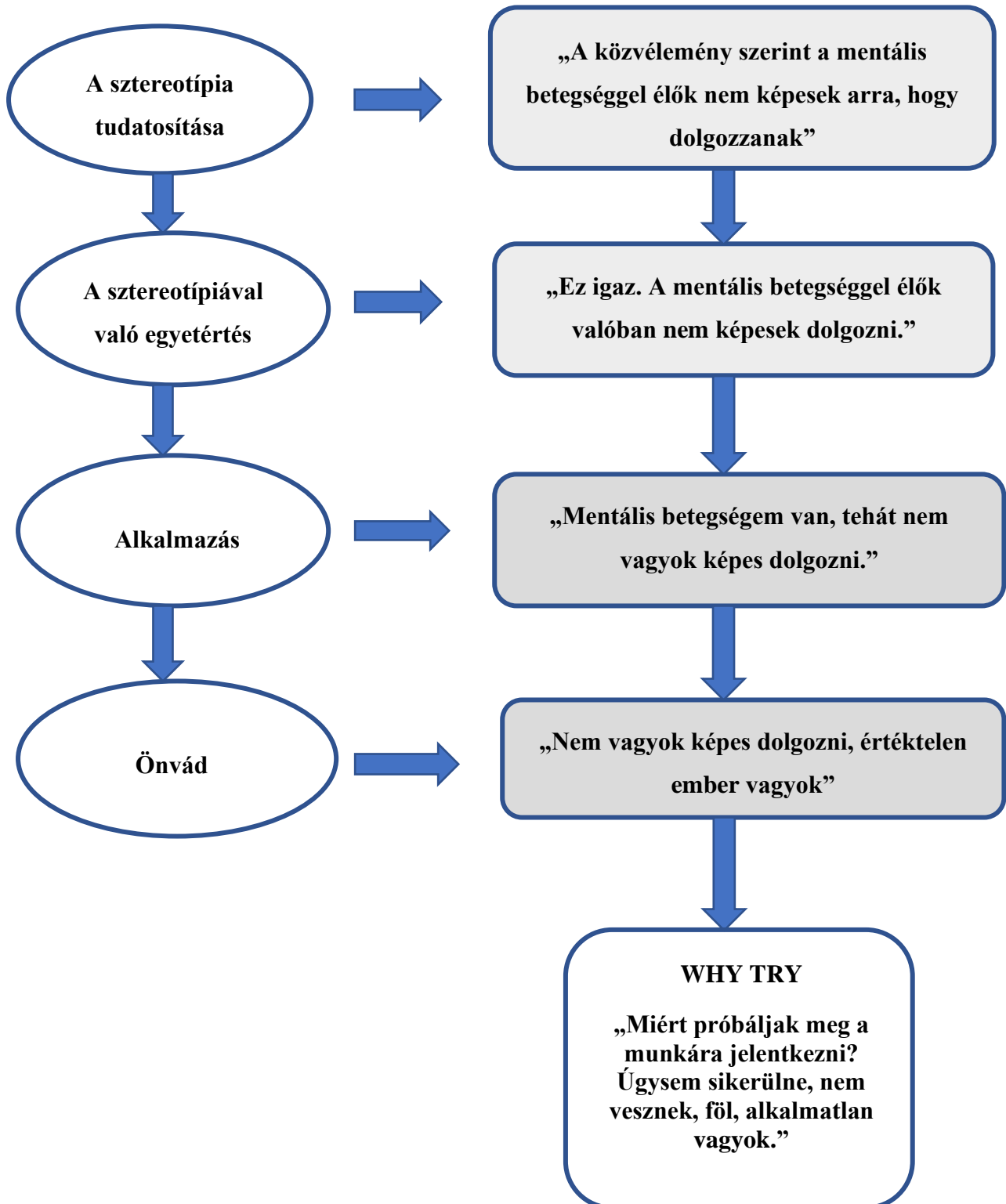
Ügyiratszám: 47854-1/2018/EKU

4. melléklet:

A pszichiátriai ellátás folyamata az ellátórendszerben [19, 181]



5. melléklet: Az önstigma teoretikus modellje



6. melléklet:

**ATTITUDES TO SEVERE MENTAL ILLNESS (ASMI)
SCALE** (Madianos et al. 2012) [154]

1. If someone has experienced severe mental illness, he/she will suffer for the rest of his/her life
2. People with severe mental illness are failures
3. In spite of any efforts they are making, people with severe mental illness will never be like other people
4. People with severe mental illness have to take medication for the rest of their lives
5. Severe mental illness makes someone look ill
6. People with severe mental illness are not like any other people
7. Severe mental illness is easily recognizable
8. People with severe mental illness are not able to acquire new skills
9. People with severe mental illness are dangerous
10. Severe mental illness is caused by bad luck
11. Psychiatric medication causes addiction
12. A person with severe mental illness is able to work
13. A person with severe mental illness can be trained in an occupation
14. People with severe mental illness don't differ from other people
15. People with severe mental illness can cope with life difficulties
16. To be taking psychiatric medication does not make an individual different from others
17. People with severe mental illness can recover nowadays
18. People with severe mental illness must not to give up
19. A person with severe mental illness must seek help from a specialist
20. It is better to be friends with people with the same problem when you are suffering from severe mental illness
21. It is better to hide the problem to avoid life difficulties
22. The friends should not abandon a person when he/she is suffering from severe mental illness
23. It is better for a person with severe mental illness to avoid other people
24. It is not right to hide the problem from family and friends when you are suffering from severe mental illness
25. People suffering from severe mental illness feel that they cause burden on their families
26. People with severe mental illness usually feel inferior
27. People with severe mental illness are usually treated differently by others
28. Other people blame individuals with severe mental illness for the suffering of the family
29. A person suffering from severe mental illness usually feels responsible for his/her problem
30. It is difficult for other people to understand a person suffering from severe mental illness

7. melléklet:

MENTÁLIS BETEGSÉGEK ATTITÚD SKÁLA (ASMI scale magyar verzió)

1.	Ha valaki súlyos mentális betegségben szenvedett valaha, élete végéig szenvedni fog tőle.
2.	A súlyos mentális betegségben szenvedő emberek mind csődtömegek.
3.	Minden erőfeszítés ellenére, a súlyos mentális betegségben szenvedő emberek sosem lesznek olyanok, mint a többi ember.
4.	A súlyos mentális betegségben szenvedő embereknek életük végéig gyógyszerrel kell szedniük.
5.	Meglátszik egy emberen, ha súlyos mentális betegsége van.
6.	A súlyos mentális betegségben szenvedő emberek nem olyanok, mint más emberek.
7.	A súlyos mentális betegségek könnyen felismerhetők.
8.	A súlyos mentális betegségben szenvedő emberek képtelenek új készségek elsajátítására.
9.	A súlyos mentális betegségben szenvedő emberek veszélyesek.
10.	A súlyos mentális betegség balszerencse.
11.	A pszichiátriai gyógyszerek függőséget okoznak.
12.	Egy súlyos mentális betegségben szenvedő személy képes dolgozni.
13.	Egy súlyos mentális betegségben szenvedő személyt ki lehet képezni egy munkára.
14.	A súlyos mentális betegségben szenvedő emberek nem különböznek más emberektől.
15.	A súlyos mentális betegségben szenvedő emberek képesek megküzdeni az életben felmerülő nehézségekkel.
16.	Attól, hogy valaki pszichiátriai gyógyszert szed, még nem lesz más, mint a többi ember.
17.	A súlyos mentális betegségben szenvedő emberek manapság már fel tudnak épülni.
18.	A súlyos mentális betegségben szenvedő embereknek nem szabad feladniuk.
19.	A súlyos mentális betegségben szenvedő embereknek specialista segítségét kell kérniük.
20.	Ha valaki súlyos mentális betegségben szenved, jobb, ha olyan emberekkel barátkozik, akiknek ugyanilyen problémájuk van.
21.	Jobb a problémákat eltitkolni, hogy elkerüljük a nehézségeket.
22.	A súlyos mentális betegségben szenvedő embereket a barátaiknak nem kellene magukra hagyniuk.
23.	Jobb, ha egy súlyos mentális betegségben szenvedő ember elkerüli a többi embert.
24.	Ha valaki súlyos mentális betegségben szenved, azt nem szabad eltitkolnia a családjá és a barátai előtt.
25.	A súlyos mentális betegségben szenvedő emberek úgy érzik, terhet jelentenek a családjuk számára.
26.	A súlyos mentális betegségben szenvedő emberek általában alsóbbrendűnek érzik magukat.
27.	A súlyos mentális betegségben szenvedő emberekkel általában másképpen bánnak a többiek.
28.	A súlyos mentális betegségben szenvedő embereket hibáztatják a család szenvedéséért.
29.	A súlyos mentális betegségben szenvedő emberek általában felelősnek érzik magukat a problémáikért.
30.	A súlyos mentális betegségben szenvedő embereket nehezen érti meg a többi ember.

8. melléklet: A vizsgálathoz használt teljes mérőeszköz

**Felmérés az egészségügyi szakdolgozók pszichiátriai
betegségekkel kapcsolatos véleményéről**

Tisztelt Kérdőív Kitöltő!

Napjainkban a pszichiátriai betegségek gyakorisága világszerte emelkedik. A betegek elfogadottsága társadalmanként eltérő. Szokatlan reakcióik, érzelmi és viselkedésbeli megnyilvánulásai az emberek és a közösség számára furcsák, megmagyarázhatatlanok, esetenként félelmet keltők lehetnek. Kutatások bizonyítják, hogy az ilyen típusú betegségben szenvedő emberek ápolása, gyógyítása az egészségügyi szakemberek egy részének is nehézséget jelent. A Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar Ápolástan Tanszék által irányított vizsgálatunk során szeretnénk felmérni az egészségügyi szakdolgozók véleményét a pszichiátriai betegekről, és a velük való szakmai együttműködésről. A modern pszichiátria a "mentális betegség"/ "mentális zavar" kifejezést részesíti előnyben, a kutatási kérdőívben túlnyomórészt mi is ezt alkalmazzuk. Célkitűzésünk, hogy a vizsgálat alapján olyan új stratégiákat építsünk be a szakdolgozói képzésekbe, melynek segítségével a szakemberek nagyobb érzékenységgel rendelkezhetnek a mentális betegségben szenvedőkkel való bánásmód, valamint az elfogadóbb segítői attitűd elsajátítása során. Ehhez kérjük az Ön támogató segítségét is az alábbi kérdőív kitöltésével. A kérdőív kitöltése anonim módon zajlik, és néhány percet vesz igénybe.

Köszönjük, hogy őszinte válaszaival segíti a kutatás céljainak megvalósulását!

Ács Andrea PhD hallgató, 8. sz. Doktori Iskola 6. sz. Egészségtudományok Program

***Kötelező**

Demográfiai adatok, általános kérdések

Neme *

- férfi
- nő
- Egyéb:

Legmagasabb szakmai végzettsége *

- egészségügyi szakiskola (érettségi nélkül)
- egészségügyi szakközépiskola (érettségivel)
- OKJ szakképesítés (bármilyen)
- főiskola/BSc
- egyetem/MSc
- Egyéb:

Hol dolgozik? *



Kiválasztás

1. Budapest
2. Pest megye
3. Nógrád megye
4. Szabolcs-Szatmár-Bereg megye
5. Borsod-Abaúj-Zemplén megye
6. Csongrád megye
7. Jász-Nagykun-Szolnok megye
8. Heves megye
9. Győr-Moson-Sopron megye
10. Fejér megye
11. Baranya megye
12. Vas megye
13. Zala megye
14. Somogy megye
15. Bács-Kiskun megye
16. Komárom-Esztergom megye
17. Hajdú-Bihar megye
18. Veszprém megye
19. Tolna megye
20. Békés megye

Milyen szakterületen dolgozik? *

- belgyógyászat
- általános sebészet
- traumatológia
- sürgősségi
- mentés
- pszichiátria
- neurológia
- fül-orr-gégészet
- szemészet
- szülészet-nőgyógyászat
- gyermekgyógyászat
- Egyéb:

Mennyi ideje dolgozik az egészségügyben? *



Kiválasztás

- 1 év alatt
- 1-5 év
- 6-10 év
- 11-15 év

- 16-20 év
- 21-25 év
- 26-30 év
- 31-35 év
- 35 év felett

Találkozott már életében pszichiátriai beteggel? (több válasz is lehetséges)

- igen, a családomban
- igen, a szomszédságban
- igen, a baráti körömben
- igen, a munkám során
- nem találok még pszichiátriai beteggel
- Egyéb:

Mentális betegségekkel kapcsolatos kérdések

Kérem, a felsorolt fogalmakat jelölje meg abban az oszlopban, ahová az Ön véleménye szerint tartozik!

	rossz szokás	viselkedés zavar	mentális betegség	ideggyógyászati betegség
1. demencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. nikotinfüggőség	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. delírium tremens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. depresszió	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. szklerózis multiplex	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. heroinfüggőség	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. szadizmus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. anorexia/bulímia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. internetfüggőség	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. epilepszia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. szkizofrénia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. alkoholizmus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. pedofília	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. hisztéria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. kényszeres vásárlás	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. narkolepszia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. mentális retardáció	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. fóbia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. autizmus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Parkinson-kór	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. paranoia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Az előző kérdésben felsorolt fogalmak közül melyiket tartja Ön a 3
legsúlyosabb kórképnek? (Kérem, írja le, a legsúlyosabbal kezdve a
felsorolást!)**

Saját válasz:

Mentális Betegségek Attitűd Skála

Kérjük, az alábbi állításokat véleményezze a következő 5 fokozatú skála szerint:

- 1 - egyáltalán nem értek egyet
- 2 - inkább nem értek egyet
- 3 - közömbös számomra
- 4 - inkább egyetértek
- 5 - teljes mértékben egyetértek

1. Ha valaki átélt egy súlyos mentális betegséget, élete végéig szenvedni fog tőle.

egyáltalán nem értek egyet ○ ○ ○ ○ ○ teljes mértékben egyetértek

2. A súlyos mentális betegségben szenvedő emberek mind csódtömegek.

egyáltalán nem értek egyet ○ ○ ○ ○ ○ teljes mértékben egyetértek

**3. Minden erőfeszítés ellenére, a súlyos mentális betegségben szenvedő emberek
sosem lesznek olyanok, mint a többi ember.**

egyáltalán nem értek egyet ○ ○ ○ ○ ○ teljes mértékben egyetértek

**4. A súlyos mentális betegségben szenvedő embereknek életük végéig gyógyszert
kell szedniük.**

egyáltalán nem értek egyet ○ ○ ○ ○ ○ teljes mértékben egyetértek

5. Meglátszik egy emberen, ha súlyos mentális betegsége van.

egyáltalán nem értek egyet ○ ○ ○ ○ ○ teljes mértékben egyetértek

**6. A súlyos mentális betegségben szenvedő emberek nem olyanok, mint más
emberek.**

egyáltalán nem értek egyet ○ ○ ○ ○ ○ teljes mértékben egyetértek

7. A súlyos mentális betegségek könnyen felismerhetők.

egyáltalán nem értek egyet ○ ○ ○ ○ ○ teljes mértékben egyetértek

**8. A súlyos mentális betegségben szenvedő emberek képtelenek új készségek
elsajátítására.**

egyáltalán nem értek egyet ○ ○ ○ ○ ○ teljes mértékben egyetértek

9. A súlyos mentális betegségben szenvedő emberek veszélyesek.

egyáltalán nem értek egyet teljes mértékben egyetértek

10. A súlyos mentális betegség balszerencse.

egyáltalán nem értek egyet teljes mértékben egyetértek

11. A pszichiátriai gyógyszerek függőséget okoznak.

egyáltalán nem értek egyet teljes mértékben egyetértek

12. Egy súlyos mentális betegségben szenvedő személy képes dolgozni.

egyáltalán nem értek egyet teljes mértékben egyetértek

13. Egy súlyos mentális betegségben szenvedő személyt ki lehet képezni egy munkára.

egyáltalán nem értek egyet teljes mértékben egyetértek

14. A súlyos mentális betegségben szenvedő emberek nem különböznek más emberektől.

egyáltalán nem értek egyet teljes mértékben egyetértek

15. A súlyos mentális betegségben szenvedő emberek képesek megküzdeni az életben felmerülő nehézségekkel.

egyáltalán nem értek egyet teljes mértékben egyetértek

16. Attól, hogy valaki pszichiátriai gyógyszert szed, még nem lesz más, mint a többi ember.

egyáltalán nem értek egyet teljes mértékben egyetértek

17. A súlyos mentális betegségben szenvedő emberek manapság már fel tudnak épülni.

egyáltalán nem értek egyet teljes mértékben egyetértek

18. A súlyos mentális betegségben szenvedő embereknek nem szabad feladniuk.

egyáltalán nem értek egyet teljes mértékben egyetértek

19. A súlyos mentális betegségben szenvedő embereknek specialista segítségét kell kérniük.

egyáltalán nem értek egyet teljes mértékben egyetértek

20. Ha valaki súlyos mentális betegségben szenved, jobb, ha olyan emberekkel barátkozik, akiknek ugyanilyen problémájuk van.

egyáltalán nem értek egyet teljes mértékben egyetértek

21. Jobb a problémákat eltitkolni, hogy elkerüljük a nehézségeket.

egyáltalán nem értek egyet teljes mértékben egyetértek

22. A súlyos mentális betegségben szenvedő embereket a barátaiknak nem kellene magukra hagyniuk.

egyáltalán nem értek egyet teljes mértékben egyetértek

23. Jobb, ha egy súlyos mentális betegségben szenvedő ember elkerüli a többi embert.

egyáltalán nem értek egyet teljes mértékben egyetértek

24. Ha valaki súlyos mentális betegségben szenved, azt nem szabad eltitkolnia a családjá és a barátai előtt.

egyáltalán nem értek egyet teljes mértékben egyetértek

25. A súlyos mentális betegségben szenvedő emberek úgy érzik, terhet jelentenek a családjuk számára.

egyáltalán nem értek egyet teljes mértékben egyetértek

26. A súlyos mentális betegségben szenvedő emberek általában alsóbbrendűnek érzik magukat.

egyáltalán nem értek egyet teljes mértékben egyetértek

27. A súlyos mentális betegségben szenvedő emberekkel általában másképpen bánnak a többiek.

egyáltalán nem értek egyet teljes mértékben egyetértek

28. A súlyos mentális betegségben szenvedő embereket hibáztatják a család szenvedéséért.

egyáltalán nem értek egyet teljes mértékben egyetértek

29. A súlyos mentális betegségben szenvedő emberek általában felelősnek érzik magukat a problémáikért.

egyáltalán nem értek egyet teljes mértékben egyetértek

30. A súlyos mentális betegségben szenvedő embereket nehezen érti meg a többi ember.

egyáltalán nem értek egyet teljes mértékben egyetértek

Saját szakmai tapasztalaton alapuló vélemények

Úgy érzem, a korábbi tanulmányaim során nem sajátítottam el megfelelő elméleti és gyakorlati ismereteket a pszichiátriai betegekkel való bánásmód és kommunikáció terén.

egyáltalán nem értek egyet teljes mértékben egyetértek

Ha jobban érteném a pszichiátriai betegségeket, nagyobb együttérzéssel ápolnám az ilyen problémával küzdő embereket.

egyáltalán nem értek egyet teljes mértékben egyetértek

Kérem, a felsoroltak közül válassza ki azt a 3 tünetet, amelynek kezelése a legnagyobb nehézséget okozza Önnek, ha ápolási munkája során előfordul!

- személyi higiénia elhanyagolása
- a beteg erős félelme/szorongás
- epilepsziás görcsroham
- verbális agresszió/kiabálás
- hangok hallása/hallucinációk
- zavartság
- sírási rohamok
- elutasító magatartás/együttműködés hiánya
- téveszmék hangoztatása
- fizikai agresszió
- inkontinencia

„A drog és alkoholbetegeket felelősség terheli a saját betegségükért, míg a szkizofréniával diagnosztizált embereket nem.” Kérem, jelölje be azt az állítást, amellyel egyetért a felsoroltak közül!

- mindannyian felelősek a betegségük kialakulásáért
- nem felelős a betegségéért egyik célcsoport sem
- egyetértek az állítással: a drog és alkoholbetegek felelősek, a szkizofréniával diagnosztizáltak nem
- a szkizofréniával diagnosztizált emberek felelősek a betegségükért, de a drog/alkoholbetegek nem

Kérem, a felsoroltak közül válassza ki azt a 3 diagnózist, amely a legnagyobb nehézséget jelenti Önnek, ha ápolnia kell egy abban szenvedő embert!

- bipoláris hangulatzavar
- szkizofrénia
- alkoholizmus/részegség
- pánik szindróma
- drogfüggőség
- depresszió
- kényszerbetegség
- antiszociális személyiségzavar
- anorexia/bulímia nervosa
- demencia/Alzheimer betegség
- borderline személyiségzavar

A pszichiátriai betegeket nem kellene ugyanabban a kórházban gyógyítani, mint a testi betegségben szenvedőket.

egyáltalán nem értek egyet teljes mértékben egyetértek

Magyarország is megkezdte a nagy létszámú, többnyire kastélyokban kialakított szociális otthonok férőhelyeinek kiváltását. Helyesnek tartom, hogy a pszichiátriai betegeket a közösségbe, kisebb, önálló házakba költöztessék ki.

egyáltalán nem értek egyet teljes mértékben egyetértek

Kérem, írja le azt a 3 jelzót, ami elsőre eszébe jut a pszichiátriai betegekről!

.....

Ha van észrevétele, bármilyen hozzáfűznivalója a témához, kérem, írja ide!

.....
.....
.....

Amennyiben a véleményét hajlandó lenne egy személyes interjú során bővebben is kifejteni, kérem, adja meg az e-mail elérhetőségét! (a cím kizárólag a jelen kutatásban kerül felhasználásra, a válaszaitól elkülönítve kezeljük, nem tesszük nyilvánossá, másokkal nem osztjuk meg.)

.....

Válaszait köszönjük!

9. melléklet: Az ASMI skála kérdéseire adott válaszok megoszlása, a χ^2 -alapú függetlenségvizsgálat eredményei

ASMI kérdés	Válasz	Pszichiátria	Mentés, sürgősségi	Egyéb	Összesen	Elemzszám, függetlenségvizsgálat p-értéke
1. Ha valaki átélt egy súlyos mentális betegséget, élete végéig szenvedni fog tőle.	Egyáltalán nem ért egyet	16%	8%	5%	9%	N=492; p=0,001
	Inkább nem ért egyet	22%	10%	24%	22%	
	Közömbös	15%	15%	18%	17%	
	Inkább egyetért	32%	38%	38%	36%	
	Teljes mértékben egyetért	15%	28%	15%	17%	
2. A súlyos mentális betegségben szenvedő emberek mind csődötmegek.	Egyáltalán nem ért egyet	63%	37%	51%	52%	N=495; p=0,018
	Inkább nem ért egyet	26%	31%	31%	29%	
	Közömbös	7%	20%	12%	12%	
	Inkább egyetért	3%	8%	5%	5%	
	Teljes mértékben egyetért	1%	4%	2%	2%	
3. Minden erőfeszítés ellenére a súlyos mentális betegségben szenvedő emberek sosem lesznek olyanok, mint a többi ember.	Egyáltalán nem ért egyet	16%	13%	11%	12%	N=494; p=0,194
	Inkább nem ért egyet	33%	21%	29%	29%	
	Közömbös	17%	21%	22%	21%	
	Inkább egyetért	26%	23%	21%	23%	
	Teljes mértékben egyetért	9%	23%	17%	16%	
4. A súlyos mentális betegségben szenvedő embereknek életük végéig gyógyszer kell szedniük.	Egyáltalán nem ért egyet	6%	15%	10%	10%	N=495; p=0,026
	Inkább nem ért egyet	17%	14%	22%	19%	
	Közömbös	10%	21%	17%	16%	
	Inkább egyetért	32%	17%	26%	26%	
	Teljes mértékben egyetért	35%	32%	25%	29%	
5. Meglátszik az emberen, ha súlyos mentális betegsége van.	Egyáltalán nem ért egyet	12%	20%	14%	15%	N=495; p=0,052
	Inkább nem ért egyet	27%	11%	19%	20%	
	Közömbös	16%	17%	20%	19%	
	Inkább egyetért	33%	27%	30%	30%	
	Teljes mértékben egyetért	11%	25%	17%	17%	
6. A súlyos mentális betegségben szenvedő emberek nem olyanok, mint más emberek.	Egyáltalán nem ért egyet	26%	13%	15%	17%	N=494; p=0,000
	Inkább nem ért egyet	33%	20%	21%	24%	
	Közömbös	15%	17%	26%	22%	
	Inkább egyetért	17%	18%	23%	21%	
	Teljes mértékben egyetért	9%	32%	15%	16%	
7. A súlyos mentális betegségek könnyen felismerhetők.	Egyáltalán nem ért egyet	13%	21%	24%	21%	N=493; p=0,210
	Inkább nem ért egyet	28%	25%	31%	30%	
	Közömbös	28%	28%	21%	24%	
	Inkább egyetért	23%	17%	19%	20%	
	Teljes mértékben egyetért	7%	8%	5%	6%	
8. A súlyos mentális betegségben szenvedő emberek nem képesek új készségeket elsajátítására.	Egyáltalán nem ért egyet	51%	46%	46%	47%	N=492; p=0,012
	Inkább nem ért egyet	33%	17%	31%	30%	
	Közömbös	9%	22%	16%	15%	
	Inkább egyetért	5%	14%	6%	7%	
	Teljes mértékben egyetért	2%	0%	1%	1%	
9. A súlyos mentális betegségben szenvedő emberek veszélyesek.	Egyáltalán nem ért egyet	34%	14%	17%	21%	N=492; p=0,000
	Inkább nem ért egyet	34%	17%	30%	29%	
	Közömbös	19%	37%	31%	28%	
	Inkább egyetért	12%	15%	15%	15%	
	Teljes mértékben egyetért	1%	17%	6%	6%	
10. A súlyos mentális betegség balszerencse.	Egyáltalán nem ért egyet	49%	31%	54%	49%	N=491; p=0,037
	Inkább nem ért egyet	18%	23%	13%	16%	
	Közömbös	18%	23%	16%	17%	
	Inkább egyetért	7%	17%	9%	10%	
	Teljes mértékben egyetért	8%	7%	9%	8%	
11. A pszichiatricai gyógyszerek függőséget okoznak.	Egyáltalán nem ért egyet	12%	3%	5%	6%	N=494; p=0,000
	Inkább nem ért egyet	22%	8%	10%	13%	
	Közömbös	17%	14%	18%	17%	
	Inkább egyetért	28%	31%	29%	29%	
	Teljes mértékben egyetért	21%	44%	37%	34%	
12. Egy súlyos mentális betegségben szenvedő ember képes arra, hogy dolgozzon.	Egyáltalán nem ért egyet	3%	4%	4%	4%	N=493; p=0,092
	Inkább nem ért egyet	6%	14%	14%	12%	
	Közömbös	19%	30%	25%	24%	
	Inkább egyetért	40%	32%	36%	37%	
	Teljes mértékben egyetért	32%	20%	21%	24%	
13. A súlyos mentális betegségben szenvedő embert ki lehet képezni egy munkára.	Egyáltalán nem ért egyet	2%	1%	3%	2%	N=494; p=0,202
	Inkább nem ért egyet	8%	15%	10%	10%	
	Közömbös	13%	24%	23%	20%	
	Inkább egyetért	41%	30%	37%	37%	
	Teljes mértékben egyetért	36%	30%	28%	30%	
14. A súlyos mentális betegségben szenvedő emberek nem különböznek más emberektől.	Egyáltalán nem ért egyet	9%	17%	19%	16%	N=495; p=0,003
	Inkább nem ért egyet	33%	31%	30%	31%	
	Közömbös	16%	28%	27%	24%	
	Inkább egyetért	26%	15%	17%	19%	
	Teljes mértékben egyetért	16%	8%	7%	10%	
15. A súlyos mentális betegségben szenvedő emberek képesek megküzdeni az életben felmerülő nehézségekkel.	Egyáltalán nem ért egyet	6%	11%	14%	12%	N=495; p=0,259
	Inkább nem ért egyet	41%	31%	37%	37%	
	Közömbös	26%	37%	27%	28%	
	Inkább egyetért	22%	17%	19%	20%	
	Teljes mértékben egyetért	5%	4%	3%	3%	

ASMI kérdés	Válasz	Szakterület				Elemszám, függetlenség- vizsgálat p-értéke
		Pszichiátria	Mentés, sürgősségi	Egyéb	Összesen	
16. A pszichiátriai gyógyszerek szedése nem tesz másoktól különbözővé.	Egyáltalán nem ért egyet	2%	10%	11%	9%	N=494; p=0,003
	Inkább nem ért egyet	21%	27%	24%	24%	
	Közömbös	15%	24%	24%	22%	
	Inkább egyetért	35%	20%	26%	28%	
	Teljes mértékben egyetért	27%	20%	15%	18%	
17. A súlyos mentális betegségből manapság már fel tudnak épülni az emberek.	Egyáltalán nem ért egyet	6%	18%	7%	9%	N=495; p=0,007
	Inkább nem ért egyet	15%	23%	18%	18%	
	Közömbös	26%	34%	27%	28%	
	Inkább egyetért	38%	18%	37%	34%	
	Teljes mértékben egyetért	16%	7%	11%	12%	
18. A súlyos mentális betegségben szenvedő embereknek nem szabad feladniuk.	Egyáltalán nem ért egyet	0%	0%	0%	0%	N=495; p=0,961
	Inkább nem ért egyet	2%	1%	1%	2%	
	Közömbös	7%	10%	8%	8%	
	Inkább egyetért	26%	20%	23%	23%	
	Teljes mértékben egyetért	65%	69%	67%	67%	
19. A súlyos mentális betegségben szenvedő embereknek specialista segítségét kell kérniük.	Egyáltalán nem ért egyet	2%	0%	0%	0%	N=495; p=0,085
	Inkább nem ért egyet	1%	0%	0%	0%	
	Közömbös	2%	3%	4%	3%	
	Inkább egyetért	19%	11%	11%	13%	
	Teljes mértékben egyetért	77%	86%	85%	83%	
20. Ha valaki súlyos mentális betegségben szenved, jobb, ha olyan emberekkel barátkozik, akiknek ugyanilyen problémájuk van.	Egyáltalán nem ért egyet	30%	34%	30%	30%	N=493; p=0,152
	Inkább nem ért egyet	37%	24%	26%	28%	
	Közömbös	19%	27%	28%	25%	
	Inkább egyetért	12%	8%	14%	13%	
	Teljes mértékben egyetért	3%	7%	3%	4%	
21. Jobb a problémákat eltitkolni, hogy elkerüljük az élet nehézségeit.	Egyáltalán nem ért egyet	78%	69%	72%	73%	N=494; p=0,270
	Inkább nem ért egyet	15%	11%	15%	14%	
	Közömbös	6%	11%	8%	8%	
	Inkább egyetért	2%	8%	4%	4%	
	Teljes mértékben egyetért	0%	0%	1%	1%	
22. A barátoknak nem kellene elhagyni azt, aki súlyos mentális betegségben szenved.	Egyáltalán nem ért egyet	5%	3%	1%	3%	N=493; p=0,314
	Inkább nem ért egyet	3%	3%	4%	3%	
	Közömbös	5%	6%	9%	7%	
	Inkább egyetért	16%	24%	18%	18%	
	Teljes mértékben egyetért	71%	65%	68%	68%	
23. Jobb, ha egy súlyos mentális betegségben szenvedő ember elkerüli a többi embert.	Egyáltalán nem ért egyet	74%	52%	62%	64%	N=493; p=0,001
	Inkább nem ért egyet	19%	24%	23%	22%	
	Közömbös	5%	18%	7%	8%	
	Inkább egyetért	2%	1%	6%	4%	
	Teljes mértékben egyetért	1%	4%	1%	1%	
24. Ha valaki súlyos mentális betegségben szenved, azt nem szabad eltitkolnia a családjá és a barátai előtt.	Egyáltalán nem ért egyet	2%	1%	2%	2%	N=493; p=0,257
	Inkább nem ért egyet	4%	1%	2%	2%	
	Közömbös	4%	7%	4%	5%	
	Inkább egyetért	22%	27%	16%	19%	
	Teljes mértékben egyetért	67%	63%	76%	72%	
25. A súlyos mentális betegségben szenvedő emberek úgy érzik, terhet jelentenek a családjuk számára.	Egyáltalán nem ért egyet	5%	1%	6%	5%	N=493; p=0,401
	Inkább nem ért egyet	7%	3%	6%	6%	
	Közömbös	23%	35%	23%	25%	
	Inkább egyetért	44%	41%	40%	41%	
	Teljes mértékben egyetért	21%	20%	25%	23%	
26. A súlyos mentális betegségben szenvedő emberek általában alsóbbrendűnek érzik magukat.	Egyáltalán nem ért egyet	2%	1%	6%	4%	N=494; p=0,000
	Inkább nem ért egyet	19%	4%	10%	12%	
	Közömbös	21%	40%	21%	24%	
	Inkább egyetért	43%	36%	39%	39%	
	Teljes mértékben egyetért	16%	19%	24%	21%	
27. A súlyos mentális betegségben szenvedő emberekkel általában másképpen bánnak a többiek.	Egyáltalán nem ért egyet	2%	1%	1%	2%	N=494; p=0,139
	Inkább nem ért egyet	5%	3%	4%	4%	
	Közömbös	19%	11%	11%	13%	
	Inkább egyetért	45%	43%	40%	42%	
	Teljes mértékben egyetért	28%	41%	43%	39%	
28. Az emberek a család szenvedései miatt a súlyos mentális betegségben szenvedő személyt hibáztatják.	Egyáltalán nem ért egyet	6%	4%	4%	5%	N=495; p=0,441
	Inkább nem ért egyet	15%	8%	13%	13%	
	Közömbös	31%	32%	27%	29%	
	Inkább egyetért	37%	32%	40%	38%	
	Teljes mértékben egyetért	11%	23%	16%	16%	
29. Egy súlyos mentális betegségben szenvedő személy általában felelősnek érzi magát a problémái miatt.	Egyáltalán nem ért egyet	5%	10%	14%	11%	N=495; p=0,000
	Inkább nem ért egyet	42%	20%	25%	29%	
	Közömbös	22%	45%	26%	28%	
	Inkább egyetért	23%	17%	23%	22%	
	Teljes mértékben egyetért	8%	8%	12%	10%	
30. A többi embernek nehéz megérteni a súlyos mentális betegségben szenvedőket.	Egyáltalán nem ért egyet	1%	0%	1%	1%	N=493; p=0,290
	Inkább nem ért egyet	6%	0%	4%	4%	
	Közömbös	9%	9%	9%	9%	
	Inkább egyetért	38%	32%	42%	39%	
	Teljes mértékben egyetért	47%	59%	44%	47%	

10. melléklet: 5. táblázat Az antistigma alindexek komponensei

Attitűd-állítás	Sztereotipizálás	Optimizmus	Megküzdés	Empátia
1. Ha valaki átélt egy súlyos mentális betegséget, élete végéig szenvedni fog tőle.	x			
2. A súlyos mentális betegségben szenvedő emberek mind csődtömegek.	x			
3. Minden erőfeszítés ellenére a súlyos mentális betegségben szenvedő emberek sosem lesznek olyanok, mint a többi ember.	x			
4. A súlyos mentális betegségben szenvedő embereknek életük végéig gyógyszert kell szedniük.	x			
5. Meglátszik az emberen, ha súlyos mentális betegsége van.	x			
6. A súlyos mentális betegségben szenvedő emberek nem olyanok, mint más emberek.	x			
7. A súlyos mentális betegségek könnyen felismerhetők.	x			
8. A súlyos mentális betegségben szenvedő emberek nem képesek új készségek elsajátítására.	x			
9. A súlyos mentális betegségben szenvedő emberek veszélyesek.	x			
10. A súlyos mentális betegség balszerencse.	x			
11. A pszichátriai gyógyszerek függőséget okoznak.	x			
12. Egy súlyos mentális betegségben szenvedő ember képes arra, hogy dolgozzon.		x		
13. A súlyos mentális betegségben szenvedő embert ki lehet képezni egy munkára.		x		
14. A súlyos mentális betegségben szenvedő emberek nem különböznek más emberektől.		x		
15. A súlyos mentális betegségben szenvedő emberek képesek megküzdni az életben felmerülő nehézségekkel.		x		
16. A pszichátriai gyógyszerek szedése nem tesz másoktól különbözővé.		x		
17. A súlyos mentális betegségből manapság már fel tudnak épülni az emberek.		x		
18. A súlyos mentális betegségben szenvedő embereknek nem szabad feladniuk.			x	
19. A súlyos mentális betegségben szenvedő embereknek specialista segítségét kell kérniük.			x	
20. Ha valaki súlyos mentális betegségben szenved, jobb, ha olyan emberekkel barátkozik, akiknek ugyanilyen problémájuk van.			x	
21. Jobb a problémákat eltitkolni, hogy elkerüljük az élet nehézségeit.			x	
22. A barátoknak nem kellene elhagyni azt, aki súlyos mentális betegségben szenved.			x	
23. Jobb, ha egy súlyos mentális betegségben szenvedő ember elkerüli a többi embert.			x	
24. Ha valaki súlyos mentális betegségben szenved, azt nem szabad eltitkolnia a családjá és a barátai előtt.			x	
25. A súlyos mentális betegségben szenvedő emberek úgy érzik, terhet jelentenek a családjuk számára.				x
26. A súlyos mentális betegségben szenvedő emberek általában alsóbbrendűnek érzik magukat.				x
27. A súlyos mentális betegségben szenvedő emberekkel általában másképpen bánnak a többiek.				x
28. Az emberek a család szenvedései miatt a súlyos mentális betegségben szenvedő személyt hibáztatják.				x
29. Egy súlyos mentális betegségben szenvedő személy általában felelősnek érzi magát a problémái miatt.				x
30. A többi embernek nehéz megérteni a súlyos mentális betegségben szenvedőket.				x

**11. melléklet: „A burnout és a stigma összefüggéseinek vizsgálata
egészségügyi dolgozók körében” – vizsgálat eredménye**

(Molnár M, Harangozó J, Ács A, Bulyáki T. PSZOK előadás, 2015 Szeged)

Negatív stigma- pontszámmal értékelt szavak	
szerencsétlen, elmebeteg, bolondok, őrültek, nyomorult, „életképtelen”, sok esetben pszichopata, társadalmi stigma, megbélyegzett, kiközösített, kizárt, előítéletek, reményvesztettek, mentálisan retardált, gyógyíthatatlan, vesztes	-10
zakkant, elmentek otthonról, nem százas	-9
veszélyes, erőszakos, agresszív, dühös, kiszolgáltatott, antiszociális	-8
kimerült, energiavámpír	-7
leginkább a betegségük nevén, zavart, droggal élők	-6
kilógnak a társadalom mostani elvárása szerint, kirekesztettek, betegségüket nehezen vagy nem fogadják el, kiszámíthatatlan, rafinált, pszichiátriai beteg, pszichés, elesett	-5
szélsőséges magatartású, gyenge, szenvedés, önmagától szenvedő, nehéz betegek (de hiszek a pszichoterápiában, ha megvan a megfelelő compliance) körülményesebb velük a munka, nehéz	-4
hátrányos helyzetűek, elveszettek, elhagyatottak, elakadt, elkeseredett, kommunikációhiány, beszűkültség, bezártság, visszahúzódó, elmagányosodott	-3
sajnálát, nehezen kezelhető, valóságtól elszakadt, külön világába húzódó egyén, függő (dependens), beteg, pánikoló, minőségi kapcsolatok hiánya	-2
szorongó, bizonytalan, zavar, kellemetlenség, megalázott, bántás, tanácstalanok, félelem, érzelmi bizonytalanság, hangulati ingadozás, labilis	-1
	0

12. melléklet:

A kérdőívet kitöltők saját véleménye a kutatási témához kapcsolódóan

„Örülök a kutatásnak, remélem, előbb-utóbb sikerül felszámolni a stigmatizációt. Sok sikert a munkához!”

„A pszichiátriai betegség fokától függ a viselkedés és a beteg viselkedésétől függ az ápoló hozzáállása. A skizofrénia gyógyszerrel karbantartható, nem hasonlítható össze egy agresszív alkoholistával ill. egy drogossal...a borderline is kordában tartható a bipoláris is, feltéve, ha tudja a maga "baját" és belátással van felé...”

„Társadalmilag is nehezen elfogadott, stigmákkal ellátott, ezért félelem keltő, túlmisztifikált az egész pszichiátria”.

„A legtöbb beteg kap Xanaxot, nagyon rossz gyógyszer, műtött beteg nem kaphatja 1-2 napig, nagyon erős elvonási tünetei lesznek, vénásan nem pótolható. Azt tapasztalom, hogy a Rivotrilt, Frontint rutinszerűen írják fel az orvosok, akár a háziorvos is. Szerintem ez népbutítás, inkább küldenék specialistához! Nálunk, a roma származásúak markostól szedik ezeket, nagyon megnehezítve a munkánkat! Pl. egyik beteg 10 mg Frontint szed éjszakára és nem alszik tőle!!!! Kis marokkal kért éjszakára!!!! Ki ír fel ennyi sok gyógyszert???”

„Több mint 10 év pszichiátria után, (abból 1.5 év IMEI) azt tapasztaltam, ha a pszichiátriai beteg megérti miről van szó, sokkal türelmesebb, sokkal értelmesebb, mint a 'normális' betegek.”

„Több pszichológusra lenne szükség a rendszerben, hogy a korai stádiumban, gyógyszeres terápia nélkül is lehessen segíteni a betegeken. Tapasztalataim szerint a háziorvosi ellátásban jelentkező betegek nagy része, szívesebben elmenne pszichológushoz, de nem megy el pszichiáterhez, és mivel az ellátás folyamata az, hogy előbb pszichiátriai vizsgálat szükséges és utána jöhet csak pszicho-vagy csoportterápia, sokan kimaradnak az ellátásból.”

„Keveset tudunk ezekről a betegekről, kezelésük nagyon szűk, szinte zárt csoportban történik, kevés rálátásunk van egészségügyi dolgozóként is. Amivel legtöbbször találkozunk, az az akut fázis, ezt sajnos sokszor előítéletekkel kezeljük, mert nagy terhet

ró az ellátókra. Nem tanultuk meg a velük való kommunikációt, betegvezetést, ezt gyengességünként éljük meg, ezért gyakran elutasítók vagyunk velük szemben. Van hová fejlődni.”

„Furcsa az egész "rend" Magyarországon. Pl. egy 130-as IQ-val bíró aspergeres gyerek, az élete végéig a pszichiátriai betegek táborát erősíti.... Miért is???”

„Saját tapasztalatom, mind személyes érintettségem, mind a munkám során szerzett mondatja velem, hogy ez a legkevésbé értett betegségcsoport. Még sokat kell fejlődniünk a megértésében, és abban, hogy hogyan segíthetünk ezeknek az embereknek. Az is nagy feladat elérni, hogy a társadalom elhagyja a stigmatizálást, hiszen bármikor bárki érintett lehet, és akkor bátran segítséget kellene kérnie.”

„Ez a rendszer, ami itt van katasztrofális!!!!”

„Kevés szakember, családtagok nemtörődömsége, nem megfelelő típusú betegek egy helyre való elzárása.”

„Saját munkahelyemen rengeteg demens és más pszichiátriai kórképben szenvedő beteget kell ellátnom. A legnagyobb problémát abban látom, hogy a társadalom nincs felkészülve arra, hogy ezeket az embereket otthon lehessen ellátni. Ennek köszönhetjük, hogy osztályunk egyfajta szociális otthonként üzemel.”

A fenti 3 szó, amit irtam, összegzi, amit gondolok. A pszichiátria az ápolók többségének, nekem sem megfogható tudomány. Az iskolában hiába oktatják jól, a diákoknak nincs mihez kötni. A gyakorlat alatt pl.nem engedtek be a zártosztályra. A detoxikálóban pedig embertelen körülmények voltak. (10 évvel ezelőtti tapasztalat. Ma lehet, hogy másként van) A társszakmákban dolgozókat taszítja ezen betegek ápolása. Szedativum, rögzítés. Ez az elsődleges terápia.”

„A különböző diagnózisban szenvedőknek a megítélése is különböző.”

„Érdekes lehet az IMEI!”

„5 évet voltam pszichiátrián nővér, illetve betegfoglalkoztató. Nyilván ez nem azt jelenti, hogy teljes mértékben tájékozott lennék ebben a témában, de szívesen szerzek mindig új ismereteket, illetve szívesen segítek, ha tudok!”

„Ismerve az új rendszert (lakásotthonok) az elvvel, az alapötlettel nagyon egyetértek. Sajnos a kivitelezés, a körülmények és a társadalmi elutasítás nem kedvez ezen rendszernek. Amúgy is nézzük meg, hol vannak a "nagy" otthonok. Határszélen, tanyákon, eldugva az erdőben. A társadalmunk bántja ezeket az embereket. Így még több negatív eseménynek vannak kitéve. Lásd, pár éve Törökbálinton, mikor felzúdultak a "nyomorékfalú" ellen.”

„Mindenre alkalmatlanok!”

„Nagy mértékben fejlesztendő a mai magyar pszichiátriai ellátás. Mostohagyermek az egészségügynek ez a terület.”

The care of people living with mental illness in the Hungarian social care system: The process of deinstitutionalization and the phenomenon of stigmatization

A ÁCS^{1,2*}, E MOLNÁR², GY MOLNÁR² and Z BALOGH³

¹Faculty of Health Sciences, Doctoral School of Pathological Sciences, Health Sciences Program, Semmelweis University, Budapest, Hungary

²Ministry of Human Capacities, Budapest, Hungary

³Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Institute of Applied Health Sciences, Semmelweis University, Budapest, Hungary

(Received: December 26, 2018; revised manuscript received: February 28, 2019; accepted: March 27, 2019)

Purpose: The aim of this study is to present a situation assessment within the framework of a comprehensive study of the social services for people with mental illness in Hungary. After setting the historical background, we describe in detail the current services, their anomalies, and the ongoing implementation of a strategy to deinstitutionalize them. *Materials and methods:* We reviewed the related academic literature and systematically collected and elaborated upon legal documents, decisions, and data from national databases. *Results:* We established that a paradigm shift is taking place in the social care of people with mental disorders in Hungary. The lack of human resources, the paternalistic, institution-centered attitude, the mass supply of social services in dilapidated buildings, and the stigmatization of patients are among the greatest problems. Cooperation between the health and social sectors is inadequate and, in the interests of patients, needs to be improved. *Conclusions:* Hungary needs a complex, integrated, health-and-social-care supply system for people living with mental illness, one that takes into account both personal needs and assistance to recovery. In the continuation of the deinstitutionalization process, emphasis should be placed on social sensitization.

Keywords: mental patients, social care system, stigmatization, rehabilitation, recovery

INTRODUCTION

Tending to patients diagnosed with mental diseases places a serious strain on societies, even those with a more developed culture of health care. On certain levels of the care system, patients with a chronic mental disease have to stay in contact with a number of service providers throughout their entire lives. Only a sufficiently regulated and integrated care system can guarantee mental patients access to adequate treatment, tailored to their personal needs, through every stage of their illness [1]. In the European Union (EU), most long-term services – such as residential homes, institutions for nursing and care, and services connected to residence and clubhouses – belong to the field of social services.

Mental patients in Hungary are present in both the health care and the social care systems [2]. On the level of basic services, legal regulations [Decree no. 1/2000 (I.7)] in Hungary now require social institutions to cooperate with health care service providers – in particular, with the patient's physician and house practitioner – when they care for mental patients. Accordingly, more actors are beginning to share the responsibility and involvement. Based on international experience, however, intersectoral cooperation seems to face considerable barriers [3]. In this article, we present a comprehensive study of the social services for

people with mental illness in Hungary. After setting the historical background, we describe in detail the current services, their anomalies, and the ongoing implementation of a strategy to deinstitutionalize them. We conclude with a situation assessment.

MATERIALS AND METHODS

We reviewed the literature on the antecedents and development of the current Hungarian social care system as a framework in which to focus on and assess the current situation for people with mental illness. Using the Hungarian Social Users Registry and the Hungarian Social Services Registry, we reviewed the system's services in detail up to the 1993 Act III on social administration and social services, and we collected the system's anomalies. We reviewed government decrees and public-tender documents concerning the government strategy known as the Deinstitutionalization Program, and we reviewed the relevant literature on European good practices.

* Corresponding author: Andrea Ács; Faculty of Health Sciences, Doctoral School of Pathological Sciences, Health Sciences Program, Semmelweis University, Vas utca 17, Budapest H-1088, Hungary; E-mail: acsandrea@netquality.hu

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium for non-commercial purposes, provided the original author and source are credited, a link to the CC License is provided, and changes – if any – are indicated.

RESULTS

Historical background

From the middle of the 19th century until recently, providing treatment for mental patients was commonly regarded throughout Europe as a task to be performed by the health care sector. By modern standards, there was no social care system in Hungary until the 1950's. The system of social services providing support for the disabled was not established until the 1970's and 1980's [4]. Institutions dealing with mental patients struggled to keep their headcounts throughout Hungary in the 1950's, as discharged patients quickly found themselves back at the institutions. It was revolving-door treatment. In many cases, there was no home to send the patients back. Expansion of the institutions became inevitable. Palaces previously owned by noble families and later socialized by the communist regime often served as schools. Granaries and other agricultural buildings served as foster homes for children and provided residential care for the older people, the disabled, and the mentally ill [5].

In Hungary, it is the state's responsibility to ensure personal care (encompassing basic and specialized services) for people in such need. Basic social services include village caregiving services, home assistance, meal provision, family support, alarm-system-based home assistance, community services, support services, street social work, and day care for various groups in need. Specialized services, within the framework of residential care, include the so-called institutions for nursing and care, temporary homes, institutions for rehabilitation, and residential homes. As of January 1, 2013, supported housing also belongs to the circle of specialized care, although it is not considered institutional care. In the following, we will try to present the basic and specialized services.

Basic services

Community-based psychiatric care for mental patients was officially introduced in Hungary within the system of social services in 2003. Its introduction was preceded by a model program. The Hungarian legislature then deliberately broadened the circle of basic services for mental patients (besides community care services for people with addictions and support services for the disabled).

The services primarily target mental patients not posing any danger to the public, patients who receive psychiatric treatment at home. With the help of specialist care, their illness can be maintained in balance, but their conduct of life, their rehabilitation, and their social security can only be optimally supported by community care, based on their individual needs. The goal is to make community reintegration of clients a reality in order to help them become full members of society. All aspects of a complex psychosocial rehabilitation are provided in the living environment or home of the patient. Patients receive support in resolving their problems, retaining and improving the skills and capabilities they possess, coping with everyday conflicts between their social and mental care, and furthering their access to health care services.

Community caregivers help clients in identifying and reaching their personal goals. These caregivers typically attempt to rely on community resources as much as possible, especially the participation of relatives, and other "natural helpers." In the course of community care, the concerted cooperation of social and health care professionals is often necessary. Through intense case-management activity, the service ensures a strong bond between the care systems and the individual. Their target is the most complete recovery of their patients.

Day care includes services for mental patients who do not require inpatient hospital care or placement in a residential social institution. They can also be used by people in crisis, as a preventive measure. These services, which clients can choose voluntarily, include the provision of meals, basic hygiene facilities, and the facilitation of their social connections. Building on self-reliance and self-support, day care also organizes cultural, recreational, informative, educational, public, and family programs, according to clients' needs. Based on their needs, an individual care plan is prepared for them, to ensure their rehabilitation and recovery. This individual case management makes it possible for them to develop and manage their life and social skills, human connections, and free-time activities, and to find employment. Day care is basically an open form of care, which is capable of reacting to needs quickly. It can be used as an integrative tool to provide a secure background to the interconnection of different basic and public services at the municipal level.

Specialized services

Institutions for the nursing and care of mental patients provide treatment for those patients who are not in need of inpatient hospital care and are not a threat to public, but who are not self-reliant because of their health condition or social situation. Residential institutions offer non-stop, all-around care, including meal provision, medication, mental treatment, sociotherapeutic treatment, work therapy, skill building, and educative programs.

Rehabilitation institutions for mental patients offer treatment for those patients who are not in need of regular or acute hospital care, but for whom there is no other form of aftercare. Based on an individual rehabilitation plan, these institutions offer consultation regarding life skills, support for mental and social problems, and help in finding employment. These services rehabilitate the patients by giving them the skills necessary to live independently.

Residential homes for mental patients, which operate only for the purposes of rehabilitation, can accept only 8–12, or under exceptional circumstances, 14 patients. They provide services tailored to the patients' age, state of health, and the degree of their self-reliance. To be placed in a residential home, patients must be at least partly self-reliant, and must have been declared fit for living in such an institution.

The base of modern social services: supported housing

Supported housing refers to a quite new form of service that provides persons outside the traditional institutional framework with housing and social services on the basis of age,

health condition, and level of self-sufficiency. Using a case-management technique, social workers follow their mental hygiene and changing life conditions. Supported housing service provides support only to the extent it is individually needed; therefore, it fosters self-sufficiency by the means of social work. Instead of providing residential care in a ready-made “package,” supported housing includes a flexible combination of different forms of housing and assistance services, which are provided on different premises. Service provision is based on a complex assessment of individual needs and the accessibility of other services within their living environment. It specifies the necessary support corresponding to all these conditions, taking into consideration that informal and professional support networks are key elements.

During the 2007–2013 period of deinstitutionalization, supported housing could be established with a maximum of 25 beds; currently, it can be provided only in a house or apartment accommodating a maximum of 12 persons. To facilitate deinstitutionalization, a group of apartments or buildings for accommodating a maximum of 50 persons can be established with the conditions that, besides housing, no other social services can be provided, and that housing cannot be created in neighboring apartments or houses in order to reinforce integration. Supported housing services cannot be established and maintained being disconnected from the settlement; therefore, they must be integrated into the city or village. It is a principle that clients spend time outside the house, both by using community-based services and by spending their spare time outside.

Dysfunctions within the system of social care

The system of social services has been changing continuously and significantly in recent decades. The availability of basic services (community-based services) has become mostly ensured for mental patients (Table 1).

However, the social services system works with many anomalies. The most problematic are the nursing-and-care homes in 150–200 years old castle buildings. Table 2 shows the problems that complicate the functioning of certain social services and recommendations for their solution.

Nursing and care homes for mental patients are fundamentally institutions [6], where loss of skills and hospitalization generally take place a short time after a patient is admitted. In these homes, the dominant theme is linked to the traditional, strongly paternalistic situation remaining from the socialist era, and the biomedical model of health

care. The main element of care is the administration of large doses of medicines having adverse effects. Mental patients admitted to long-term care institutions gradually lose their self-sufficiency, they do not make responsible decisions, and they have to live their lives without the possibility of leaving the system of institutional care. It is a fundamental problem that the employees of the institutions do not believe recovery of the residents is possible. Unfortunately, long-term improvement in the condition of the mental patients is not a target, and recovery is not manifested as a real objective [6]. More than 8,000 psychiatric patients in 75 large nursing-and-care homes are waiting for deinstitutionalization (Table 1).

History of deinstitutionalization

Following the 1990’s democratic transition in Hungary, there was a growing demand that care for the disabled be provided in small groups, based on individual needs. In the following decades, a significant paradigm shift has taken place throughout Europe, where policies have come to support the social community, rather than the medical–institutional approach to caring for persons with disabilities, psychiatric diseases, or addictions. As a result, the focus has shifted to promoting the patient’s community and social inclusion and creating or facilitating a lifestyle as independent as possible. The commitment to decommissioning institutions providing care for a large number of people was an important step in this process. Over the past two decades, restructuring of such institutions has been the subject of both Hungarian and international legislation.

In 1998, The Hungarian Disability Act was enacted. It contained provisions relating to a deinstitutionalization project that had begun earlier that year and authorized a call for tenders, to be paid from both Hungarian and EU funds, to develop several residential homes per year and specialized forms of community and social services that would provide personal care for the disabled through 2006.

By 2001, the Hungarian buildings in which residential social care institutions had been established in the 1950’s were badly in need of reconstruction, and the 2001–2009 Mansion Program was begun in order to ensure a better and more livable environment for care recipients until the buildings could be replaced. Moreover, between 1998 and 2006, local governments could use a targeted support system to submit claims for priority-development allocations, and the parties concerned could also apply for the renovation of social institutions. In the framework of the

Table 1. Governmental basic services and residential institutions for mental patients

Type of service	Number of institutions	Number of clients/residents
Community care for mental patients	91	4,770
Day care for mental patients	100	3,854
Temporary home for mental patients	7	101
Residential home for mental patients (rehabilitational)	13	189
Rehabilitational institution for mental patients	7	128
Supported housing for mental patients	28	417
Nursing and care home for mental patients	75	8,069

Note. Source: Hungarian Social Users Registry, Hungarian Social Services Registry, December 13, 2018.

Table 2. Anomalies of social services and recommendation for development

Type of service	Anomalies	Recommendations
Day care for mental patients	Very few day care institutions, waiting lists, different professional programs, failed rehabilitation in many cases	Increasing the number of day care institutions, sanctions for contravention of law*, standardizing professional programs
Community care for mental patients	In the countryside, there are difficulties due to distance between settlements, low number of professionals with adequate competencies, time spent on travelling by public transport. Extended administrative burdens reduce actual care time	Increasing the number of services, improving competence-based training, increasing the level of training, reducing administration (bureaucracy), options for a service car in the countryside
Temporary home for mental patients	Low number of beds, altering the original goals, actually replacing beds of long-term nursing and care institutions	No recommendations, this service form has ceased to exist, even legally
Residential home for mental patients (rehabilitational)	There are few results, the content of rehabilitation is being drained, the focus is placed on preserving, individual rehabilitation is not the aim, lack of well-educated, and competent rehabilitation professionals	Reviewing and reengineering the operation of rehabilitation institutions, person-centered and individualized rehabilitation, and development of rehabilitation specialist training
Rehabilitational institution for mental patients	Overcrowding, constant lack of resources, hospitalization, institutions in geographically isolated areas; neither the material, nor the personal conditions of the institutions are secured, high fluctuation, the very incomplete knowledge of caregivers, several fundamental rights are violated (the right to human dignity, the right of self-determination), and irreversible social isolation	Faster and more efficient implementation of the deinstitutionalization process more appreciation and the raising of wages, a career model for caregivers/nurses, basic renovations of buildings for improving operation, real checks and continuous professional control, and development of financing
Nursing and care home for mental patients		
Supported housing for mental patients	Hostile citizens, lack of acceptance, stigmatization, few job opportunities	Anti-stigma programs, right information for community, motivating employers

Note. *Despite the fact that it is a compulsory task for every local government with a population of more than 10,000 persons to provide day care service for mental patients, the number of these services lags behind the desirable level.

program, it was possible to replace institutions that could not be renovated or operated economically by investing into new facilities. The allocations, however, were ad-hoc and not of substantial size. In several cases of large, long-term institutions, quick fixes were implemented when decommissioning would have been a better solution.

Hungarian projects reflected new European policies that supported, where possible, the social community rather than the medical-institutional approach to caring for persons with disabilities, psychiatric diseases, or addictions. The focus of care moved to the promotion of community and social inclusion and the creation or facilitation of a lifestyle as independent as possible. The partial transition from an institutional health care system that cared for a large number of people to a community social care system was another important step.

The Disability Act is regularly updated. In 2010, it was updated to prescribe that institutions providing nursing and care services for over 50 persons with physical or psychosocial disabilities (mental patients) must be replaced. In 2011, it was updated to prescribe that replacements for social care institutions could be created only in the form of residential homes. Residential homes for disabled persons and mental patients clearly represented a shift towards community-based services besides day care institutions and laid the foundations for further deinstitutionalization. This was another major step with regard to changing over to community-based services.

In 2007, Hungary was one of the first countries to ratify the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities

(CRPD). Accordingly, Hungary recognized – besides other rights – “the right of all persons with disabilities to live in the community, with choices equal to others,” and recognized its responsibility, according to Article 19 of the Convention, to “take effective and appropriate measures to facilitate” this. The CRPD right to free decisions is substantial, as it must be possible for disabled people to be completely involved in the community. For clients should be given the opportunity to: – balance the aspects of community life; but not subordinated to them – make free decisions about their lifestyle, such as agenda, interior design, meal, outdoor programs, job, and choosing roommate [7].

In 2011, the Hungarian government adopted a 30-year strategy that included creation of the National Body for the Coordination of Deinstitutionalization to coordinate and implement its policies. The goal of the strategy is to replace social institutions providing nursing and care for people with disabilities with community-based housing arrangements and services. The direct target group includes disabled persons receiving care in an institution providing care for a large number of people. The target group also includes disabled persons with addictions or psychiatric disorders.

Implementing the strategy in the light of financial support

In the first 3 years of the strategy, restructuring of institutions was realized in the framework of a project entitled “Social Infrastructure Operational Program – Replacement of Residential Institutions – Social Institutions Component,”

which had a budget of HUF 7 billion. The project's goal is to replace the capacities of residential social institutions having more than 50 capacities offering care and nursing to persons with disabilities, psychiatric diseases, or addictions, according to principles defined by the strategy. By 2015, from a total of HUF 5.8 billion, 672 supported housing capacities were created from 6 institutions, out of which 120 beds for mental patients were deinstitutionalized. Because of broad professional and civic participation, in 2017, the government updated its strategy so that its goals were expected to be reached in 2036, 5 years earlier than originally planned. The vision was elaborated by summarizing the experience gained in recent years, adopting a human rights approach, and taking into account recent legislative changes, focusing on community-based care. It describes the replacement of 10,000 capacities.

The deinstitutionalization process continues during the EU's 2014–2020 financial cycle. Three EU projects are under way, collectively entitled "Promoting transition from institutional care to community-based services" (with code numbers EFOP-2.2.2-16, VEKOP-6.3.2-17, EFOP-2.2.5-17, to designate the regions), with a budget of HUF 89 billion. The projects are aimed at the complete transition of institutional service forms having more than 50 capacities offering care and nursing to persons with disabilities, psychiatric diseases, or addictions, and at the creation of community-based service forms of high quality, responding to residents' needs.

With deinstitutionalization to access the recovery

Determining the number and needs of people with a psychosocial disability (PSD) is difficult [5] because the definition of a person with PSD is difficult. By one definition, a person with a PSD is any person who has a long-term mental impairment that may limit – along with several other handicaps – the person's complete and efficient involvement with others [8]. In Hungary, there is still no consensus on the extent to which psychiatric diseases may cause disabilities.

Nevertheless, the process of deinstitutionalization – in accordance with the CRPD – continues. In several countries, the large, closed institutions have ceased to exist. In Eastern European countries, especially in the new member states of the EU, this process is in its first phase. The deinstitutionalization programs in many countries have had a positive effect on services, e.g., the accessibility of community-based services or social services [9]. Generally, the institutions were closed in line with development of the networks of services and the modification of related policies, e.g., in the United Kingdom, Greece, Italy, and the Netherlands [10].

During deinstitutionalization in Hungary, only the isolated development of social and other community services has taken place. There has been no national and comprehensive process to provide services to those who have been deinstitutionalized. In December 2018, exactly 2,811 people with mental illness were waiting for entry to nursing and care homes. There are also waiting lists for other social services (Figure 1). Unfortunately, newly established supported housing is very rare. These services are rather provided in close connection to the process of deinstitutionalization and are still connected to the institutional service provision. This carries

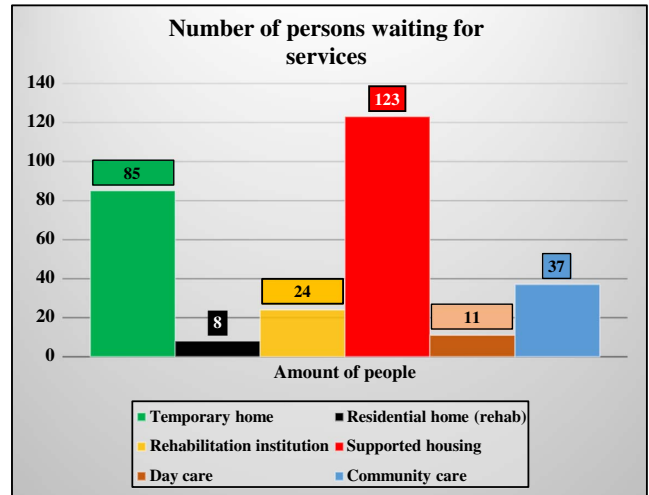


Figure 1. Source: Hungarian Social Users Registry, Hungarian Social Services Registry, December 13, 2018

the risk that the institutional approach for mental patients would be preserved, with the only difference being that the new institutions are smaller. The patients' lifestyle would not differ substantially from that in large institutional structures: the fixed operation of the majority without personal goals and individual responsibilities. The heritage of the nursing and care institutions still prevails, in conflict with the principles of the *recovery model* [11].

DISCUSSION

Stigmatization as a social phenomenon hindering deinstitutionalization

Social acceptance of people living with mental disorders in Hungary is well below that of other European states or overseas countries. Professionals working with these patients are not free from prejudices, either. To the question whether they would work in a psychiatric department after finishing their studies, 58% of the interviewed medical students answered straight "no," according to a survey carried out among BSc nursing students before the onset of their psychiatric clinical training [12]. This response is indicative of a significant change that has taken place in the perception and assessment of psychiatry during the past few centuries, a tendency that seems to have increased during the past decades.

However, the perception of psychiatric treatment is still not free from inconsistencies. Conflicts seem to originate in the open question of how mental disorders should be approached. The biomedical approach regards mental disorders as bodily illnesses, whereas the psychological approach regards them as originating in the psyche and not to be treated by medications, at least primarily. Sociologists view mental disorders in sociological terms [13]. Society's aversion originates in a false notion associating mental disorders with aggressive and violent behavior. Lacking adequate explanation, this aversion seems to stem from the fear of incomprehensible, often bizarre, human behaviors.

Aversion, mixed with fear and helplessness in the face of the unfamiliar, is the factor that prompts people to turn away and stigmatize those living with mental disorders. In his book “Shunned,” Graham Thornicroft characterizes stigma by three components: causes connected to the lack of knowledge (ignorance), causes associated with attitude (prejudices), and behavioral causes (i.e., discrimination) [14]. Often pretentious and inflammatory, media coverage of the perceived or real violent acts of people suffering from psychiatric problems also plays an important role in shaping the social environment. Excessive public discourse and summary statements on the given events also have the capacity to influence public opinions unfavorably, further strengthening the stigmatization phenomenon.

The reality is that common social beliefs about mental disorders make patients struggle to find employment, make friends, and become full members of their communities. It is duly reflected in public responses to the possibility that a community will be chosen as a site to place deinstitutionalized mental patients. The moving of mental patients to supported housing is often preceded by residential protests, the collection of signatures, the submission of petitions, and other acts aimed to a certain degree at making political capital. Beside ordinary embarrassments, all actors in the deinstitutionalization process are exposed to stigmatization, not just the mental patients, but also their helpers. The stigmatization of mental patients becomes obvious to those who attend them. Experience has shown that it is more comfortable for professional guardians to make decisions for their clients, labeling them indecisive or helpless, despite the fact that seeking their views and consideration of their opinions is legal obligations [15].

Good practices in Europe

Following the work of Franco Basaglia in 1978, large psychiatric institutions for patients with chronic illnesses have been closed in Italy and converted to community care, and the social and health care of mental patients were reorganized according to individual needs. The supply of services for mental patients is provided by social cooperatives. The system is characterized by community solidarity and support [16].

In Lille, there has been a comprehensive reform of health and social care for mental illness over the course of 30 years. The mental health delivery system of Lille Metropole France is an excellent example of a fully integrated mental health and social service system. Lille’s community-integrated mental health care is a feature of the most advanced 21st century, humanistic psychiatry [17].

In Denmark, the Recovery Program made new and significant demands on the way social services were organized in the city of Aarhus, as well as on staff qualifications. The program Activities of Recovery involves a redesign of services to focus on recovery. The activities include an initial evaluation, the draft of a realistic action plan, psychiatric treatment, education, employment, and social initiatives, with a personal coordinator’s support. Recovery has produced positive results in the quality of life of users and their satisfaction with social services. Based on its success,

the program has been embedded more widely across the directorate of social services [18].

In Spain, as a result of regional reform in 1993, a foundation (Andalusian Public Foundation for Social Integration of People with Mental Illness – FAISEM) was jointly funded by four government departments (Health, Social Affairs, Employment, and Economy and Finance) to provide social support services for people with severe mental disorders in the community. FAISEM manages a network that mainly includes residential facilities and occupational and vocational activities addressed to mental patients already in contact with local psychiatric services, with the aim of promoting social inclusion, citizenship, and recovery [19].

CONCLUSIONS

The effectiveness of social services and the quality of the social care system have considerably improved during the past decade in Hungary. Persons living with mental disorders have more and more opportunities and choices at their disposal. There is a continual transformation of the care system that was established in the middle of the 20th century. Perhaps it is fair to speak of a shift of paradigm in social services, in the wake of similar changes in the health care system. These two systems are supposed to provide mental patients with unified care, based on their statutory cooperation, but this process is still in its initial stage. One can sporadically find cooperation between social and health care providers, but services are ultimately provided by two separate systems, often in parallel with one another. Top decision makers in the social sector aim to foster changes, and there are a number of examples of good practices to be followed by other service providers in the institutional system. Any approach focusing on the recovery of patients within the frame of communal psychiatric services must be seen in a positive light.

The presence of mass institutions providing specialized care is, unfortunately, still common. The lack of manpower and the low education of employees in the field, alongside a paternalistic, institution-based approach, and the congestion of old, run-down buildings are not favorable to the prospect of rehabilitation and the reversibility of mental illnesses. Considering the large number of new patients waiting for admission, the resources at hand, and the surrounding social attitudes, the deinstitutionalization is destined to be a long and bumpy road. The aim of reducing the misperceptions and stigmas that are more and more prevalent in Hungarian society must be implemented with predesigned programs in small steps. The availability of services targeting recovery and covering the personal needs of new clients is of particularly important. The so-called “social diagnosis” to be announced probably in 2019 will greatly help this process. Recovery is a process that requires one complex and integrated care system instead of isolated social services. It has to be based on services capable of satisfying individual needs, and last but not least, on faith in recovery. An oft-quoted definition from Anthony [20] provides a great explanation of this process.

“Recovery is described as a deeply personal, unique process of changing one’s attitudes, values, feelings, goals, skills, and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with limitations caused by illness. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one’s life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness.”

In Hungary, the social and health professionals can help clients to redefine their mental illness, to learn self-management, to develop a positive identity, and to reappraise the social roles in their own lives.

Authors’ contribution: AÁ developed the research plan, summarized the scientific background of the paper, collected the data, wrote the sections of manuscript without dates/sections about “Supported houses” and “Deinstitutionalization,” and prepared the table and graph. EM wrote the section “Deinstitutionalization of large residential institutions” and collected the data. EM and GYM made the language correction and translation work of manuscript. ZB finalized the text, reviewed, and made final additions to the manuscript.

Conflict of Interest/Funding: The authors declare no conflict of interest and no financial support was received for this study.

REFERENCES

- Szentes, T, Kapócs, G, Kurimay, T. Krónikus pszichiátriai betegek ellátása az egészségügyi és szociális ellátórendszerben [Providing chronic psychiatric patients in the health and social care system]. *LAM*. 2013;23(1):47–51.
- Balogh, Z, Raskovicsné Csernus, M, Mészáros, J. Hosszú idej ellátás min ségének mérése az Európai Unióban [Measuring the quality of long-term care in the European Union]. *N vér*. 2011;24(1):30–6.
- Wahlbeck, K, Botezat, I, Campion, J, et al. Joint action on Mental Health. *Mental Health in All Policies – Situation Analysis and Recommendations for Action* [Internet]. Brussels: Joint Action on Mental Health; 2015. [cited 2018 Dec 16]. Available from: <http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/publications>
- Ferge, Zs. The changed welfare paradigm: the individualization of the social. *Soc Policy Admin*. 1997;31(1):20–44.
- Gordos, E, Ács, A. A mentális problémával küzd emberek és a magyar pszichiátriai ellátórendszer bemutatása [Presentation of people with mental health problems and the Hungarian psychiatric care system.]. In: Perlusz A, ed. *Kutatási beszámoló a pszichoszociális fogyatékos személyek társadalmi helyzetét feltáró országos kutatásról* [Research Report on National Research on the Social Situation of Psychosocial Disabled Persons]. Budapest: A Gyógypedagógia Fejlesztésért Alapítvány; 2017.
- Goffman, E: *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York: Doubleday Anchor; 1961.
- Halmos, Sz.: Támogatott életvitel és támogatott döntéshozatal – a CRPD 12. és 19. cikkének konzisztens végrehajtásának lehet ségei Magyarországon. [Supported Lifestyle and Supported Decision-Making – Possibilities for Consistent Implementation of Articles 12 and 19 of the CRPD in Hungary] [Internet]. Pázmány Law Working Papers. 2019;3:1–87 [cited 2019 March 25]. Available from: <http://plwp.eu/files/2019-03Halmos.pdf>
- Gombos, G. Mi a pszichoszociális fogyatékoság? [What is psychosocial disability?] [Internet]; 2013 [cited 2018 Dec 16]. Available from: <https://pszichoszoc.wordpress.com/2013/10/06/mi-a-pszichoszocialis-fogyatekossag/>
- Beadle-Brown, J, Mansell, J, Kozma, A. Deinstitutionalization in intellectual disabilities. *Curr Opin Psychiatry*. 2007;20(5): 437–42.
- Amaddeo, F, Becker, T, Fioritti, A, Burti, L, Tansella, M. Reforms in community care: the balance between hospital and community-based mental health care. In: Knapp M, McDaud D, Mossialos E, et al., eds. *Mental Health Policy and Practice Across Europe. The Future Direction of Mental Health Care*. Maidenhead: McGraw-Hill; 2007. p. 235–49.
- Bugarszki, Zs. A mentális problémák felépülés alapú megközelítése [A recovery-based approach to mental problems]. *Esély*. 2013;24(5):68–85.
- Ács, A. Mentális zavarban szenved kkel szembeni attit d vizsgálat BSc Ápoló hallgatók körében [BSc Nursing students’ attitude study towards mental health patients]. *ÁpolásÜgy*. 2012;26(1):15–8.
- Pikó, B. Adalékok a mentális zavarok kritikai szociológiájához [Additives to the critical sociology of mental disorders]. *Szociológiai Szemle*. 2002;2:99–113.
- Thornicroft, G. *Shunned. Discrimination Against People with Mental Illness*. New York: Oxford University Press; 2006.
- TASZ. MONDO–információs füzet szül nek [Hungarian Civil Liberties Union. MONDO-Information Booklet for Parents] [Internet]; 2016 [cited 2019 Marc 25]. Available from: <http://mondo.tasz.hu/wp-content/uploads/MONDO-informacios-fuzet-szuloknak.pdf>
- Harangozó, J. Útibeszámoló a trieszti „Mi a mentális egészség?” konferenciáról [Travel Report from “What is Mental Health?” Conference in Trieszt] [Internet]; 2010 [cited 2019 Febr 27]. Available from: http://www.lefnet.hu/resources/userfiles/file/Szakertoianyagok/Trieszt_beszamolo.doc
- Roelandt, JL, Daumerie, N, Defromont, L, et al. Community mental health service: an experience from Lille, France. *J Mental Health Hum Behav*. 2014;19(1):10–8.
- Practice 12. Recovery: a person-centered approach in health and social services. In *Good Practices in Mental Health & Well-being* [Internet]. European Union in the frame of the 3rd EU Health Programme (2014–2020); 2016. p. 32–3 [cited 2019 March 25]. Available from: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/ev_20161006_co05_en.pdf
- Barbato, A, Vallarino, M, Rapisarda, F, et al. EU compass for action on mental health and well-being. Access to mental health care in Europe. *Scientific Paper*. 2016;26–7 [Internet]. [cited 2019 Feb 27]. Available from: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/ev_20161006_co02_en.pdf
- Anthony, WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosoc Rehabil J*. 1993;16(4):11–23.

APPLIED ACTS AND DECREES

1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről 39/H. § (1) a) [Decree No. 1/2000 (I.7) on the Professional Tasks and the Conditions for Operation of Social Institutes Providing Personal Care]

2013. évi V. törvény a Polgári Törvénykönyvről 2:22. § (3) [Act V. of 2013. on the Civil Code].

1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról 17. § (1-5). [Act XXVI. of 1998. on the Rights of Persons with Disabilities and Equal Opportunities].

1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról. [1993. Act III. on social administration and social services].

1023/2017. (I. 24.) Korm. határozat a fogyatékosokkal élő személyek számára ápolást-gondozást nyújtó szociális intézményi férőhelyek kiváltásáról szóló 2017–2036. évekre vonatkozó hosszú távú koncepcióról. [Government Decree on the replacement of social care facilities for nursing care for people with disabilities. The long-term concept for 2017–2036].

Egészségügyi szakdolgozók mentális zavarokkal kapcsolatos ismereteinek és a betegekkel szembeni attitűdjének vizsgálata

Ács Andrea^{1,2} ■ Mészáros Judit dr. ■ Balogh Zoltán dr.¹

¹Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Budapest

²Semmelweis Egyetem, Rácz Károly Doktori Iskola, Budapest

Bevezetés: A mentális betegek stigmatizációja mind a hazai, mind a nemzetközi kutatásokban kiemelt jelentőséggel bír. Az érintetteknek a társadalmi előítéleteken túl az egészségügyi szakemberek stigmatizáló attitűdjével is meg kell küzdeniük.

Célkitűzés: A vizsgálat során a pszichiátriai betegségekkel kapcsolatos sztereotípiák, a stigmatizáló egészségügyi szakdolgozói attitűdök jelenlétét kerestük. Célunk volt továbbá az ápolási munkát végző dolgozók körében a mentális betegségekkel kapcsolatos ismeretek felmérése. Az eredmények tükrében az ápolóképzések reformjával kapcsolatos javaslatok tételét tűztük ki célul.

Módszer: A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (mentésügyi, sürgősségi betegellátási, pszichiátriai ápolási és felnőttápolási tagozat) tagjainak körében végzett online, kvantitatív, kérdőíves felmérés eredményeinek deskriptív és többváltozós elemzése.

Eredmények: A kitöltött kérdőívek közül 495 volt értékelhető ($n = 495$). A pszichiátrián dolgozó ápolókat kevésbé stigmatizáló attitűd jellemzi a mentés és a sürgősségi ellátás, illetve az egyéb területeken dolgozóknál. Erőteljesebben megjelenik a stigmatizáló attitűd a hosszabb ideje a szakmában tevékenykedőknél. Kevésbé stigmatizáló attitűd jellemzi a főiskolai vagy egyetemi végzettségűeket, mint a középfokú végzettségűeket. A vizsgálatban részt vevő összes ápoló közel fele (47%) tartja hiánynosnak felkészültségét a mentális betegségekkel kapcsolatosan. Tagozati bontásban a mentés és a sürgősségi ellátás dolgozóinál 49%, a felnőttápolási tagozat tagjainál 55% ez az arány. A pszichiátriai ápolók körében is viszonylag nagy (28%) azok aránya, akik hiánynosnak ítélik meg felkészültségüket, ugyanakkor természetesen a megfelelő felkészültséget is ez a csoport választotta a legnagyobb arányban (37%).

Következtetés: A pszichiátria oktatását az ápolóképzések minden szintjén szükséges hatékonyabbá tenni. Fontos lenne továbbá az érzékenyítő, stigma elleni módszerek beépítése és az empátia fejlesztése. Orv Hetil. 2020; 161(2): 56–66.

Kulcsszavak: mentális beteg, ápoló, stigma, attitűd, ápolóképzés

Examining health professionals' knowledge and attitudes towards mental disorders

Introduction: The stigmatization of mental patients is a priority topic in both domestic and international research. In addition to social prejudices, people living with mental illness must also struggle with the stigmatizing attitude of health professionals.

Aim: It was a survey of attitudes of nursing health care professionals towards psychiatric patients and mental illnesses. We also aimed to assess mental health knowledge among the nursing staff. In the light of the results, our aim was to make proposals for the reform of nursing education.

Method: We performed the survey among members of the Hungarian Chamber of Health Care Professionals, in 4 sections (paramedics, emergency nurses, psychiatric nurses and adult nurses). We analyzed the results of the online quantitative survey with multiple variables descriptively.

Results: 495 of the completed questionnaires were evaluable ($n = 495$). Psychiatric nurses are characterized by a less stigmatizing attitude towards rescue and emergency carers and other adult nurses. Less stigmatizing attitudes are characterized by BSc and MSc graduates than those who have secondary education. Almost half of all nurses (47%)

in the study feel they have a lack of preparedness about mental illnesses. The rate is 49% for rescue and emergency workers, and 55% for members of the adult care section. There is also a relatively high proportion (28%) of psychiatric nurses, who consider their skills to be inadequate. At the same time, of course, this group replied in the highest proportion (37%) that his knowledge is adequate.

Conclusion: Psychiatric education should be made more effective at all levels of nursing training. It would also be important to incorporate sensitizing and anti-stigma methods and to develop empathy.

Keywords: mental patient, nurse, stigma, attitude, nursing education

Ács A, Mészáros J, Balogh Z. [Examining health professionals' knowledge and attitudes towards mental disorders]. *Orv Hetil.* 2020; 161(2): 56–66.

(Beérkezett: 2019. július 11.; elfogadva: 2019. augusztus 29.)

Rövidítések

ANOVA = (analysis of variance) varianciaanalízis; ASMI-skála = (Attitudes to Severe Mental Illness scale) Mentális Betegségek Attitűd-skála (a súlyos mentális betegséggel szembeni attitűdöket mérő skála); BSc = (Bachelor of Science) tudományos alapvégzettség; CAMI-skála = (Community Attitudes Toward the Mentally Ill scale) Közösségi Hozzáállás a Mentális Betegségekhez-skála (a mentális beteggel szembeni közösségi attitűdöket mérő skála); ELTE = Eötvös Loránd Tudományegyetem; ETT TUKEB = Egészségügyi Tudományos Tanács, Tudományos és Kutatásügyi Bizottság; EU = Európai Unió; KEB = Kutatásügyi Bizottság; MESZK = Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara; MSc = (Master of Science) tudományos mesterfokozat; OKJ = Országos Képzési Jegyzék; OMI-skála = (Opinion About Mental Illness scale) Vélemény a Mentális Betegségekről-skála

Az orvostudomány többi területéhez képest talán a pszichiátriában a legkevésbé megfoghatók a betegségek és kialakulásuk okai. Ez a megfoghatatlanság lehet az oka, hogy az embereket foglalkoztatja az „elme zavara”, ugyanakkor az irracionalitás sokak számára riasztó, bizonytalanságot, elutasítást keltő [1]. A mentális zavarral küzdő embereknek a saját állapotuk terhein túl a társadalom által rájuk aggatott stigmákkal is meg kell küzdeniük. Egy hazai kutatás eredményei szerint laikus vizsgálati személyekből a pszichiátriai betegség ténye kedvezőtlenebb személyiségmegítélést hív elő, mint ha ugyanarról a személyről nem tudják, hogy beteg; és ez még fokozottabban jelentkezik, ha az adott személy a skizofrénia diagnózisával rendelkezik [2]. Hasonló eredményre jutott *Nieradzik és Cochrane* is egy jóval korábbi, 1985-ös vizsgálatban. Igazolták, hogy a pszichiátriai diagnózis nagyobb befolyással van a mentális betegekkel szembeni attitűdre, mint maga az egyén viselkedése, diagnózis nélkül [3]. Az ELTE kutatócsoportja hosszú távú attitűdvizsgálat keretében mérte fel a magyar felnőtt lakosság körében a társadalmi távolság preferenciáit és a mentális betegségekkel kapcsolatos ismereteket. Országos reprezentatív felmérésüket 2001-ben, 2003-ban, 2007-ben és 2015-ben ismételt interjúkkal és önálló kérdőív segítségével végezték el. A trendelemzés során ki-

mutatták, hogy 15 év alatt a társadalmi elutasítás tekintében nem történt jelentős változás Magyarországon a mentális betegekkel szemben. Megállapították, hogy nagyobb erőfeszítésekre van szükség a mentális zavarok megértése és az előítéletek, a beteg emberekkel szembeni ellenállás leküzdése érdekében [4]. A társadalom részéről tapasztalható ellenállás annak a hibás képzettársításnak lehet a következménye, amely a mentális betegségeket erőszakos cselekedetekkel, megbotránkozató viselkedéssel kapcsolja össze. Elsősorban a félelemmel vegyes idegenkedés és az ismeretlen dolgokkal szembeni tehetetlenség érzése sarkallhatja az embereket a mentális problémával élők elutasítására, megbélyegzésére [5]. Hajlamos a közvélemény eltúlozni a pszichiátriai problémával kezelt emberek veszélyességét és a velük kapcsolatban megélt kockázatot. A betegek sok esetben nem elkövetői, hanem elszenvedői az erőszakos cselekményeknek. A szerhasználat során mutatkozik a legtöbb agresszív viselkedés a betegek részéről [6]. *Graham Thornicroft* „Shunned” című könyvében a stigma fogalmát három összetevővel jellemzi: a tudással kapcsolatos problémák (tudatlanság), problémák az attitűddel (előítélet) és a viselkedésben jelentkező problémák (azaz diszkrimináció) [7]. Számos kutatás bizonyította más populációkkal kapcsolatban, hogy az előítéletektől és megbélyegző attitűdtől az egészségügyben dolgozó szakemberek sem mentesek [8, 9]. Nemzetközi kutatások a mentális betegekkel kapcsolatos előítéleteket is feltárták. A sztereotípiák, a rejtett negatív attitűdök, az ellátás során tapasztalt megkülönböztetett bánásmód jelentős szerepet játszhat a mentális betegek önbizalmának csökkenésében, a kirekesztettség érzésének tudatosításában, és akadályozzák az elérhető felépülés folyamatát. *Thornicroft és mtsai* 2009-ben publikált nemzetközi, multicentrikus kutatásának (INDIGO Study) 732, mentális betegségben szenvedő résztvevője közül 38% tapasztalt diszkriminációt az egészségügyi szakemberek részéről [10]. Gyakran számolnak be az egészségügyi személyzet által elkövetett „verbális bántalmazásról” olyan személyek is, akik „önsértés” miatt sürgősségi ellátásra szorulnak [11]. Vizsgálatok erősítik meg, hogy a laikus társadalom tagjaihoz hasonló stigmatizáló attitű-

dökkel rendelkeznek az egyéb szakterületek munkatársain túl maguk a mentális betegekkel foglalkozó szakemberek is [12]. Ezek az eredmények figyelemre méltóak, mivel az egészségügyi szakemberek attitűdjei a mentális zavarban szenvedők stigmatizációjának megelőzésében vagy akár megszüntetésében is jelentős szerepet játszhatnak [13]. A betegekkel az ellátás során a szakdolgozók töltik a legtöbb időt, ezért kiemelten fontos, hogy az ápolói attitűd előítéletektől, stigmáktól mentes legyen. A pozitív attitűd, az egyenlő bánásmód, a partneri viszony alapjait és a súlyos állapotú betegeknél alkalmazható hatékony kommunikáció készség szintű elsajátítását az egészségügyi képzések hivatottak biztosítani a szakdolgozók számára. A pszichiátria oktatásához kapcsolódó gyakorlatoknak mind az egészségügyi szakképzés, mind a felsőoktatás területén komoly szerepük van az ápolói attitűd kialakításában. A rögzült sztereotípiák csökkentése, a mentális zavarokkal kapcsolatban a köztudatban lévő félelmek és a betegségeket övező stigmák eloszlása a korábbi elméleti ismereteket evokáló, valódi esetek feldolgozását és helyzetgyakorlatokat is alkalmazó, edukatív képzés keretében valósulhat meg a leginkább. A főiskolai hallgatóknak a pszichiátria tantárgyhoz kapcsolódó területi gyakorlatai leginkább a fekvőbeteg-intézményekre korlátozódnak, a közösségi pszichiátria szellemiségét, a „nem kórházi atmoszférát” nincs lehetőségük megismerni. Egy 2012-es hazai vizsgálat a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kara BSc Ápolás szakirányú, nappali és levelező tagozatának végzős hallgatói körében mérte fel a hallgatók viszonyulását a mentális betegekhez, a pszichiátria tantárgy gyakorlatainak megkezdése előtt és a területi gyakorlatok után. A területi gyakorlat előtt a felmérésben részt vevő hallgatók 44%-a tartotta a mentális betegségben szenvedő embereket agresszívnek, míg a kórházi gyakorlat után ez 49%-ra változott. A megkérdezettek 58%-a érezte úgy az oktatás megkezdése előtt, hogy nem szívesen dolgozna pszichiátrián, és jelentős változást a gyakorlat sem hozott [14]. Nem kérdés az elméleti ismeretek mellett a gyakorlatok relevanciája a hallgatók mentális zavarokkal szembeni látásmódjának alakulásában. A gyakorlati helyszínen uralkodó szemlélet és az ott dolgozók attitűdje mintául szolgálhat a hallgatóknak a betegekkel való bánásmód terén. Az oktatást végző szakembernek a betegekhez való saját viszonyulása, kommunikációja és a „holisztikus emberkép” megjelenése az ápolási munkában meghatározó jelentőségű [15]. A témában végzett hazai vizsgálatok száma relatíve kicsi. Magyarországon tudomásunk szerint korábban nem készült egészségügyi szakdolgozók körében felmérés a mentális betegségekkel kapcsolatos ismeretekről, a betegségben érintettekhez való viszonyulásról és a stigmatizáló attitűd jelenlétéről. Az alábbiakban bemutatásra kerülő vizsgálatunk eredményei alátámasztják a téma aktualitását, és egyben reprezentálják a téma kutatásának nehézségeit is.

Célkitűzések

Egy olyan, egészségügyi szakdolgozók körében végzett attitűdvizsgálat lefolytatását tűztük ki általános célul, amelynek eredményeit felhasználva a mentális zavarban szenvedő emberek elfogadását és az ápolói hivatás értékeit növelő javaslatokat tehetünk az ápolóképzések reformjára vonatkozóan. Ehhez a magyarországi egészségügyi intézményekben, adott szakterületeken dolgozó ápolók bevonásával, online kérdőíves vizsgálat lefolytatását kezdeményeztük, amelynek konkrét célkitűzése volt a rejtett stigmatizáló attitűdök jelenlétének, valamint a mentális betegségekkel kapcsolatos ismereteknek a felmérése, egy korábban már validált antistigmakála és saját kérdésekből összeállított kérdőív felhasználásával.

Módszer

Mintavételi eljárás

Kérelemben részletezett kutatási tervünket a KEB megvizsgálta, és a szakmai-etikai engedélyt az ETT TUKÉB 47854-2/2018/EKU számon megadta. A vizsgálat kvantitatív elemzését megalapozó elektronikus kérdőívet a Google kifejezetten online kérdőívek programozására szolgáló alkalmazásában fejlesztettük. A MESZK segítségével juttattuk el a vizsgált populáció – a megcélzott ápolói szakterületeken dolgozók – részére úgy, hogy a Kamara megjelentette a honlapján, illetve rendszeresen összeállított hírlevelében elküldte a feliratkozottak személyes e-mail-címére. Alapsokaságnak a MESZK felnőttápolási tagozatának (n = 28 030), pszichiátriai ápolási tagozatának (n = 983), valamint mentésügyi és sürgősségi ellátási tagozatának (n = 4878, a hasonló profil miatt összevonva) személyes hírlevélre regisztrált ápolóit tekintettük. A Facebook „Tankórterem” nevű oldalán szintén megosztásra került a kérdőív. Egyéni megkeresés nyomán hazai, vezető beosztású ápolási szakemberek is segítettek a kérdőív minél szélesebb körben való terjesztésében. Az adatfelvétel 2019. január 31-én kezdődött és 2019. április 30-án zárult, s ebben az időszakban 515 kitöltés érkezett az online felületre. Az adatfájl technikai tisztítása során 495 kitöltés bizonyult elemzésre alkalmasnak.

Mérőeszköz

A szociodemográfiai adatok elemzésekor vizsgáltuk a kitöltők nemét, legmagasabb szakmai végzettségét, a munkavégzés helyét (megyei bontásban), az egészségügyi pályán eltöltött éveik számát, valamint azt, hogy melyik egészségügyi szakterületen dolgoznak. Szociológus szakértői javaslatra 5 kategóriás változóként vizsgáltuk, hogy a kitöltő találkozott-e már életében mentális beteggel. A „családban”, „baráti társaságban”, a „szomszédságban”, „a munkám során”, illetve a „nem találkoztam még” kategóriák közül választhattak a kitöltők. Egy

következő, saját szerkesztésű kérdésben 21, mentális egészséggel kapcsolatba hozható fogalom/körkép besorolását kértük a válaszadóktól a „rossz szokás”, „viselkedészavar”, „ideggyógyászati betegség” és „mentális betegség” kategóriákba. Ezt követte az a kérdés, amely az általuk 3 legsúlyosabbnak ítélt betegség kiválasztására irányult. Egy újabb kérdésben tüneteket soroltunk fel, és az ápolási munka során számukra a legtöbb nehézséget okozó 3 tünet kiválasztását kértük. Ugyanezt megisméltük diagnózisok felsorolásával, a megítélésük szerint ápolási szempontból legnehezebb 3 körkép kiválasztását kérve. Az addiktológiai betegekkel és a szkizofréniában szenvedőkkel kapcsolatos érzéseket, a differenciálás mögött meghúzódó rejtett attitűdöket szeretnénk volna feltárni a betegek egyéni felelősségére irányuló, választásos kérdéssel. 5 fokozatú Likert-skálán (1-es érték „egyáltalán nem értek egyet”, 3-as érték „közömbös számomra”, 5-ös érték „teljes mértékben egyetértek”) az egészségügyi képzés hatékonyságára, a saját ismereteik és empátiájuk összefüggéseire vonatkozó alábbi két állítással való egyetértést mértük: „Úgy érzem, a korábbi tanulmányaim során nem sajátítottam el megfelelő elméleti és gyakorlati ismereteket a pszichiátriai betegekkel való bánásmód és kommunikáció terén.” „Ha jobban érteném a pszichiátriai betegségeket, nagyobb együttérzéssel ápolnám az ilyen problémával küzdő embereket.” A szeparációs attitűd jelenlétét vizsgáltuk ugyancsak az 5 fokozatú egyetértési skála alkalmazásával a következő két állítással: „A pszichiátriai betegeket nem kellene ugyanabban a kórházban gyógyítani, mint a testi betegségben szenvedőket.” „Magyarország is megkezdte a nagy létszámú, többnyire kastélyokban kialakított szociális otthonok férőhelyeinek kiváltását. Helyesnek tartom, hogy a pszichiátriai betegeket a közösségbe, kisebb, önálló házakba költöztessék ki.” A kérdőív saját szerkesztésű kérdéseit a pszichiátriai betegekről eszükbe jutó 3 jelző, továbbá a kutatáshoz kapcsolódó bármilyen észrevétel, hozzáfűznivaló nyitott kérdése zárta, az ASMI-skála után beillesztve. A kvantitatív vizsgálat hátrányainak elensúlyozására a kérdőív végén elkértük azoknak az elérhetőségét, akik szívesen beszélgetnének még a pszichiátriai betegségekkel kapcsolatos attitűdökről, megteremtve ezzel a vizsgálat későbbi, fókuszcsoportos vagy egyéni interjúkat alkalmazó folytatásának lehetőségét.

Az ASMI (*Attitudes of Severe Mental Illness*)-skála

A kérdőív összeállításakor arra törekedtünk, hogy olyan mérőskálát használjunk, amely más mintában tesztelve már bizonyította, hogy alkalmas eszköz a rejtett attitűdök mérésére. Fontos kritérium volt, hogy a skála kérdései összhangban legyenek a kutatási kérdéseinkkel. A skála terjedelmére vonatkozó elvárásunk az volt, hogy olyan itemszámú mérőeszközt találjunk, amely a saját szerkesztésű kérdésekkel kiegészítve sem haladja meg az 50 itemet. Több mérőeszköz tanulmányozása után az ASMI-

skála alkalmazására esett a választásunk. Az ASMI-skálát korábbi skálák felhasználásával 2012-ben fejlesztették ki *Madianos és szerzőtársai* [16]. Az 1960-as évek elején *Cohen és Struening* alkotta meg a széles körben használt, 51 itemből álló OMI (*Opinion About Mental Illness*)-skálát két nagy pszichiátriai intézmény 1194, mentális egészségügyi szakembere válaszáinak összesítése alapján [17]. Az OMI-skála módosított verziójaként *Taylor és Dear* kifejezetten a közösségi ideológiák vizsgálatára fejlesztette ki az 1970-es évek végén a CAMI (*Community Attitudes Toward the Mentally Ill*)-skálát [18]. Görögországban az 1980–90-es években az OMI-skálát szabványosították és használták a mentális betegségekkel szembeni attitűd mérésére, az általános népesség és az egészségtudományi képzéseken tanuló hallgatók vizsgálatához [16]. A mentális betegségek megbélyegzésével foglalkozó irodalom alapos áttekintése után született döntés egy olyan eszköz kifejlesztéséről, amely alkalmas a kortárs gondolkodás megragadására, valamint a görög társadalomban a félelem és pusztítás fogalmával összekapcsolódó „szkizofréniá” fogalom helyett a „súlyos mentális betegség” kifejezést használja. Az új skála, az ASMI kifejlesztését a korábbi skálák (OMI, CAMI) felhasználásával laikusokból, mentális betegekkel és hozzátartozókból álló fókuszcsoportok segítségével végezték el. Főkomponens-analízis során azonosították a „sztereotipizálás”, „optimizmus”, „megküzdés” és „empátia” faktorokat. A validálási procedúrát követően, edukált telemarketinges szakembereket alkalmazva, telefonos interjúkat készítettek a 2039 felnőttből álló, országos reprezentatív mintával [16]. Saját kutatásunkban a görög kutatók validálási eredményeire hagyatkoztunk. A vizsgálatot megelőzte az angol nyelvű skála magyarra fordítása, ennek angol nyelvre való visszafordítása és a kettő egybevetése, független fordítók segítségével. Vizsgálatunkat az ASMI-skála magyar nyelvű fordítása, a Mentális Betegségek Attitűd Skála felhasználásával végeztük el.

Adatfeldolgozás és -elemzés

Az adatok feldolgozását és elemzését az SPSS 23.0 statisztikai programcsomag (IBM Corporation, Armonk, NY, Amerikai Egyesült Államok) segítségével végeztük. Az elemzés során az egyes kérdésekre adott válaszok relatív gyakorisági eloszlását, a képzett indexek esetében emellett azok leíró statisztikáit vizsgáltuk. Az antistigma-index és részindexei az egyes vonatkozó itemek számtani átlagaként adódtak. A hipotézisek vizsgálatokor elsősorban kontingenciatáblák (keresztáblák) elemzését és χ^2 -alapú függetlenségvizsgálatot (independence test) végeztünk. Azon hipotézisek esetében, amelyek a képzett indexekre vonatkoztak, a több várható érték egyezőségének hipotézisét egyutas varianciaanalízissel (one-way ANOVA) teszteltük.

1. táblázat | A szociodemográfiai mutatók alakulása
(n = 495)

Nemek	Férfi – 50	Nő – 445
Iskolai végzettség:	egészségügyi szakiskola (érettségi nélkül) – 13 szakközépiskola (érettséggel) – 38 OKJ – 239 főiskola/BSc – 154 egyetem – 51	
A munkavégzés helye:	Budapest – 170 Pest megye – 40 egyéb megye – 285	
Mióta dolgozik ápolóként:	>15 év – 336 5–15 év – 90 pályakezdő – 69	
Szakterület:	pszichiátria – 129 mentős/sürgősségi – 71 egyéb (felnőttápolás) – 295	

BSc = tudományos alapvégzettség; OKJ = Országos Képzési Jegyzék

Eredmények

A demográfiai mutatók alakulását az 1. táblázatban mutatjuk be. (A felnőttápolási tagozat tagjai számos szakterületet képviselnek, őket „egyéb” kategóriaként jelenítjük meg a táblázatban és a 3. ábrán.) A mentális beteggel való találkozásra irányuló kérdésnél az derült ki, hogy élete során csupán 2 válaszadó nem találkozott még pszichiátriai beteggel, ők mindketten a felnőttápolási szakmacsoporthoz tartoznak. Az ápolók nagy többsége a munkája során minden szakterületen találkozott már mentális beteggel, de a felnőttápolásban dolgozók 36%-ának a családjában, a mentés és a sürgősségi ellátás területén dolgozók 25%-ának pedig a baráti körében is van mentális problémával élő személy. A megadott kórképek azonosításával foglalkozó kérdésre érkezett válaszok esetében kiemelendő, hogy a válaszadók jelentős hányada értékeli a különböző függőségeket rossz szokásként. Különösképpen a nikotinfüggőséggel megengedők, 60,2% csak rossz szokásnak tartja. Jól látszik ezenkívül például az autizmussal kapcsolatos diagnosztikus bizonytalanság. A delirium tremens is közel 40% pszichiátriai, illetve hasonló számú kitöltő neurológiai betegségnek tartja, de a viselkedészavar és a rossz szokás kategóriájába is többen sorolták (2. táblázat).

A 2. táblázatban felsorolt kórképek közül magasan a szkizofrénia került ki elsőként, 42%-os említési gyakorisággal. A második helyre a demencia (24%), a harmadikra pedig a pedofília (23%) került (1. ábra).

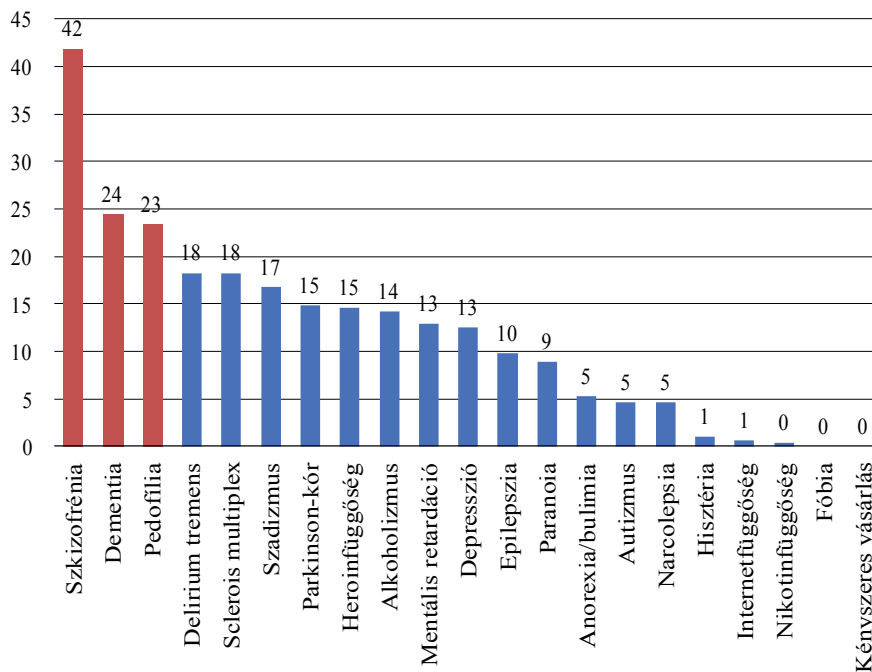
A tünetekre vonatkozó kérdésben a kérdőívet kitöltők közel 80%-a a fizikai agressziót, 64%-a az elutasító magatartást és az együttműködés hiányát, 54%-a pedig a verbális agressziót jelölte meg mint az ápolási munkát a leginkább megnehezítő tényezőt (2. ábra).

A három legnehezebben ápolható diagnózisként a drogfüggőséget (59%), az alkoholizmust/részegséget

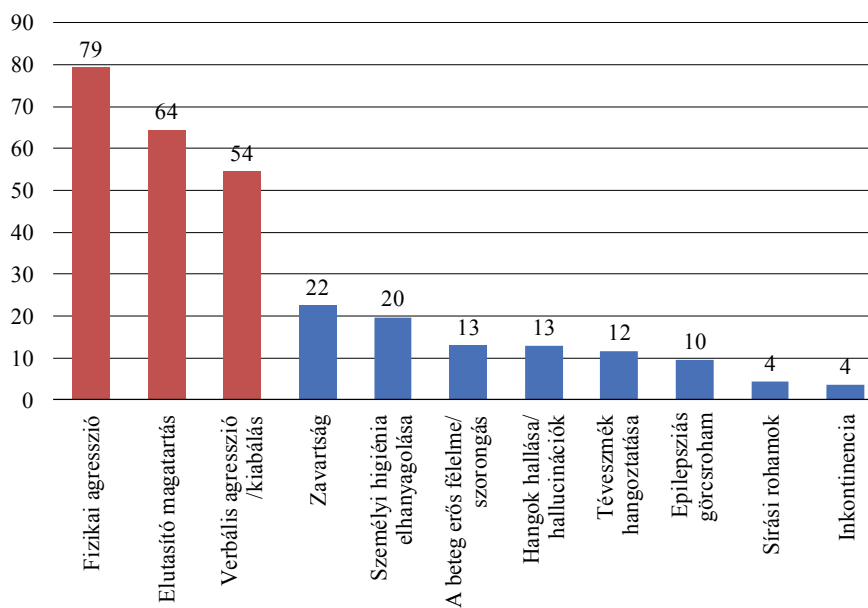
2. táblázat | Kórképek kategóriákba sorolása (soronként egy válasz volt lehetséges; n = 495)

	Rossz szokás	Viselkedészavar	Mentális betegség	Ideggyógyászati betegség
Dementia	0,4%	8,1%	54,8%	36,7%
Nikotinfüggőség	60,2%	10,2%	28,3%	1,3%
Delirium tremens	4,8%	14,0%	39,5%	41,8%
Depresszió	0,2%	10,4%	79,9%	9,5%
Sclerosis multiplex	0,4%	4,7%	2,3%	92,6%
Heroinfüggőség	26,1%	13,5%	56,3%	4,1%
Szadizmus	5,2%	47,3%	43,6%	3,9%
Anorexia/bulimia	5,0%	22,1%	68,1%	4,8%
Internetfüggőség	44,5%	21,0%	33,7%	0,8%
Epilepszia	0,0%	5,5%	1,7%	92,9%
Szkizofrénia	0,0%	9,9%	67,8%	22,4%
Alkoholizmus	27,4%	14,0%	56,1%	2,5%
Pedofília	4,3%	36,0%	56,3%	3,3%
Hisztéria	10,6%	50,4%	33,4%	5,6%
Kényszeres vásárlás	22,6%	34,4%	41,9%	1,0%
Narcolepsia	1,5%	7,1%	19,3%	72,1%
Mentális retardáció	1,0%	7,5%	62,2%	29,3%
Fóbia	5,9%	23,6%	64,4%	6,1%
Autizmus	0,6%	13,8%	43,2%	42,3%
Parkinson-kór	0,6%	5,3%	4,2%	89,9%
Paranoia	2,7%	13,2%	74,0%	10,1%

(51%), valamint az antiszociális személyiségzavart (45%) jelölték meg. A kitöltők 13%-a gondolja úgy, hogy sem a drog- és alkoholbetegek, sem a szkizofréniaival diagnosztizáltak nem felelősek a betegségükért, 7% szerint viszont mindkét csoportot felelősség terheli. A döntő többség, 81% szerint az addiktológiai problémákért van a betegnek személyes felelőssége, míg a szkizofrénia kialakulásáért nincs. A mentős-sürgősségi ápolók körében magasabb azok aránya, akik mindkét csoportot felelőssé teszik, míg a pszichiátriai ápolók között elterjedtebb az a vélemény, hogy egyik csoport sem felelős az állapotáért ($p = 0,005$). A saját fejlesztésű kérdések között vizsgáltuk a korábbi egészségügyi képzések hatékonyságának szubjektív megítélését. A válaszadók 47%-a inkább egyetért azzal az állítással, hogy korábbi tanulmányai során nem sajátított el megfelelő elméleti és gyakorlati ismereteket a pszichiátriai betegekkel való bánásmód és kommunikáció terén ($p = 0,000$). A pszichiátriai ápolók körében is viszonylag nagy arányú, 27% azok aránya, akik hiányosnak ítélik meg saját felkészültségüket, ugyanakkor természetesen a megfelelő felkészültséget is ez a csoport választotta a legnagyobb arányban. A mentési és sürgősségi ápolói csoport válaszadóinak majdnem fele (49%) ítéli meg a saját korábbi képzésének hatékonyságát negatívan, ezzel ők a leginkább kritikusak a saját oktatásukat illetően. Az oktatás



1. ábra | A kórkepek súlyosságának megítélése (az említések gyakorisága százalékban; n = 495)



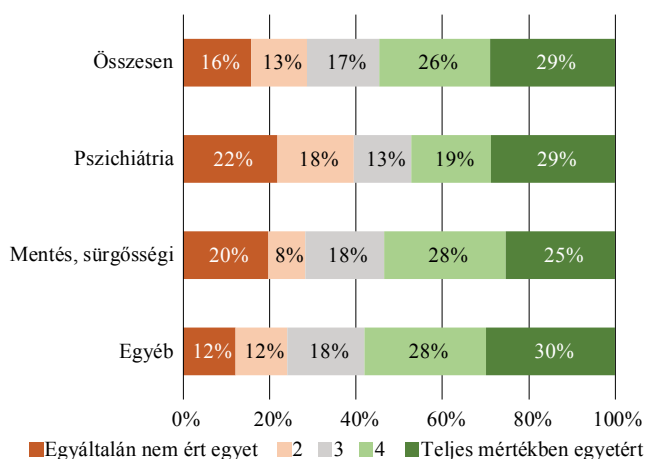
2. ábra | Az ápolási munka szempontjából nehézséget jelentő tünetek (az említések gyakorisága százalékban; n = 495)

során szerzett *ismeretek és az empátia közötti összefüggést* vizsgáló kérdésünk esetében a válaszadók több mint fele (55%) inkább egyetért azzal, hogy ha jobban értené a pszichiátriai betegségeket, nagyobb együttérzéssel ápolná az ilyen problémával küzdő embereket. Ebben a kérdésben a különböző szakterületek ápolói között nincs szignifikáns eltérés (3. ábra).

A *kirekesztő attitűdre* irányuló kérdésnél a válaszadók 40%-a szerint nem kellene, másik 40% szerint viszont lehetne ugyanabban a kórházban gyógyítani a pszichiátriai betegeket, mint a testi betegségben szenvedőket. Mar-

kás különbség van a pszichiátriai ápolók esetében a többi szakterülethez képest a kérdés megítélésében: körükben 60% támogatja a „vegyes” kórházak kialakítását. A teljes minta közel 60%-a helyesnek tartja, hogy a pszichiátriai betegeket a közösségbe, kisebb, önálló házakba költöztessék ki, míg mintegy 20% nem ért ezzel egyet. A mentős-sürgősségi ápolók körében nagyobb az elutasítás aránya ($p = 0,006$).

A Mentális Betegségek Attitűd Skála (3. táblázat) 30 attitűdkérdésére adott válaszok megoszlását az összes válaszadóra és szakterület szerinti bontásban elemeztük.



3. ábra | A mentális betegségek ismerete és az empátia összefüggései (százalék; n = 491; p = 0,060)

A χ^2 -alapú függetlenségvizsgálat eredménye az adott kérdéssel való egyetértés fokát és a szakterület közötti kapcsolat meglétét vizsgálta. Amennyiben a p-érték kisebb vagy egyenlő 0,05-tel, akkor 5%-os szignifikancia-szinten van kapcsolat a két változó között. A 30 ítemes skála antistigma-alindexeinek végső értékeihez vezető részeredményeiből néhány figyelemre méltó adatot szeretnénk kiemelni. A válaszadók fele (53%) inkább egyetért azzal az állítással, hogy a *súlyos mentális betegség miatt az ember élete végéig szenvedni fog*. A mentésügyi és sürgősségi ellátók körében nagyobb az egyetértés az állítással, mint a többi szakterületen dolgozók körében. A pszichiátrián dolgozóknak is közel fele (47%) egyetért az állítással (n = 492; p = 0,001). A válaszadók 37%-a inkább egyetért azzal az állítással, hogy a súlyos mentális betegségben szenvedő emberek *nem olyanok, mint más*

3. táblázat | Mentális Betegségek Attitűd Skála (az ASMI-skála magyar verziója)

1. Ha valaki súlyos mentális betegségben szenvedett valaha, élete végéig szenvedni fog tőle.
2. A súlyos mentális betegségben szenvedő emberek mind csődtömegek.
3. Minden erőfeszítés ellenére, a súlyos mentális betegségben szenvedő emberek sosem lesznek olyanok, mint a többi ember.
4. A súlyos mentális betegségben szenvedő embereknek életük végéig gyógyszert kell szedniük.
5. Meglátszik egy emberen, ha súlyos mentális betegsége van.
6. A súlyos mentális betegségben szenvedő emberek nem olyanok, mint más emberek.
7. A súlyos mentális betegségek könnyen felismerhetők.
8. A súlyos mentális betegségben szenvedő emberek képtelenek új készségek elsajátítására.
9. A súlyos mentális betegségben szenvedő emberek veszélyesek.
10. A súlyos mentális betegség balszerencse.
11. A pszichiátriai gyógyszerek függőséget okoznak.
12. Egy súlyos mentális betegségben szenvedő személy képes dolgozni.
13. Egy súlyos mentális betegségben szenvedő személyt ki lehet képezni egy munkára.
14. A súlyos mentális betegségben szenvedő emberek nem különböznek más emberektől.
15. A súlyos mentális betegségben szenvedő emberek képesek megküzdeni az életben felmerülő nehézségekkel.
16. Attól, hogy valaki pszichiátriai gyógyszert szed, még nem lesz más, mint a többi ember.
17. A súlyos mentális betegségben szenvedő emberek manapság már fel tudnak épülni.
18. A súlyos mentális betegségben szenvedő embereknek nem szabad feladniuk.
19. A súlyos mentális betegségben szenvedő embereknek specialista segítségét kell kérniük.
20. Ha valaki súlyos mentális betegségben szenved, jobb, ha olyan emberekkel barátkozik, akiknek ugyanilyen problémájuk van.
21. Jobb a problémákat eltitkolni, hogy elkerüljük a nehézségeket.
22. A súlyos mentális betegségben szenvedő embereket a barátaiknak nem kellene magukra hagyniuk.
23. Jobb, ha egy súlyos mentális betegségben szenvedő ember elkerüli a többi embert.
24. Ha valaki súlyos mentális betegségben szenved, azt nem szabad eltitkolnia a családjá és a barátai előtt.
25. A súlyos mentális betegségben szenvedő emberek úgy érzik, terhet jelentenek a családjuk számára.
26. A súlyos mentális betegségben szenvedő emberek általában alsóbbrendűnek érzik magukat.
27. A súlyos mentális betegségben szenvedő emberekkel általában másképpen bánnak a többiek.
28. A súlyos mentális betegségben szenvedő embereket hibáztatják a család szenvedéséért.
29. A súlyos mentális betegségben szenvedő emberek általában felelősnek érzik magukat a problémáikért.
30. A súlyos mentális betegségben szenvedő embereket nehezen érti meg a többi ember.

ASMI-skála = a súlyos mentális betegséggel szembeni attitűdöket mérő skála

emberek. Közel ugyanennyien, 41% nem értett egyet az állítással. A legnagyobb fokú egyetértés a mentésügyi és sürgősségi ellátók körében látható, ahol a válaszadók fele szerint a mentális betegek különböznek a többi embertől (harmaduk ráadásul teljes mértékben egyetértett.) Ezzel szemben a pszichiátrián dolgozók 60%-a szerint nincs különbség a mentális betegek és a többi ember között ($n = 494$; $p = 0,000$). Szakterületi bontásban érdemi különbségek láthatók a mentális betegek veszélyességének megítélésében. A pszichiátrián dolgozók kétharmada, míg a mentésügyi és sürgősségi ellátóknak csak mindössze egyharmada (31%) gondolja úgy, hogy nem veszélyesek. A többi szakterület dolgozói az átlagnak megfelelő arányban, közel 50%-ban nem értenek egyet az állítással ($n = 492$; $p = 0,000$). A válaszadók döntő többsége szakterülettől függetlenül egyetért azzal, hogy a többi embernek nehéz megérteni a súlyos mentális betegségben szenvedőket. Mindössze a válaszadók 5%-a gondolja úgy, hogy ez nem így van ($n = 493$; $p = 0,290$). Szakterülettől függetlenül a válaszadók többsége egyetértett azzal, hogy a súlyos mentális betegségben szenvedő emberekkel általában másképpen bántanak a többiek. Az egyet nem értők aránya 4–6% között alakult ($n = 494$; $p = 0,139$).

Az antistigmindex és alindexeinek bemutatása

A kérdőívben szerepeltetett attitűdállítások Madianos és szerzőtársai szerint alkalmasak az antistigmatizáló attitűd megragadására. Az állításokból faktoranalízis alkalmazásával négy latens attitűdot azonosítottak: 1) a sztereotipizálást, 2) az optimizmust, 3) a megküzdést és 4) az empátiát. A megbízhatóság (reliability) és az érvényesség (validity) vizsgálata után végső konklúziójuk szerint a közzétett attitűdállítások alkalmasak az antistigmatizációs attitűd megragadására. Elemzésünkben erre támaszkodva az egyes állításokra adott válaszokat tematikusan átlagoltuk, hogy megkapjuk a négy attitűd szerinti alindexeket, majd ezek – szintén súlyozatlan, számtani – átlagaként az antistigmindexet minden olyan válaszadó esetében, aki az összes állításra érvényes választ adott.

A leíró statisztikák alapján (4. táblázat) a sztereotipizálás, az optimizmus és az empátia vonatkozásában is megjelentek egészen szélsőséges véleménnyel rendelkező válaszadók. A legkisebb terjedelem a megküzdés alindex esetében figyelhető meg. Ebben a dimenzióban látható a legmagasabb fokú egyetértés az antistigmatizáló állí-

tásokkal, és itt figyelhető meg a legkisebb szórás is a válaszadók között, ami nagyfokú homogenitást jelez a megkérdezettek véleményében. A legnagyobb véleménykülönbségek az optimizmus tekintetében figyelhetők meg. Ezt támasztja alá az egyes indexek gyakorisági eloszlása is. A sztereotipizálás és az optimizmus alindexek esetében látható széttartás a válaszadók véleményei között, míg az empátia, de különösen a megküzdés viszonylatában egyöntetű a pozitív attitűd. Az antistigmindex a négy alindex számtani átlagaként került meghatározásra. Ennek alapján a válaszadók között nem szerepelnek szélsőségesen stigmatizáló attitűddel rendelkező személyek. Ez a megfigyelés akár a módszertan kritikáját is jelenthetné, mivel a megfigyelési egységek nem töltik ki a mutató teljes értelmezési tartományát. Érdemes ugyanakkor figyelembe venni, hogy a Madianos és szerzőtársai által kifejlesztett skála a teljes népesség stigmatizáló attitűdjét hivatott felmérni. Így nem meglepő, hogy az ápolók között, akik szakmájuk gyakorlása közben találkoznak mentálisan súlyosan sérült betegekkel, kevésbé gyakori a szélsőségesen stigmatizáló attitűd. Varianciaanalízissel összehasonlítottuk az antistigmindex átlagértékeit a különböző szociodemográfiai ismérvek mentén képzett csoportokban. Ez alapján 5%-os szignifikanciaszinten igazolást nyert az, hogy a szakterület szerint különböznek egymástól az antistigmindex átlagai. A pszichiátriai ápolók esetében figyelhető meg a legmagasabb (3,72) átlag, ezt követi a felnőttápolási tagozat „egyéb” ápolóinak átlaga (3,64), és a legalacsonyabb antistigmaértéket a mentős-sürgősségi területen dolgozók érték el átlagosan (3,56). A szakmai tapasztalat hossza szerint szintén szignifikáns eltéréseket tapasztalunk, ugyanakkor a kapcsolat a területen eltöltött évek száma és az antistigmaattitűd között nem monoton, nem mondható el, hogy minél több ideje dolgozik az ápoló, annál inkább jellemző rá a stigmatizáló attitűd. A varianciaanalízis igazolta, hogy a főiskolai vagy egyetemi (felsőfokú) iskolai végzettséggel rendelkezők kevésbé stigmatizálók. Figyelembe véve, hogy található szignifikáns különbség az antistigmindex átlagos értékeiben bizonyos ismérvek mentén, felmerülhet a kérdés, hogy az indexet alkotó négy alindex közül melyek felelősek ezért a különbségért. Ennek vizsgálatára további ANOVA-tesztet végeztünk a szociodemográfiai változók mentén az alindexek átlagaira. A sztereotipizálás alindex (továbbra is az alacsonyabb érték jelöli a kevésbé stigmatizáló attitűdot) esetében szignifikáns és markáns különbség figyelhető meg a pszichiátriai ápolók javára, különösen a mentős-sürgősségi ápolókkal szemben. Ebből a szempontból a szakmai tapasztalat mentén nem láthatók szignifikáns különbségek, viszont a felsőfokú végzettségűekre és a budapestiekre kisebb fokú sztereotipizálás jellemző. Az optimizmus alindex esetében is a pszichiátria felől érkezik a pozitívabb hozzáállás, és a mentős-sürgősségire jellemző a legkevesbé az optimizmus; valamint a felsőfokú végzettségűek átlagosan nagyobb pontszámot értek el, mint a szakképesítéssel rendelkezők és az OKJ-képzést végeztek.

4. táblázat | Az antistigmindex és az alindexek leíró statisztikái

	Elem- szám	Mini- mum	Maxi- mum	Átlag	Szórás
Antistigmatizációs index	462	2,3	4,7	3,6	0,4
Sztereotipizálás alindex	478	1,0	4,9	2,8	0,7
Optimizmus alindex	491	1,2	5,0	3,2	0,8
Megküzdés alindex	486	2,3	5,0	4,4	0,5
Empátia alindex	489	1,2	5,0	3,7	0,6

Össességében az eredmények azt mutatják, hogy a *pszichiátriai ápolókra kevésbé jellemző a stigmatizáló attitűd*, mint az egyéb területeken dolgozókra, *különösen a mentős-sürgősségi területen ápolókra*. Ez a különbség döntően a sztereotipizálás kisebb és az optimizmus nagyobb átlagos fokára vezethető vissza. A szakmai tapasztalatban adódnak eltérések, a kapcsolat azonban nem monoton, kizárólag a megküzdés tekintetében látható a rövid, legfeljebb egy éve dolgozók esetében kiemelkedő pozitív attitűd. *A felsőfokú iskolai végzettségükre kevésbé jellemző a stigmatizáló attitűd*, de ehhez hasonló különbség nem figyelhető meg főváros-vidék viszonylatban: csak a sztereotipizálás hiányának tekintetében tud előnyt felmutatni Budapest.

Megbeszélés

Vizsgálatunkban az ápolók mentális betegségekkel kapcsolatos ismereteit és a betegségben érintett emberekkel szembeni attitűdjét helyeztük a középpontba. Az elektronikus, önkitöltéses kérdőív módszerét választottuk, melynek előnye a rendkívüli költség- és időigényes személyes vagy telefonos kérdezéssel, illetve a postaival szemben az, hogy viszonylag rövid idő alatt, az anonimitást megnyugtató módon biztosítva, nagy mennyiségű adatot lehetséges begyűjteni és feldolgozni vele, minimális anyagi ráfordítással. Ugyanakkor a visszaérkezési arány nem befolyásolható, ami a vizsgálatok reprezentativitásának rizikótényezője. Saját vizsgálatunkban vállaltuk ezt a kockázatot, az alapsokaság nagy számára való tekintettel, akik a MESZK személyes hírlevélre regisztrált szakdolgozói közül kerültek ki. Tettük ezt annak ellenére, hogy ismert számunkra több kutatás problémája, az alacsony kitöltési hajlandóság. A MESZK elektronikus felületén keresztül korábban számos, országos kiterjesztésű felmérés készült. Ezek közül csupán az egészségügyi szakdolgozók munka- és védőruhájának kérdésében készült országos vizsgálat érte el a 10%-os reprezentációt, valamint egy homogén vizsgálati csoportban, a védőnők körében készült, a szakmai és anyagi helyzetükkel kapcsolatos felmérés, amely meghaladta a 30%-ot. Más szakmaterületen elektronikus úton készült, szűk érdeklődésre számot tartó kutatás csupán 3–8% közötti részvételi aránnyal került feldolgozásra. A jelen vizsgálat is e kategóriába sorolható. A legtöbb szakdolgozót a túszerűs balesetek vizsgálatának tárgyában sikerült eddig bevonni, de e korábbi vizsgálatok 2006 és 2013 között papíralapú önkitöltős kérdőívek felhasználásával készültek. Kutatásunk *limitáló tényezőjének* tekintjük tehát, hogy a kérdőív széles körű, több platformon történő terjesztése ellenére a részvételi arány elmaradt az előzetes várakozásoktól. Össességében a laikusok szűrésére kifejlesztett ASMI-skála, a pluszkérdésekkel kiegészítve, alkalmasnak bizonyult a negatív vélemények feltárására. A minta vizsgálati eredményei igazolták az egészségügyi szakdolgozók körében a rejtett negatív attitűdök, sztereotípiák jelenlétét, ugyanakkor fontos kérdésekre is rávilágítottak. Figye-

lemre méltó, hogy a vizsgálatban részt vevő ápolók nagy része úgy érzi, nem kapott elegendő „muníciót” a képzéseinek a mentális betegségek megértéséhez, a betegekkel való megfelelő bánásmódhoz vagy az akut állapotú betegekkel való kommunikációhoz. A szakképzésben a neurológia és a pszichiátria elméleti oktatása nem volt mindig elkülönítve egymástól. Jelenleg is használatban van olyan, a pszichiátriát kisklinikumként tárgyaló tankönyv, mely „Idegyógyászati szakápolástan” gyűjtőfejezetében öt és fél oldalt szentel a pszichiátriai betegségeknek [19]. Az agresszív beteggel való hatékony kommunikációt, illetve az asszertív technikákat az OKJ-képzések gyakran egy napba tömörített kommunikációs moduljában kell a hallgatónak elsajátítaniuk. *Irinyi és mtsai* az egészségügyi dolgozókat ért agressziót vizsgáló kutatásukban megállapították, hogy súlyos probléma az agresszió, és szükséges lenne a dolgozók megfelelő felkészítése az ilyen helyzetek megoldására [20]. Ezt támasztja alá a saját vizsgálatunk eredménye is, amely szerint az agresszió a legnehezebben kezelhető ápolási feladat. A mentésben és a sürgősségi ellátásban dolgozók markáns véleményét fogalmazták meg a szerfogyasztó személyek ellátásáról is. A szerfogyasztók sürgősségi ellátása kapcsán az agresszió reális kockázatával kell számolni. A betegek emberi méltóságának és személyiségi jogainak tiszteletben tartására különös gonddal kell ügyelni akkor is, ha esetenként elkerülhetetlen a kényszerintézkedés [21]. Egy dietetikus hallgatók körében végzett felmérés is a mentális betegségek mélyrehatóbb oktatásának szükségességét és az erre irányuló hallgatói igényt állapította meg, a táplálkozásvavarokhoz kapcsolódó ismeretek tükrében [22]. A főiskolai ápolóképzésben ugyanakkor pozitív kezdeményezés a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karának Ápolástan Tanszékén a pszichiátria tantárgy oktatási struktúrájába épített, érzékenyítést is jelentő óra. A hallgatók részéről igen kedvező fogadtatása van a főbb mentális betegségek tapasztalati szakértőkkel közös bemutatásának. A *szkizofrénia* betegséggel kapcsolatban hatékonyabb oktatási módszerek iránti igényre mutat rá vizsgálatunk azon eredménye, hogy magasan a szkizofréniát nevezték meg a legtöbben a betegségek súlyosság szerinti besorolásakor. Mindazonáltal meglátásunk szerint az akut ellátásban dolgozó ápolók számára a pszichiátria területe nehezen egyeztethető össze a *sürgősség, az akut életveszély* fogalmakkal. A balesettől vérző, erős fájdalmat jelző ember szenvedése látványos, a pszichózistól szenvedő ember kínzó gondolatai, a depresszióban lévő ember gyötrődése, belső vívódásai viszont kevésbé szembetűnők. *Kéri* szerint már gyerekkorban kialakul az a betegségfogalom, hogy aki lázas vagy köhög, az beteg, ami fáj, vérzik, az a betegség. Úgy véli, hogy erősen rögzülnek betegségjelzőként ezek a fizikai szinten jelentkező tünetek, és csak később tanuljuk meg, hogy társadalmunk betegségnek tekinti a belső lelki folyamatokat, a vágyak, érzelmek, gondolatok szélsőséges és tartós eltéréseit is. Önkéntelenül is tartózkodást, félelmet és elkerülést vált ki a hallucinációkkal magában tár-

salgó, furcsa, eksztatikusan viselkedő vagy visszahúzó ember látványa. Ezzel szemben egy fájdalomtól szenvedő, sérült, legyengült ember együttérzést, empátiát hív életre, hiszen esetében kétségkívül betegségről van szó [23]. A kulcs tehát a fejlesztésben, az ismeretek elsajátításában, vagyis az oktatásban van. Az eredmények azt mutatják, hogy az ápolók nagy része nem hisz a mentális betegek felépülésében, a pszichiátriai ápolók többsége sem. A felépülési modell (recovery model) nem a teljes gyógyulást tűzi ki célul, hanem egy reménytel, kielégítő életminőség elérését és az elérhető legönállóbb életvezetést, akár meglévő tünetek mellett [24]. Az ápolóképzések ugyanakkor a hagyományos klinikai megközelítéssel összhangban a tünetek megszüntetésére helyezik a hangsúlyt. A vártnál pozitívabb viszonyulást mutattak viszont az ápolók a nagy létszámú pszichiátriai szociális intézményekből a közösségbe kitagolt mentális betegek vonatkozó kérdésnél. Ez azért fontos, mert a megkezdett „férőhelykiváltás” a 2014–2020-as pénzügyi ciklusban az EU támogatásával folytatódik. Három európai uniós projekt is folyamatban van (EFOP-2.2.2-16, VEKOP-6.3.2-17, EFOP-2.2.5-17), amely az évtizedekkel ezelőtt, főként kastélyokban kialakított pszichiátriai otthonokból „visszahozza” a betegeket a társadalomba [5]. Ők az egészségügyi rendszer minden szintjén megjelennek majd, ezért is van kiemelt jelentősége az előítéletektől, a kirekesztő törekvésektől mentes, elfogadó, nyitott dolgozói attitűdnek.

Következtetések

Bár a biopszichoszociális modell fogalma régóta jelen van az egészségügyi képzések elméleti ismeretanyagában, a mentális betegségek jobb megértéséhez, a betegek humanisztikus, egyenlő bánásmódot nyújtó ápolásához és a mentális zavarban szenvedő emberek előítéletek nélküli elfogadásához szükséges az oktatás érzékenyítést is tartalmazó módszertani reformja. A sorstárs/tapasztalati szakértők bevonása a képzésekbe, a szenvedés- és felépüléstörténetek megismerése, az elméleti órákhoz kapcsolt őszinte, személyes hangvételű beszélgetés betegekkkel vagy a közösségi pszichiátrián töltött gyakorlat mind olyan elemek, amelyekkel pozitív eredmények érhetők el a mentális betegekkel szembeni szemléletváltás terén. Egy világszintű népbetegséggel, a depresszióval is foglalkozó pszichiátriának a kisklinikumi szint fölé kell emelkednie az oktatásban. Célszerű lenne a témát szakmai diskurzus tárgyává tenni. Ennek szükségességét megerősíti az a részvételi aktivitásból levont következtetésünk is, mely szerint a mentális betegségekkel kapcsolatos téma, fontossága ellenére, vagy nem ragadja meg a szakdolgozók nagy részének érdeklődését, vagy a hozzá kapcsolódó negatív érzések miatt a szakdolgozók hátrítják az együttműködést. Ennek hátterében olyan okok lehetnek, amelyek feltárására, az anonim kérdőíves módszerrel mellőzve, további, mélyebbre hatoló vizsgálatokat tartunk szükségesnek.

Anyagi támogatás: A közlemény megírása anyagi támogatásban nem részesült.

Szerzői munkamegosztás: Á. A.: A vizsgálat megtervezése, a mérőeszköz elkészítése, az engedélyek beszerzése, irodalomkutatás, az adatbázis kezelése, statisztikai elemzés, a kézirat szövegezése. B. Z.: A vizsgálat tervezése, irányítása, engedélyek beszerzése, a kézirat szakmai kontrollja. M. J.: A kézirat szakmai véleményezése. A cikk végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

Köszönetnyilvánítás

Köszönettel tartozunk a MESZK tagozatvezetőinek és azoknak a vezető ápolási szakembereknek, akik a kérdőívet terjesztették, valamint a kutatásban részt vevő minden egészségügyi szakdolgozónak a kitöltésért.

Irodalom

- [1] Scull A. (ed.) The cultural history of madness. [Az örület kultúrtörténete.] Corvina Kiadó, Budapest, 2017. [Hungarian]
- [2] Sztancsik V, Máth J, Pék Gy. Stigmatization of psychiatric patients and schizophrenic people in Hungary. In: Angyalosi G, Münnich Á, Pusztai G. (eds.) Interdisciplinary research in humanities. Constantine the Philosopher University in Nitra, Faculty of Central European Studies, Nitra, 2013; pp. 297–310.
- [3] Nieradzik K, Cochrane R. Public attitudes towards mental illness – the effects of behaviour, roles and psychiatric labels. Int J Soc Psychiatry 1985; 31: 23–33.
- [4] Buchman-Wildbaum T, Paksi B, Sebestyén E, et al. Social rejection towards mentally ill people in Hungary between 2001 and 2015: has there been any change? Psychiatry Res. 2018; 267: 73–79.
- [5] Ács A, Molnár E, Molnár Gy, et al. The care of people living with mental illness in the Hungarian social care system: the process of deinstitutionalization and the phenomenon of stigmatization. Developments Health Sci. 2019; 2: 1–8.
- [6] Stuart H. Violence and mental illness: an overview. World Psychiatry 2003; 2: 121–124.
- [7] Thornicroft G. Shunned: discrimination against people with mental illness. Oxford University Press, New York, NY, 2006.
- [8] Zrínyi M, Balogh Z. Professional attitudes and access to health care. [Szakdolgozói attitűdök és az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés.] Nővér 2002; 15(1): 11–17. [Hungarian]
- [9] Zrínyi M, Balogh Z. Student nurse attitudes towards homeless clients: a challenge for education and practice. Nurs Ethics 2004; 11: 334–348.
- [10] Thornicroft G, Brohan E, Rose D, et al. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. Lancet 2009; 373: 408–415.
- [11] Thornicroft G, Rose D, Kassam A. Discrimination in health care against people with mental illness. Int Rev Psychiatry 2007; 19: 113–122.
- [12] Lauber C, Nordt C, Braunschweig C, et al. Do mental health professionals stigmatize their patients? Acta Psychiatr Scand. 2006; 113(Suppl 429): 51–59.
- [13] Harangozó J, Reneses B, Brohan E, et al. Stigma and discrimination against people with schizophrenia related to medical services. Int J Soc Psychiatry 2014; 60: 359–366.
- [14] Ács A. BSc Nursing students' attitude study towards mental health patients. [Mentális zavarban szenvedőkkel szembeni

- attitűdvizsgálat BSc ápoló hallgatók körében.] ÁpolásÜgy 2012; 26(1): 15–18. [Hungarian]
- [15] Mészáros J, Balogh Z, Seregi J. Evolution of professional and moral esteem of graduate nurses. [Diplomás ápolók szakmai és erkölcsi megbecsülésének alakulása.] Orvosképzés 2002; 77: 297–301. [Hungarian]
- [16] Madianos M, Economou M, Peppou LE, et al. Measuring public attitudes to severe mental illness in Greece: development of a new scale. Eur J Psychiatry 2012; 26: 55–67.
- [17] Cohen J, Struening EL. Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals. J Abnorm Soc Psychol. 1962; 64: 349–360.
- [18] Taylor SM, Dear MJ. Scaling Community Attitudes Toward the Mentally Ill. CAMI SCALE. Available from: <https://camiscale.com/article-scaling-community-attitudes-toward-the-mentally-ill/> [accessed: August 27, 2019].
- [19] Rigó E. Neurological nursing. In: Kornéth A. (ed.) Small clinical nursing. [Ideggyógyászati szakápolástan. In: Kornéth A. (szerk.) Kisklinikumi szakápolástan.] Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2013; pp.15–48. [Hungarian]
- [20] Irinyi T, Németh A, Lampek K. Violence against health care providers and its correlations with sociodemographic and workplace-related factors. [Az egészségügyi szakdolgozókat ért agresszív cselekmények kapcsolata szociodemográfiai és munkahelyi tényezőkkel.] Orv Hetil. 2017; 158: 229–237. [Hungarian]
- [21] Tringer L. (ed.) Emergency care in psychiatry. [Sürgősségi ellátás a pszichiátriában.] Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2003. [Hungarian]
- [22] Ács A, Molnár Sz, Mák E, et al. Survey on the knowledge of dietitians and dietitian students of psychiatric disorders and their attitudes concerning mental patients. [Dietetikusok és dietetikus hallgatók pszichiátriai betegségekre vonatkozó ismereteinek és a mentális zavarban szenvedőkkel kapcsolatos attitűdjének vizsgálata.] Új Diéta 2016; 25(5): 15–18. [Hungarian]
- [23] Kéri Sz. The concept and interpretation of psychiatric illness in the light of recent neuroscience research. [A pszichiátriai betegség fogalma és értelmezése az újabb idegtudományi kutatások tükrében.] Magy Tud. 2009; 170: 899–905. Available from: <http://www.matud.iif.hu/2009/09aug/02.htm> [accessed: August 27, 2019]. [Hungarian]
- [24] Bugarszki Zs. A recovery-based approach to mental problems. [A mentális problémák felépülés alapú megközelítése.] Esély 2013; 24(5): 68–85. [Hungarian]

(Ács Andrea,

Pomáz, Somogyi-Bacsó u. 7/a, 2013
e-mail: acsandrea@netquality.hu)

„*Spina etiam grata est ex qua spectatur rosa.*”
(Egy tövisbokor is lehet szép, ha benne rózsá virít.)

Az Orvosi Hetilap 2019; 160: 1924. oldalán (48. szám) megjelent OH-kvízre egy helyes megfejtés érkezett.

A beküldő: *Dr. Bíró László* (Budapest).

A nyertesnek szívből gratulálunk.

Nyereményét – egy, az Akadémiai Kiadó webáruházában kedvezményes vásárlásra jogosító kupont – e-mailen küldjük el.

DIETETIKUSOK ÉS DIETETIKUS HALLGATÓK PSZICHIÁTRIAI BETEGSÉGEKRE VONATKOZÓ ISMERETEINEK ÉS A MENTÁLIS ZAVARBAN SZENVEDŐKKEL KAPCSOLATOS ATTITÜDJÉNEK VIZSGÁLATA

Ács Andrea okleveles ápoló, PhD-hallgató¹, Molnár Szilvia dietetikus, PhD-hallgató², Mák Erzsébet PhD dietetikus³, Balogh Zoltán PhD⁴

¹ Semmelweis Egyetem Doktori Iskola,

² Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Dietetikai és Táplálkozástudományi Tanszék,

³ Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Dietetikai és Táplálkozástudományi Tanszék

⁴ Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Ápolástan Tanszék

Absztrakt

Az evészavarok egy ideje az érdeklődés középpontjába kerültek. Az anorexia és a bulimia nervosa mellett napjainkban számos új, táplálkozással összefüggő, modern testképzavar kerül a pszichiátriai nosológiai (betegség-tani) rendszerbe. Az ilyen betegségek hatékony kezelése a pszichoterápia mellett szakszerű dietoterápiás segítséget is megkíván. Kérdőíves felmérés során megvizsgáltuk a dietetikusképzés régebbi és jelenlegi hallgatóinak ismereteit és a téma iránti érdeklődését. Felmértük a dietetikusok mentális betegekkel kapcsolatos attitűdjét, a megbélyegzést (stigmatizációt), illetve a nyitottságukat a két szakterület együttműködésére. Jelen munka a pszichiátriaoktatásnak a dietetikusképzésben való hatékonyságának növelésére tesz javaslatokat, valamint hangsúlyozza a multidiszciplináris teammunka szükségességét a mentális eredetű evészavarok gyógyításában.

Kulcsszavak: mentális zavar, dietetikus, attitűd, megbélyegzés, multidiszciplináris, oktatás

Bevezetés

A jelenlegi, modern társadalmakban sajnálatos módon egyre gyakrabban használjuk a evészavarok esetében a „népbetegség” jelzőt. Ez korántsem véletlen, hiszen az olyan, „klasszikus evészavarok”, mint az anorexia nervosa (AN) vagy a bulimia nervosa (BN) már rég nem egyeduralgok a mentális eredetű evészavarok palettáján (1). A XXI. század fogyasztói társadalmá kedvező feltételeket teremt az újabb, táplálkozással összefüggő zavarok kialakulásának, amelyeknek gyógyítása a táplálkozástudomány és a pszichiátria szakembereinek együttműködését igényli. A borderline („határeset”, „határvonal”) személyiségzavar talaján fellépő multiimpulzív AN és BN, a kompenzáló viselkedésformák (pl. hashajtózás, önhánytatás nélküli), a falászavar, illetve az ezzel ellentétesen működő, falásrohamok nélküli öntisztítással járó purgáló zavar egyre gyakrabban előforduló mentális rendellenességek. Ugyanakkor az evészavarok és a kényszerbetegségek

Abstract

SURVEY ON THE KNOWLEDGE OF DIETITIANS AND DIETITIAN STUDENTS OF PSYCHIATRIC DISORDERS AND THEIR ATTITUDES CONCERNING MENTAL PATIENTS

The food intake disorders recently has been the centre of interest. Beside anorexia and bulimia nervosa a number of new, modern diet-related body-image disorders has been added to the psychiatric nosological system. Effective treatment of such diseases in addition to psychotherapy requires professional help in diet-therapy. We examined the knowledge and interest of former and actual dietitian students in the topic during the survey. Dietitians surveyed the attitudes on mental patients, the stigmatization and the openness related to the cooperation of the two sectors. This study proposes the improvement of the efficiency of psychiatric education and the need for multi-disciplinary teams working on the treatment of eating disorders with mental origin.

Keywords: mental disorder, dietitian, attitude, stigmatization, multidisciplinary, education

határán elhelyezkedő, egészséges étel függőségként leírt orthorexia nervosa, vagy a modern testképzavarok kategóriába tartozó, grammra kimért és szinte zsírmentes, szigorú étkezési menetrendet követő, testépítő típusú evészavar is olyan kórképek, amelyeknek esetén a terápia dietetikus szakértő bevonásával lesz komplex (2).

A fekvőbetegeket ellátó pszichiátriai osztályokon viszonylag könnyen megvalósítható, hogy az intézményi dietetikus részt vegyen az evészavarban szenvedő beteggel foglalkozó multidiszciplináris team munkájában. Ugyanakkor a pszichiátriában zajló paradigmaváltás következtében egyre szélesebb körben alkalmazott közösségi ellátási forma, illetve a járóbetegeket ellátó szolgáltatók nélkülözni kényszerülnek a dietetikai tudomány képviselőinek szakértelmét. Szakmailag jogos kíváncsi, hogy az evészavarral küzdő betegek terápiajának étkezéssel, speciális diétákkal, tápanyagtartalommal, mennyiségi és minőségi mutatókkal és az anyagcserével kapcsolatos részét az erre kiképzett szakértői team tagja

menedzselje. Felmerül viszont a kérdés, hogy a dietetikusok fel vannak-e készítve a mentális zavarban szenvedőkkel való gyógyító együttműködésre, s mennyire nyitottak, elfogadók ezekkel a betegekkel szemben? Egy több szakterületet érintő, a pszichiátriai betegekkel szembeni attitűdöt és az egészségügyi dolgozók körében jelen levő stigmatizációt vizsgáló tanulmány részeként a dietetikus szakma régebbi és jelenlegi hallgatóinak körében is készült vizsgálat. Beszámolunk a felmérés eredményeiről, s javaslatokat teszünk a dietetikusok képzésében való felhasználásukra.

A vizsgálat célja

A pszichiátria és a táplálkozástudomány találkozási pontjai elsősorban a mentális eredetű evészavarokban keresendők. A közösen végzett terápiák sikere megkívánja a dietetikusok széles körű, elméleti képzését és gyakorlati tapasztalatokat is, ugyanakkor evidenciaként feltételezi a pszichoszociális problémával élők elfogadását (3). Az elsődleges célkitűzésünk ehhez kapcsolódóan az volt, hogy egy kisebb népességben felmérjük a kezdő, vagy még képzésben tanuló, leendő dietetikusok általános véleményét a mentális zavarban szenvedő emberekről. Célunk volt továbbá, hogy képet kapjunk a képzési programjuk pszichiátriát érintő tartalmi elemeivel szembeni elégedettségükről, valamint a két szakmai terület együttműködési lehetőségeiről és a dietetikusok téma iránti nyitottságáról. Célunk volt a dietetikusok körében felmérni a stigmatizációt, azaz a megbélyegző attitűd jelenlétét a más egészségügyi szakterületeken (például a mentés és sürgősségi ellátás, a felnőttápolás) már alkalmazott stigmakérdőívvel.

Vizsgálati módszer és minta

A vizsgálatot saját készítésű, önkitöltős, elektronikus kérdőívvel végeztük, amely kilenc zárt, egyszeres választásos és két nyitott szöveges kérdést tartalmazott. A kérdőíveket a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar Dietetikai és Táplálkozástudományi Tanszék jelenlegi, illetve a régebbi éveken végzett dietetikus hallgatóinak küldtük ki elektroni-

kus levélben a csoportok közös e-mail-címére. Összesen hetvenhat kérdőív érkezett vissza, mindegyik értékelhető volt.

Eredmények

A válaszadók 62%-a a főiskolai dietetikusképzés hallgatója, illetve a táplálkozástudományi mesterképzés hallgatói közül is kitöltötte egy fő. A többi válaszadó közül tizenegyen az elmúlt évben végeztek, tizenketten öt éven belül, egy válaszadó öt és tíz év között és öt olyan szakember is kitöltötte a kérdőívet, aki tíz évnél régebben járt a képzésre.

Akik úgy érzik, hogy a főiskolai képzésben nem kaptak elég információt a mentális betegségekről, már végzett dietetikusok, tehát a teljes képzésükre vonatkoztatva adták a nemleges választ. A képzésben még aktívan részt vevő hallgatók válaszából az derül ki, hogy nem tudják, szerepel-e majd a tantervben ilyen témájú előadás.

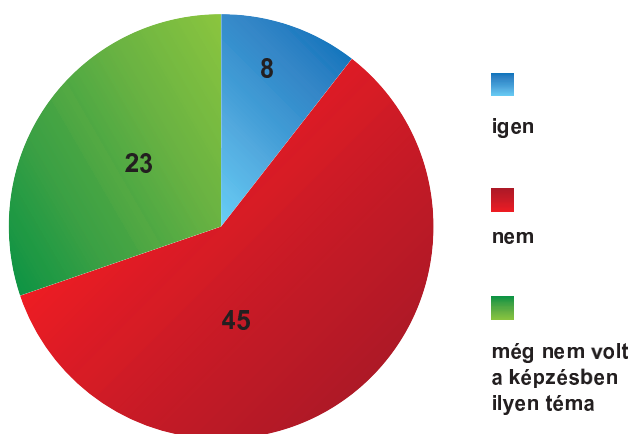
Milyen esetben választana munkahelyeül egy pszichiátriai beteget ellátó intézményt?

Harmincnnyolc fő válaszolta azt, hogy nem szívesen választana munkahelyeül egy ilyen profilú intézményt, huszonhét kitöltő viszont szívesen választaná. Nyolc fő írta, hogy számára mindegy hol dolgozik, csak legyen munkája, s mindössze három válaszadó írta, hogy soha nem lenne egy pszichiátriai intézet dolgozója.

A fenti kérdés alapján a válaszadók fele tehát nem dolgozna szívesen pszichiátriai beteget ellátó intézmény dietetikusaként, s ez az adat eltér a 2. ábrán bemutatott kérdés pozitív válaszaitól, illetve a 3. ábra 40%-ot (30 fő) és 54%-ot (41 fő) eredményező válaszaitól.

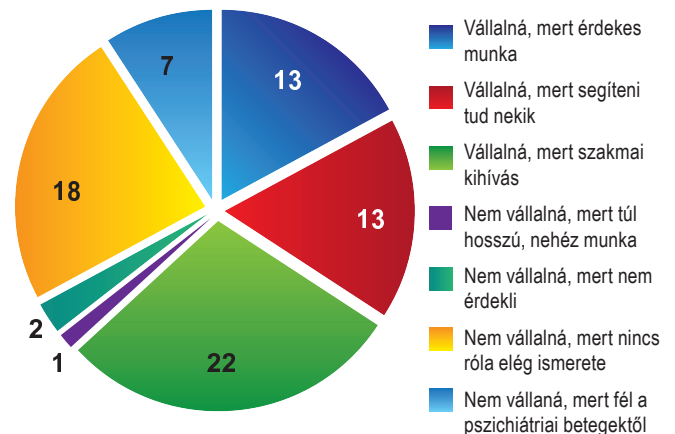
A közös munkára való erőteljes igényt tükrözi a dietetikusok önértékelésére és a pszichiátriai teammel való együttműködésére irányuló válasz. Harminc megkérdezett szerint teljes értékű tagja lehet egy mentális eredetű táplálkozásvizsgálatok gyógyításával foglalkozó teamnek a dietetikus munkatárs, ugyanakkor a válaszadók több mint fele érzi úgy, hogy az ilyen típusú munkacsoportokban „nem számítanak rájuk”, nincs lehetőségük a készségeik és a szakértelmük ilyen téren való kamatoztatására.

Úgy érzi, a képzése során elég ismeretet szerzett a mentális eredetű táplálkozásvizsgálatokról és az egyéb pszichiátriai betegségekről?



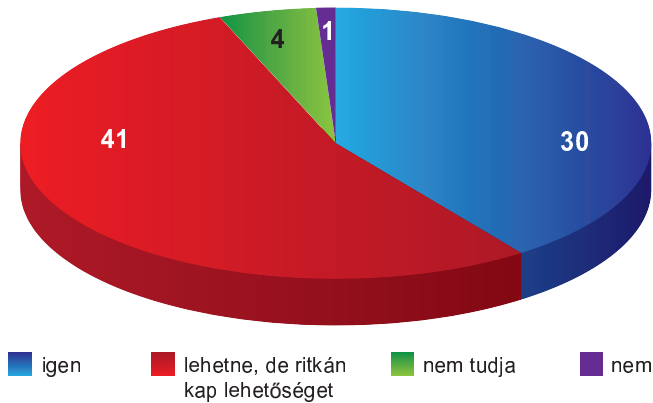
1. ábra A pszichiátriai ismeretek oktatására vonatkozó kérdés (n = 76)

Szívesen vállalná, hogy egy mentális eredetű táplálkozásvizsgálatok foglalkozó pszichiátriai team tagja legyen?



2. ábra A multidiszciplinaritásra irányuló kérdés (n = 76)

Megítélése szerint egy dietetikus teljes értékű tagja lehet egy pszichiátriai teamnek?



3. ábra Vélemények a dietetikusok multidiszciplináris teamben elfoglalt helyéről (n = 76)

Arra a kérdésre, hogy „Mennyire fogadná el egy mentális zavarban szenvedő ember közelségét?”, a következő eredmények születtek: huszonhat válaszadó írta, hogy elfogadná barátának, tizennyolcan távoli ismerősnek. Tizen azt írták, hogy az élet minden területén elfogadnák, akár párkapcsolatban is, kilenc kitöltőnek pedig a szomszédja lehetne. Heten csak a családjukban fogadnák el (pl. testvérként, unokatestvérként vagy szülőként), s hat válaszadó írta, hogy zavarná, bárki legyen az.

Tekintettel a minta elemszámára, pozitívnak értékelhető, hogy összesen hatan nyilatkoztak úgy, hogy minden szempontból zavaró lenne számukra egy mentális zavarral küzdő ember közelsége. Az alábbi kérdésekre adott válaszok összhangban vannak a kérdőív első kérdésénél kapott adatokkal, amely szerint a mentális zavarokról és terápiás lehetőségeikről nem elég széleskörűek a dietetikusok főiskolai képzésben szerzett információi. Itt jelenik meg ugyanakkor a felmérés során legszembetűnőbben a feltételekkel való elfogadás, illetve hét személynél a teljes elutasítás, s ez csaknem azonos a mentális zavarban szenvedők közelségét az élet bármely területén zavarónak érző válaszadók számával.

A mentális zavarok kezelésében egyre szélesebb körben terjed a közösségi pszichiátria módszertana. Ön ismeri ennek az ellátási formának a lényegét?

A válaszadók közül negyvenketten válaszolták, hogy nem, sosem hallottak róla. Huszonnyolc kitöltő már hallott róla, de nem ismeri a lényegét, s hatan voltak, akik igennel válaszoltak.

Ha felkérnék rá, el tudná képzelni, hogy a mentális zavarban szenvedő klienst a saját otthonában keresse fel, s ott nyújtson számára segítséget a táplálkozásban?

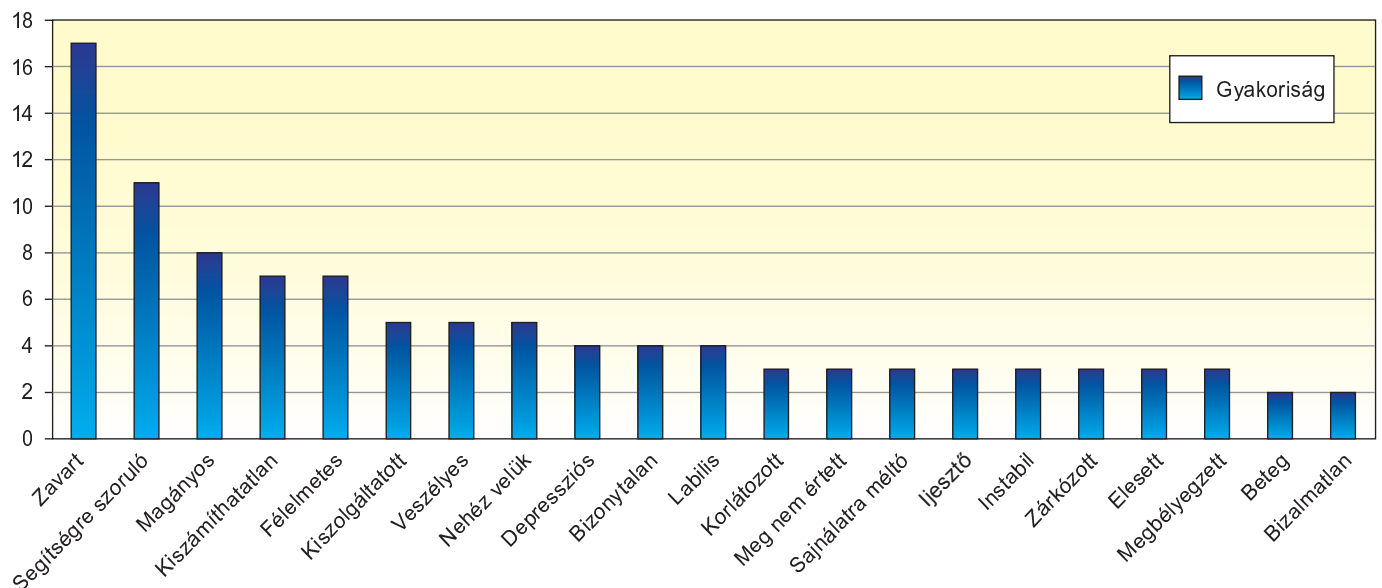
Hat kitöltő válaszolta, hogy igen, szívesen tenné, viszont a válaszadók közül ötvenketten attól tették függővé, hogy mi a pszichiátriai diagnózisa a segítendő személynek. Tizenegyen nem szívesen vállalnák ezt a feladatot, hét válaszadó pedig soha nem menne egy pszichiátriai beteg lakására.

Ha lehetősége nyílna rá, részt venne-e a mentális betegségekkel kapcsolatos továbbképzésen? - kérdésre a válaszadók nagy többsége, hatvanheten (88%) válaszoltak igennel.

A nyitott szöveges kérdések egyikében arra kértük a kérdőív kitöltőit, hogy írják le azt a három jelzót, amely eszükbe jut a pszichiátriai betegséggel élő emberekről (4).

Az alábbi jelzők, kifejezések egyszer fordultak elő: bátor, erős, más, önbizalomhiányos, makacs, szerencsétlen, vétlen, sokat bántott emberek, kihívás, hiányos táplálkozású, különc, dilis, agresszív, bonyolult, elhanyagolt, ellenkező, elveszett.

Végezetül megkértük a kérdőívet kitöltőket, hogy ha van a témával kapcsolatban bármilyen véleményük, gondolatuk, osszák meg velünk! Többen jelezték, hogy szívesen foglalkoznának a témával tantárgyak keretében és továbbképzéseken egyaránt. A táplálkozástudományi mesterképzés (MSc) hallgatója jelezte, hogy semmilyen formában nem szerepel a tananyagban a téma. Volt, aki kifejezetten jó ötletnek tartotta a dietetika és a pszichiátria összekapcsolását, és véleménye szerint ez egy olyan terület, amely dietetikai szempontból fejlesztésre szorul. Kiemelt fontosságúnak érezte egy kitöltő a mentális betegségekkel kapcsolatban a dietetikus feladatköreinek meghatározását. Egy válaszadó kifejtette, hogy szívesen megpróbálna ilyen betegekkel foglalkozni, mert szép cselekedetnek tartja, de nem tudja, hogy lelkileg meddig bír.



4. ábra Mentális betegséggel küzdő emberekre vonatkozó kifejezések (n = 76)

ná. Figyelemre méltó az alábbi vélemény is: „Szerintem nem veszik eléggé komolyan ezt a betegséget, beskatulyázzák az érintetteket, mint „nem normális” embert.”

Következtetések

A válaszadók többsége kevésnek érzi a dietetikusképzés során kapott információkat a mentális zavarokról, illetve a velük összefüggő evészavarokról. A túlnyomó részük szívesen dolgozna egy multidiszciplináris, pszichiátriai teamben. Hiányos információval és feltételezhetően az ebből adódó félelemmel indokolták azok, akik nem nyitottak az ilyen típusú betegségben szenvedőkkel való munkára.

Egy 2012-ben végzett felmérés a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar alapképzésben (BSc) részt vevő ápolóhallgatóinak a mentális zavarban szenvedőkkel szembeni attitűdjét vizsgálta hatvankét fő részvételével. Az ápolóhallgatók válaszaik szerint a főiskolai évfolyamban zavarná legkevésbé őket egy mentális problémával élő ember, kevésbé tolerálnának egy beteg szomszédot, míg a válaszadók többségét a barátai közül mentális betegségben megbetegedő személy zavarná legjobban. Ezzel szemben a dietetikusok 34%-a elfogadna barátként egy mentális beteget, s örvendetes, hogy a nagy többségük valamilyen formában elfogadná a mentális zavarban szenvedő emberek jelenlétét a privát életében is. Kiemelkedően pozitív viszonyulást tükröz azoknak a véleménye, akik akár párkapcsolatban is elfogadók lennének.

A nyitott kérdésben, amelyben három jelzőt írhattak a mentális betegekre a válaszadók, nagy gyakorisággal fordulnak elő a szemantikai elemzés alapján *pozitív attitűdöt* feltáró szavak, s a jelzők nem tartalmaznak negatív konnotációkat (másodlagos jelentéseket). Elgondolkodtató, hogy a *hiányos táplálkozás*, mint a mentális zavarral élő ember jellemzője, megjelent a kifejezések között, tehát arra lehet következtetni, hogy az ilyen betegségek összekapcsolódhatnak számukra a szociális degradációval.

A kapott válaszok alapján kijelenthető, hogy a dietetikusok nyitottak, alapvetően elfogadó attitűddel viseltetnek a mentális betegek iránt. Ennek ellenére a megkérdezettek fele nem szívesen dolgozna pszichiátriai profilú intézményben, amelynek okait ez a vizsgálat nem tárta fel. A közösségi ellátásban való munkát, amelynek során a gyógyító team tagjai a beteget az otthonában keresik fel, s egyéni kezelési terv alapján, a kliens céljaival összhangban, bizonyítékokon alapuló módszerek alkalmazásával, a hozzátartozók bevonásával segítik őt a felépülés útján, ötvenketten csak bizonyos diagnózisok esetében vállalnak.

Javaslatok

Hazánkban társadalmi szinten a mentális zavarban élők elfogadottsága elmarad sok európai vagy tengerentúli országtól (5). Az elmúlt években bekövetkeztek olyan, tragikus események, amikor feltehetően kezeletlen pszichiátriai beteg követett el végzetes kimenetelű cselekményt, s ez időlegesen ráirányította a pszichiátriára a figyelmet. A média sokszor helytelen kommunikációja kedvezőtlenül befolyásolta a közvéleményt, erősítve ezzel a közgondolkodás megbélyegző (stigmatizáló) voltát (6). Tény, hogy manapság hazánkban a mentális zavarban élő emberek a betegségükből kifolyó-

lag olyan megítélés alá esnek, amely nagyon megnehezíti számukra, hogy munkát vagy barátokat találjanak, illetve a közösség teljes jogú tagjaként éljék az életüket. A sok pénzből finanszírozott, rövid idejű kampányokba szervezett, stigmák elleni tevékenységnél jóval hatékonyabb, ha az oktatás alapjaiba helyezzük bele és folyamatosan szinten tartjuk a szemléletmódot befolyásoló tényezőket (7). Pozitív hatása lenne a közösségi pszichiátriai ellátás megismerésének is. Bizonyított tény, hogy a programban dolgozók attitűdjével ellentétben a megkülönböztetés vagy a megbélyegzés bármely formája (8). Továbbképzések szervezésével, érdekes esetek megbeszélésével és a jó gyakorlatokban részt vevő dietetikusok hatékony segítségének bemutatásával érdemes lenne a két területet közelebb hozni egymáshoz. Ahogyan az ápolóképzés bizonyos szintjein, illetve az Eötvös Lóránd Tudományegyetem (ELTE) szociálismunkás-képzésében már alkalmazott úttörő kezdeményezés a tapasztalati szakértő bevonása az elméleti oktatásba a pszichiáter szakorvos előadó mellé, úgy a dietetikusok oktatásában is növelné a hatékonyságot, ha a felépült anorexiás, illetve egyéb táplálkozászavarból gyógyult betegek rendszeres bevonásával zajlana az adott téma oktatása. Az említett képzések hallgatóinak elégedettségi kérdőívben adott visszajelzései alapján szakszerű, hiteles és nagyon emberközeli volt az olyan konzultáció, amelynek során a tanított kórképet egy beteg segítségével tanulhatták meg (9).

Munkánk konklúziója, hogy a nagy humánerőforrás-hiánnyal küzdő pszichiátriai ellátórendszer a növekvő betegszám miatt olyan kihívás előtt áll, amelynek nem fog tudni megfelelni a dietetikusok szorosabb bevonása nélkül. A fogyasztói társadalom kultúráján alapuló klasszikus és új keletű evészavarok megelőzése és hatékony kezelése multidiszciplináris teendők szükségességét vetíti előre (10). Csak a két szakterület folyamatos képzésével és terápiás együttműködésével valósítható meg a XXI. század civilizációs ártalmainak hatására kialakuló, modern pszichoszomatikus betegségek gyógyítása.

Irodalom

1. Túry F, Szabó P. A táplálkozási magatartás zavarai: az anorexia nervosa és a bulimia nervosa. Budapest: Medicina Kiadó; 2000.
2. Túry F, Babusa B. et al. Az evés- és testképzavarok újabb típusai a modern civilizációs ártalmak között. Magyar Tudomány, 2010; 171(11):1306-1315.
3. Stewart MC, Keel PK. et al. Stigmatization of anorexia nervosa. International Journal of Eating Disorders, 2006; 39(4):320-325.
4. Rose D, Thornicroft G, Pinfold V. et al. 250 labels used to stigmatise people with mental illness. BMC Health Serv.Res., 2007; 7(1):97.
5. Sartorius N. Iatrogenic stigma of mental illness. British Medical Journal, 2002; 324:7352.
6. Sartorius N, Schulze H. Reducing the stigma of mental illness. Cambridge University Press. 2005.
7. Ács A. Mentális zavarban szenvedőkkel szembeni attitűdvizsgálat BSc ápolóhallgatók körében. Ápolásügy, 2010; 26(1):15-18.
8. Balogh Z. Alapellátás az Egyesült Királyságban: Beszámoló a tanulmányútról. NŐVÉR, 1996; 9(2):18-20.
9. Balogh Z, Novák A. Pszichiátria és ápolástana: tanulási útmutató. Budapest: Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar; 2005, 89.
10. Roehrig JP, McLean CP. A comparison of stigma toward eating disorders versus depression. International Journal of Eating Disorders, 2010; 43(7):671-674.

Mentális zavarban szenvedőkkel szembeni attitűd vizsgálat BSC ápoló hallgatók körében

Az egészségügyi rendszer szinte minden területén naponta megfordulnak pszichiátriai betegek. A mentális zavarok gyakran olyan tünetekkel kezdődnek, amelyekkel a kliens a házi orvosát vagy valamelyik szakrendelést keresi fel először, segítséget kérve. Vajon felkészültek-e a belgyógyászati, sebészeti vagy más szakterületeken dolgozó egészségügyi szakemberek a pszichiátriai problémával élők megfelelő fogadására? Ismerik a velük való hatékony kommunikáció eszközeit és képesek rá, hogy előítéletek nélkül, a nem mentális zavarban szenvedő kliensekkel azonos bánásmódban részesítsék őket? Az egészségügyi szakdolgozók a különböző képzések során szereznek-e olyan gyakorlati ismereteket, amelyek a pszichiátriai betegekkel szembeni pozitív attitűdöt, és a stigmatizációtól, kirekesztéstől mentes ápolási munkát segítik elő? A szerző a SE Közösségi Pszichiátriai Centrum nemzetközi anti-stigma kutatása résztvevőjeként tevékenykedett a kliensek által megélt stigma felmérésében. Munkája során joggal merült fel a kérdés, hogy vajon mit gondolnak a gyógyítók képviselői ugyanerről? A Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar MSc Ápoló képzés másodéves hallgatójaként egy kérdőíves kutatás keretében vizsgálta a BSc képzés ápoló hallgatóinak mentális zavarban szenvedő emberekről alkotott véleményét és a pszichiátrián töltött területi gyakorlatok hatását az előítéletekre.

Bevezetés

Az emberiség történetében akár a legtávolabbi időkre visszatekintve is azt a következtetést vonhatjuk le, hogy a mentális zavarok különböző formái mindig jelen voltak az emberek életében. A XXI. század civilizált társadalmi már megannyi új pszichiátriai kórképet mondhatnak magukénak. Számos betegségről bebizonyosodott, hogy a kialakulásának lelki okai vannak. A statisztikák azt mutatják, hogy a mentális betegségek száma nő. Társadalmi szinten a mentális zavarban élők elfogadottsága elmarad sok európai vagy tengerentúli országtól. Az elmúlt években történt olyan tragikus események, amikor feltehetően kezeletlen pszichiátriai beteg követett el végzetes kimenetelű cselekményt, időlegesen ráirányították a pszichiátriára a figyelmet. Olyan is előfordult, hogy bűnözőket indokolatlanul pszichiátriai problémával élőként mutattak be. A média sokszor eltűzött kommunikációja, a történetek hetekig tartó, nyilvános „boncolgatása” és több riportalany sommás nyilatkozata az ügyről kedvezőtlenül befolyásolta a közvéleményt, erősítve ezzel a közgondolkodás stigmatizáló voltát. Tanúi lehettünk többször annak is, hogy sajnálatos módon pszichiátriai betegeket ellátó intézményben, vagy ilyen profilú részlegen a páciensek között történt valamilyen fatális kimenetelű esemény. Ezekben az esetekben a szakdolgozók egyoldalú felelősségének firtatása, az ápolószeméllyel szembeni vádak megfogalmazása elsődleges reflexként jelent meg a közvéleményben. A sokszor felszínes vizsgálatok után lezajló „bűnbakkepzési folyamatok”, és azok szenzációs médiahírként történő közvetítése a lakosság felé, a szakdolgozói imázs rombolását és a pszichiátriai betegeket ápoló szakemberek negatívabb megítélését eredményezték. Tény, hogy ma Magyarországon a mentális zavarban élő emberek a betegségükből kifolyólag olyan megítélés alá esnek, amely nagyon megnehezíti számukra, hogy munkát, barátokat találjanak illetve a közösség teljesjogú tagjaiként éljék az életüket. Ugyanakkor az egészségügyi szakképzési mutatók

alapján tény az is, hogy a pszichiátria nem tartozik a legnépszerűbb területek közé.

1. A pszichiátriai ellátás jelene

Magyarországon a kórházi ellátáson alapuló elme-egészségügyi modell alkotja az ellátórendszer döntő részét. Az intézmények mellett az ambuláns ellátást végző gondozók, és a kevés helyen, de viszonylag nagy hatékonysággal működő közösségi ellátó szolgálatok is az ellátási struktúra részét képezik. Több politikai cikluson átvélő kórházi ágyszámcsökkentési-hullám eredménye, hogy jelentős csökkenés következett be a pszichiátriai ágyak számában is. Az egészségügyi reform keretében végrehajtott struktúraátalakítás legnagyobb vesztese a pszichiátria lett, amikor az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet 2007-ben bezárásra került. A „szakma Trianonja”-ként emlegetett intézkedést racionálisan meg kellett volna előznie az ellátórendszer egyéb területein végrehajtott fejlesztéseknek, ehelyett rendkívül szervezetlenül, rombolóan történt a bezárás. Az OPNI megszüntetése mellett jelentős, országos viszonylatban 24%-os aktív ágyszám-csökkentés történt, melyet minimális, 4%-os krónikus férőhelybővítés kísért. Ezzel hazánk a pszichiátriai fekvőbeteg ellátó kapacitások tekintetében Európában a 23. helyen áll. Több európai országban, köztük Angliában már a 90-es években, Olaszországban pedig ennél jóval korábban megtörtént a nagy pszichiátriai gyógyintézetek kitagolása úgy, hogy alternatívaként közösségi elveken és erőforrásokon alapuló szolgáltatásokat fejlesztettek. A franciaországi Lille-ben például 12 aktív pszichiátriai ágy van a 230 ezer körüli lakosra, és az ellátást teljesen a közösségbe szervezték ki.

A Magyarországon megkezdett egészségügyi reformból csak az intézmény bezárás és aktív-ágy leépítés valósult meg, sajnos a közösségi ellátórendszer kellő mértékű fejlesztése elmaradt. 2010-ben a forráselvonások következtében kis híján összeomlott a gondozói hálózat. Sőt, napjainkban, a gazdasági válság miatti költségcsökkentés eredményeképp a közösségi ellátások eddigi finanszírozása is csökkent. Ugyanakkor számos szakmai, gazdasági, humanista és emberi jogi érv szól amellett, hogy a közösségi ellátások fejlesztése szükségszerű, és elengedhetetlen feltétele a XXI. századi Magyarország pszichiátriai ellátórendszerének.

2. Közösségi pszichiátria kontra stigma

Az átfogó közösségi alapú pszichiátriai ellátás magában foglalja a közösségi gondozást, a közösségi ápolást, akár az intenzív ellátást jelentő házi hospitalizációt, (ez még Magyarországon az elégtelen finanszírozás miatt kevésbé valósítható meg) a betegek nyomon követését, és szükség esetén a gondozó személyzet 24 órás elérhetőségét. Az alkalmazott bizonyítékokon alapuló stratégiák: a pszichoedukáció, a stresszkezelési technikákat tartalmazó kommunikációs tréning, az életvezetési és a szociális készségeket fejlesztő tréning, a problémamelemző és problémamegoldó technikák, valamint az alvási problémákra, öngyilkossági gondolatokra, az agresszióra, illetve a hallucinációk felerősödésére használt specifikus technikák. A felsorolt stratégiák a közösségi ápolást, gondozást végző szakember által megtanításra kerülnek a gondozott kliens, és a hozzátartozóik számára egyaránt (Falloon et al., 2006). Összességében a hagyományos ápolással szemben a *közösségi ápolás és gondozás közösség-központú*. Nem egyénnel, hanem embercsoportokkal dolgozik, és a közösséget tekinti egységnek.

Ugyanakkor figyelembe veszi, hogy a közösség tagjai egyben önálló személyiségek. Az individuális törekvések, egyéni célkitűzések is teret kapnak a közösségi ápolás és gondozás programjában. Az ápolók munkájukkal támogatják a családot és barátokat is abban, hogy az önellátásra vonatkozó ismereteket megszerezzék és a képességeiket gyakorolni tudják (Balogh, 2008). A közösségi modell az intézményes lehetőségek helyett az egyéni megoldásokat preferálja, és megvalósítja a *holisztikus ápolást*. A hagyományos ellátásokban az alapápolási teendőkön túlmenően az ápolási funkciók nagy részét a függő és az együttműködő funkciók teszik ki a pszichiátriai osztályokon. Épp ezért újszerű a közösségi pszichiátriai ellátás és gondozás módszertanában a szakdolgozói szerepek más megvilágításba helyezése. A közösségben az ápoló önálló funkciói kerülnek előtérbe. Szaktudása, tapasztalata révén képes a moduláris gondozási program végrehajtására. Az orvosi szupervízió lehetősége adott, bármi kor elhet vele, különös tekintettel a gyógyszerrel, a nagyon súlyos pszichotikus tünetekkel vagy az öngyilkosság kockázatával kapcsolatos kérdésekre. A mentális zavarral élő kliens és családja rendszeres látogatásával, a velük való konzultációkkal, a szakdolgozó maga is a közösség részévé válik, hiszen a találkozók alkalmával olyan *emberközeli helyzet* teremődik, amely kihat a betegekkel szembeni attitűdre. Merőben más a beteg problémáival egy fekvőbeteg osztályon felvett ápolási anamnézis szintjén szembesülni, mint az általa elmondottakat a saját lakókörnyezetében vizsgálni. Szorosabb, bizalmi elveken alapuló terápiás kapcsolat épülhet ki, amelyre a kórházban eltöltött viszonylag rövid idő, a minimalizált ápolási napok miatt korlátozott a lehetőség. Az ilyen terápiás kapcsolat magában hordozza a *prevenziót*, hiszen a relapszusok megelőzését, illetve a kezdődő fellángolás korai felismerését és hatékony menedzselését könnyebb megvalósítani egy tartós partneri viszony során. Bizonyos, hogy a pszichiátriai pácienseket a közösségben ápoló szakdolgozók szemléletmódja különbözik a fekvőbetegeket ellátó intézmények szakembereitől. A közösségben dolgozó ápolók betegekkel szembeni attitűdjét pozitívan befolyásolják a beteg otthonában zajló találkozók, a közös problémamegoldások, a tanítás-gyakorlás folyamata és az együtt kitzűzött egyéni célok elérése érdekében tett közös erőfeszítések. Mivel a közösségi ellátás igyekszik elkerülni a betegek társadalmi kirekesztését és izolációját, evidenciának tűnik, hogy a *programban dolgozó attitűdjével ellentétben a megkülönböztetés illetve a megbélyegzés bármely formája*.

3. A hallgatói attitűd vizsgálata

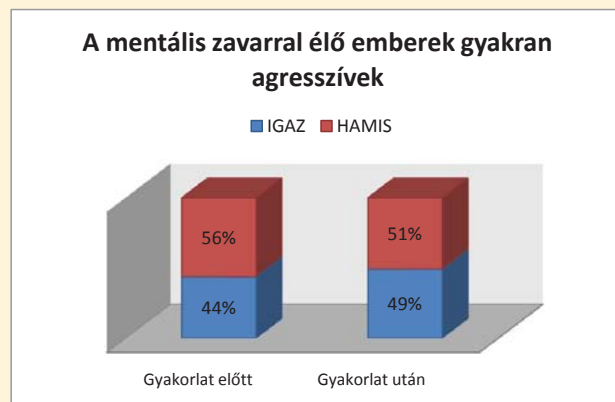
Az egészségügyi ellátórendszer más szakterületein megjelenő, mentális zavarban szenvedő kliensekhez az ott tevékenykedő szakdolgozók csak a korábbi képzéseik során szerzett tapasztalatokra alapozva viszonyulhatnak. Ebből következik, hogy mind az egészségügyi szakképzés, mind a felsőoktatás területén a pszichiátria oktatásához kapcsolódó gyakorlatoknak komoly szerepe van az ápolók további attitűdjének kialakításában: azaz a rögzült sztereotípiák csökkentésében, a mentális zavarokkal kapcsolatban a köztudatban lévő félelmek és a betegségeket övező stigmák elosztatásában. Sajnálatosan a főiskolai hallgatók pszichiátria tantárgyhoz kapcsolódó területi gyakorlatai a fekvőbeteg intézményekre korlátozódnak. Azt szellemiséget, amit a negatív előítéletek, félelmek elosztatása terén a közösségi ellátás képvisel, többnyire nincs lehetőségük megismerni.

Felmerül tehát a kérdés, hogy akik a pszichiátriai betegekkel való bánásmódot tanulják, milyen gondolatokkal, érzésekkel kezdik meg a gyakorlataikat, az intézményekben pedig pozitív, vagy negatív szemléletformáló impulzusok érik őket?

A hallgatók attitűdvizsgálatára a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar BSc Ápolás szakirányú, 4. évfolyamos, nappali és levelező tagozaton tanuló hallgatói körében került sor. Az önkitöltéses, anonim kérdőív 8 db, igaz-hamis választási lehetőséget nyújtó állítást tartalmazott. Az állítások megpróbálták felmérni a hallgatók pszichiátriai betegektől való félelmét. A barátaik között, a szomszédságukban, illetve a főiskolai évfolyamtársak között váratlanul kiderülő mentális betegség tolerálhatóságáról is számot adtak a hallgatók. A kliensek munkaerőpiacon való alkalmazhatósága, valamint a megfelelő gondozás kriminális cselekedetek megelőzésében betöltött szerepe volt még egy-egy állítás középpontjában. Az utolsó állítás így szólt: „nem szívesen dolgoznék pszichiátriai osztályon”. Ezt erősíthették meg, vagy ítélték hamisnak a hallgatók. Egy nyitott kérdés keretében lehetőséget kaptak arra is, hogy leírják a témával kapcsolatos véleményüket. A mintavétel 4 alkalommal történt, a nappali és a levelező tagozatosoknál egyaránt a pszichiátria tanórákon. A kérdőívet a **területi gyakorlat előtt** összesen **62 fő**, a **gyakorlat után 59 fő** töltötte ki.

4. Eredmények

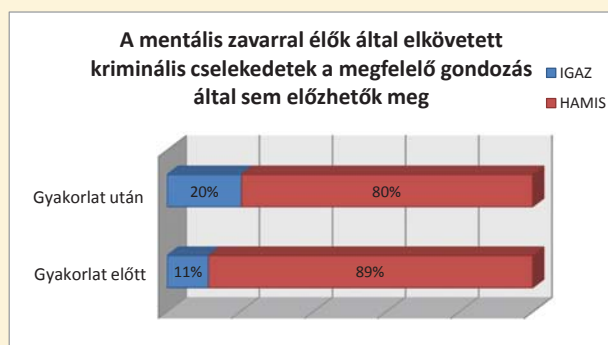
Az 1. kérdésre adott válaszok aránya a vártnál pozitívabb eredményt hozott. A hallgatók 81%-a állítja, hogy nem fél a pszichiátriai betegektől. Ez önmagában örvendetes tény, és a hallgatók jövőbeli pályafutása során a mentális zavarban szenvedő emberekhez való viszonyulásukban *pozitív alapotívumnak* tekinthető. Ugyanakkor ez az arány a második kérdésre adott válaszokkal *várható korrelációt nem mutatja*.



1.sz.ábra

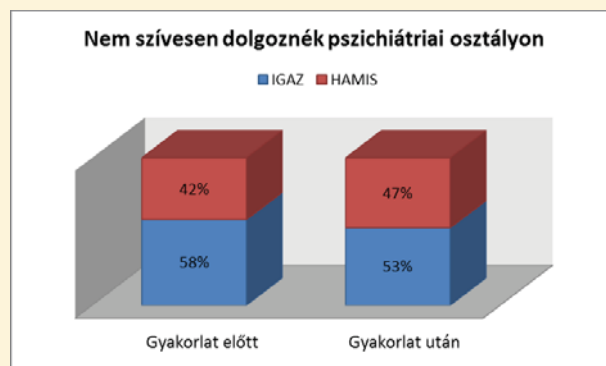
A hallgatók által vállalt viszonylag alacsony szubjektív félelem érzéséhez kapcsolódva feltételezhető, hogy a második állítás, mely szerint „a mentális zavarral élő emberek gyakran agresszívek”- hasonlóan alacsony eredményt mutat. Ezzel szemben a hallgatók 44%-a adott igenlő választ a kérdésre. (1.sz. ábra) Az ellentmondás abban észlelhető, hogy bár jóval több hallgató tartja alapvetően agresszívnek a pszichiátriai problémával élőket, ugyanakkor a többségük kijelenti, hogy a feltételezett agresszivitás ellenére nem érez félelmet velük szemben. A gyakorlat a félelemmel kapcsolatos érzésen 4%-ot javított, a második kérdésre viszont a *gyakorlat letöltése nem javította, hanem 5%-al ron-*

totta a pozitív-negatív válaszok arányát. A gyakorlat előtt a hallgatók 44%-a, utána pedig már 49%-a tartja agresszívnek a betegeket. A következő három állítás a hallgatók privát életéből fiktív helyzeteket modellezve, az érzelmeiken keresztül próbálta a mentális zavarban szenvedőkhöz való viszonyulásukat feltérképezni. A válaszok alapján a legkevésbé a főiskolai évfolyamban jelen lévő beteg ember zavarná a hallgatókat. A szomszédaik között már kisebb mértékben tolerálnák és a leginkább zavarónak a barátaik között kiderülő pszichiátriai problémát tartanák. Ez a negatív megítélés a gyakorlat letöltése után oly mértékű javulást mutatott, hogy végeredményben a beteg szomszédal szembeni ellenállást erősítette fel leginkább. A 6. kérdésnél a hallgatók 40%-a szerint a legtöbb munkakörben való alkalmazásra a mentális zavarban élők nem alkalmasak. A klinikai gyakorlat kis mértékben befolyásolta a véleményüket, a gyakorlat után 4%-al látták a helyzetet kedvezőbbnek.



2. sz. ábra

A mentális zavarok megítélésében hangsúlyozott szerepe van azoknak a híradásoknak, amelyek tragikus kimenetelű, kriminális cselekedetek pszichiátriai betegekhez köthető elkövetését kommunikálják. A „tényői családirtás”, az ácsi gyilkosság, vagy a pécsi lövöldöző egyetemista esete sokáig borzolta a kedélyeket, és felvetődött újra meg újra a kérdés: vajon megelőzhető lett volna? A 7. kérdésre adott válaszokat kíváncsiság övezte, mivel a fenti sajnálatos esetek, illetve a hasonló történetek után időlegesen mindig célkeresztbe kerülnek az ellátórendszer gondozást érintő hiányosságai. Tervek, programok, módosító javaslatok születnek, melyek többnyire a megvalósítás előtt egy „fiókban végzik”, finansziális okokból. Vajon a hallgatók mit gondolnak a gondozás keretében végzett pszichoszociális rehabilitáció hatékonyságáról, és a mentális zavarral élők által elkövetett kriminális cselekedetek megelőzésében betöltött szerepéről? A hallgatók 89%-a gondolja úgy, hogy a megfelelő gondozással megelőzhető lennének a páciensek által elkövetett bűncselekmények. (2.sz.ábra) A gyakorlat rontott az arányokon. A második fázisban kapott 80% viszont még mindig figyelemre méltó arány, mert kicsi az esélye annak, hogy a hallgatók a klinikai gyakorlatuk során közösségi ápolási/gondozási programmal ismerkedhettek volna, a fekvőbeteg ellátó intézményeknek pedig gyakorlatilag semmilyen prevenciósi tevékenységre nincs kapacitásuk. A hallgatók túlnyomó része mégis hisz abban, hogy a megfelelően végzett, személyre szabott gondozási programok nem hagyják a klienseket hetekre eltűnni, a gyógyszerek szedését abbahagyva sokszor kellemetlen, kínzó tünetektől szenvedni, amelyek esetleg kriminalitáshoz is vezethetnek.



3. sz. ábra

A 3. számú ábrán látható 8. kérdés eredménye többféle megközelítésben magyarázható. Az, hogy a hallgatóknak több mint a fele (58%) nem dolgozna pszichiátriai osztályon, megkérdőjelezheti az 1. kérdés viszonylag nagyarányú kedvező válaszait. Több mint 80%-uk állítja, hogy nem fél a pszichiátriai betegektől és a magánéletében is elfogadná a többség a jelenlétüket, mégis sokan elutasítják a pszichiátriai osztályon való munkát. A gyakorlat minimálisan pozitívan befolyásolta a véleményüket, de a hallgatók nagyobb része ezután sem szeretne ilyen jellegű részlegen dolgozni. Az utolsó, nyitott kérdés lehetőségével viszonylag kevesen éltek. Volt, aki a félelme okaként a nem megfelelő terápiákat próbálta leírni, akadt, aki mentális zavarban szenvedő ismerősével szerzett tapasztalatait osztotta meg. Egy hallgató a betegek felelősségét firtatta, szerinte „mindenki meggyógyítható, ha Ő is akarja”, illetve voltak, akik javaslatot tettek a vizsgálat folytatására több, árnyaltabb, diagnózisokra is kiterítő kérdések feltevésével.

5. Összegzés

A vizsgálati eredmények azt mutatják, hogy a hallgatók közel egyharmada negatív előítéletekkel kezdi meg a pszichiátria elméleti oktatásához tartozó területi gyakorlatait. Bár a többségük úgy érzi, hogy nem fél a betegektől, ennek ellenére a hallgatók felének az a véleménye, hogy a mentális zavarban szenvedők gyakran agresszívek. Ugyanakkor a 62 főből 36 hallgató érzi úgy, hogy nem szívesen dolgozna pszichiátrián. Ez több mint a megkérdezettek fele, alaphelyzetben, gyakorlati tapasztalatok nélkül. Ebből egyenesen következik egyfajta negatív prekonceptió, amely szerint a pszichiátriai osztályokon dolgozni valami miatt nem jó. Az eredmények alapján ellentmondásos következtetés vonható le a hallgatói többségnél: agresszívnek tartom a betegeket, de én nem félek, viszont mégsem szívesen dolgoznék velük.

A pszichiátria szakterülete egy különleges világ, amely sokak számára megfoghatatlan, érthetetlen. Az egyes kórképek esetenként furcsa, néha ijesztő tüneteit nem mindenki képes mélységeiben vizsgálni és megérteni. Az emberek nagy része az alapján ítél, amit a betegségről hallott akár ismerősöktől, vagy a médiából. Az egészségügyi szakdolgozóknál ehhez adódik hozzá az az információ, amit a tanulmányaik során szereznek a mentális zavarokról. A gyakorlatban szerzett tapasztalatok funkciója a megtanult elméleti tudományok áthelyezése a valós élethelyzetekbe. A területi gyakorlatokon megismert betegek és a gyógyításukban alkalmazott terápiás módszerek empirikus megfigyelése útján teljesedik ki a pszichiátria tanulásának folyamata. Eb-

ből következik, hogy a **gyakorlatoknak kulcsszerepe van a hallgatók mentális zavarokkal szembeni látásmódjának alakulásában.** Fontos a **gyakorlati helyszíneken uralkodó szemlélet** és az ott **dolgozók attitűdje**, mivel mintát szolgáltatnak a hallgatóknak a betegekkel való bánásmód terén. Kiemelten fontos a **gyakorlatokon oktató** tevékenységet folytató **kollégák szakmai felkészültsége** valamint **személyisége.** Az oktatást végző szakember betegeihez való saját viszonyulása, a kliensekkel való kommunikációja és a holisztikus emberkép megjelenése a gyógyító munkában meghatározó jelentőségű. A fekvőbetegeket kezelő pszichiátriai intézmények néha „ipari” jellegű ellátási struktúrájában az ún. „forgóajtós betegek” problémáján túlmenően finanszírozási anomáliák, a megfelelő ápolási eszközök hiánya és humán erőforrás gondok is nehezítik a minőségi betegellátás megvalósítását. Tovább árnyalja tehát a gyakorlati oktatás helyzetét, hogy az adott intézményekben kik kerülnek be a programba oktatóként és mit adnak át a hallgatóknak? Jogos elvárás az, hogy a gyakorlatok során a hallgatók olyan benyomásokat szerezzenek, amelyek alapján képesek az addigi negatív érzéseiket megváltoztatni. A vizsgált **mintá azon egyedeinél, akik alapvetően negatív attitűddel kezdték meg a gyakorlatokat,** ez csak kismértékben sikerült. A gyakorlat náluk **nem volt effektív az előítéletek tekintetében.** Végeredményben a hallgatók 26%-ánál **nem sikerült elosztatni azokat a stigmatizáló tényezőket,** amelyek a betegekhez való negatív viszonyulásukat előidézték. Az akut pszichiátriai osztályokon a betegpopulációt tekintve a hallgatók képzéséből kimaradnak azok a partneri viszonyra épülő, emberközelű, **„felhasználóbarát” gyakorlati elemek, amelyek** a közösségi pszichiátriai ellátásban alapértékek. A korai figyelmeztető tünetekre alapozott és komplex stresszkezeléssel egybekötött relapszus prevenció program módszertanának elsajátítására is csak a közösségben van lehetőség. A **kliensek, mint tapasztalati szakértők bevonása** az oktatásba és általuk a tünetekhez kapcsolódó érzések megismerése szintén olyan sajátosság, mely eltér a fekvőbeteg osztályon megkért pácienssel való 5-10 perces beszélgetéstől.

A vizsgálat eredményei alapján összességében kijelenthető, hogy a **csak pszichiátriai osztályon, vagy** nagy pszichiátriai intézményben eltöltött klinikai **gyakorlatok nem elég hatékonyak** a negatív előítéletek, indokolatlan félelmek **elosztatásában,** és a holisztikus szemléletű, társadalmi integrációt célul kitűző **közösségi ellátási modell gyakorlatát is meg kellene ismerniük** az ápoló hallgatóknak.

6. Javaslatok

A vizsgálat eredményei rámutattak arra, hogy indokolt lenne a főiskolai ápolóképzésben a pszichiátria tantárgy tanítása során szervezett **klinikai gyakorlatok bővítése a közösségi területi gyakorlattal.** Fontos lenne továbbá a **hallgatói elégedettség** vizsgálata. Korábban a klinikai gyakorlat után működött a **minőségellenőrzésnek** az a formája, ahol a hallgatók egy kérdőíven visszajelezhették a gyakorlat egészével és a benne tevékenykedő oktatók munkájával kapcsolatos véleményüket, érzéseiket. A gyakorlati oktatásba nem csak szakmai alapon kerülnek be

emberek. Egy oktatási programnál célszerű a **minőséget monitorozni,** és ehhez **indikátorokat** alkalmazni. A **hallgatói vélemény** egy olyan indikátor, amely **nem hagyható figyelmen kívül** az oktatás színvonalának emelése illetve megtartása szempontjából. A gyakorlati oktatást megelőző elméleti képzésben egy-egy diagnózis tanításakor növelné a hatékonyságot, ha az **előadáson meghívottként egy kliens** is beszélhetne a betegségére fellángolásakor tapasztalt tünetekről, érzéseiről és tapasztalatairól. Mivel a pszichiátria tantárgy oktatásában a specialitás miatt nincs lehetőség demonstrációs termi szimulációra, az ilyen megoldások más képzésekben már sikeresnek bizonyultak és komoly pozitív erejük van a hallgatói előítéletek elosztatásában. Célszerű lenne a Falloon féle közösségi ellátás módszertani moduljainak elméleti oktatásba való beillesztése is. A stresszkezelés technikája, a probléma megoldó beszélgetés vagy a hatékony kommunikáció elsajátítása számos, a pszichiátriától független „hasznos” is eredményezne a hallgatók számára. Végezetül **folyamatos stigma-ellenes tevékenységre** volna szükség az egészségügyi képzések minden szintjén. Már a középiskolai szinten fontos lenne elkezdni a fiataloknál egy jól felépített programot, mely a negatív előítéletek kialakulásának megelőzését célozná, és azt a felsőoktatásban is tovább vinni.

A tetemes összegekből finanszírozott, rövid idejű, kampányokba szervezett stigmák elleni tevékenységnél jóval **hatékonyabb,** ha az **oktatás alapjaiba helyezzük** bele és folyamatosan **szinten tartjuk** a szemléletmódot befolyásoló tényezőket. Csak így érhető el, hogy a mentális zavarban szenvedő embertársaink kirekesztés nélkül élhessenek közöttünk és a betegségükhöz mérten is teljes jogú tagjai legyenek európai társadalmunknak.

Irodalom

- Bakonyi, P. (1984). *Téboly, terápia, stigma.* Budapest: Szépirodalmi Könyvkiadó.
- Balogh, Z. (2008) Az ápolóképzés fejlesztése a közösségi ápolás területén. Doktori (PhD) értekezés, Semmelweis Egyetem, Patológiai Orvostudományok Doktori Iskola
- Falloon, Ian R.H., és az Integrált Pszichiátriai Ellátás munkacsoportja, (2006) A Közösségi Pszichiátria és Addiktológia magyar kézikönyve szakemberek, felhasználók és hozzátartozók számára. Budapest: Ébredések Alapítvány
- Harangozó, J., Tringer, L., Gordos, E., Kristóf, R., Wernig, R., Slezák, A., Lőrincz, Zs., Varga, A., Bulyáki, T., (2001). Paradigma váltás a pszichiátriában. (2001) *Lege Artis Medicinae.* .11 (8-9), 573-586..

Szerző: Ács Andrea
Diplomás ápoló, Eü.-i szakmenedzser
MSc Ápoló hallgató



KUTATÁSI BESZÁMOLÓ

**A PSZICHOSZOCIÁLIS FOGYATÉKOSSÁGGAL
ÉLŐ SZEMÉLYEK TÁRSADALMI
HELYZETÉT FELTÁRÓ ORSZÁGOS KUTATÁSRÓL**

DOI:10.14753/SE.2020.2401

KUTATÁSI BESZÁMOLÓ

**A PSZICHOSZOCIÁLIS FOGYATÉKOSSÁGGAL
ÉLŐ SZEMÉLYEK TÁRSADALMI
HELYZETÉT FELTÁRÓ ORSZÁGOS KUTATÁSRÓL**

DOI:10.14753/SE.2020.2401

DOI:10.14753/SE.2020.2401

KUTATÁSI BESZÁMOLÓ

**A PSZICHOSZOCIÁLIS
FOGYATÉKOSSÁGGAL ÉLŐ
SZEMÉLYEK TÁRSADALMI
HELYZETÉT FELTÁRÓ
ORSZÁGOS KUTATÁSRÓL**

A GYÓGYPEDAGÓGIA FEJLESZTÉSÉÉRT ALAPÍTVÁNY

BUDAPEST, 2017

DOI:10.14753/SE.2020.2401

Készült az Emberi Erőforrások Minisztériuma 59467/2015. számú szerződés támogatásával végzett „Országos kutatás pszichoszociális fogyatékos személyek köréről és társadalmi helyzetéről” című kutatási program keretében.

SZERZŐK

Ács Andrea ▪ *Bányai Borbála* ▪ *Bugarszkei Zsolt* ▪ *Bulyáki Tünde* ▪ *Csabai Lucia* ▪ *Cserti-Szauer Csilla*
Gordos Erika ▪ *Gurbai Sándor* ▪ *Gyarmati Andrea* ▪ *Kondor Zsuzsa* ▪ *Légmán Anna* ▪ *Papházi Tibor*
Perlusz Andrea ▪ *Petri Gábor* ▪ *Pichler Zsófia* ▪ *Simon Dávid* ▪ *Tausz Katalin*

A KUTATÓCSOPORT TAGJAI VOLTAK TOVÁBBÁ

Horváth Péter

Mérey Zsolt ▪ *Radó Iván* ▪ *Szőke Zsolt* tapasztalati szakértők

Acél Réka ▪ *Gyöngyösi Katalin* ▪ *Lakatos Albertné* ▪ *Molnár Anna* ▪ *Porkoláb Eszter*,
az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar hallgatói

A KUTATÁST VEZETTE ÉS A KÖTETET SZERKESZTETTE

Perlusz Andrea

OLVASÓSZERKESZTŐ

Szerencsés Hajnalka

NYOMDAI ELŐKÉSZÍTÉS ÉS GRAFIKA

Szauer Gyöngyi

A borító Lombos Judit alkotásának felhasználásával készült.

ISBN 978-963-12-8507-9

© Szerzők, 2017

© Perlusz Andrea szerkesztő, 2017

© A Gyógypedagógia Fejlesztéséért Alapítvány, 2017

Kiadja A Gyógypedagógia Fejlesztéséért Alapítvány.

Cím: 1097 Budapest, Ecseri út 3.

Felelős kiadó: Nádas Pál, a kuratórium elnöke.

Nyomás és kötészet: Komáromi Nyomda és Kiadó Kft.

Cím: 2900 Komárom, Igmándi u. 1.

Felelős vezető: Kovács János Ferenc ügyvezető

PREAMBULUM – <i>PERLUSZ ANDREA</i>	7
JOGSZABÁLYI KÖRNYEZET – <i>GURBAI SÁNDOR</i>	9
A MENTÁLIS PROBLÉMÁK KEZELÉSÉNEK NEMZETKÖZI TENDENCIÁI – <i>BUGARSKZI ZSOLT – CSERTI-SZAUER CSILLA</i>	18
A MENTÁLIS PROBLÉMÁVAL KÜZDŐ EMBEREK ÉS A MAGYAR PSZICHIÁTRIAI ELLÁTÓRENDSZER BEMUTATÁSA – <i>GORDOS ERIKA – ÁCS ANDREA</i>	37
SZEMLELETBELI KÜLÖNBSÉGEK A PSZICHIÁTRIAI BETEGEK MEGÍTÉLÉSÉBEN ÉS A SEKTORKÖZI EGYÜTTMŰKÖDÉSEK SZEREPE – <i>ÁCS ANDREA – PETRI GÁBOR</i>	43
AZ ELLÁTÓRENDSZEREK MŰKÖDÉSE ÉS EGYMÁSHOZ VALÓ VISZONYA – <i>ÁCS ANDREA – GORDOS ERIKA</i>	58
PSZICHOSZOCIÁLIS FOGYATÉKOSSÁG ÉS PREVENCIÓ – <i>PICHLER ZSÓFIA</i>	66
PSZICHOSZOCIÁLIS FOGYATÉKOSSÁGGAL ÉLŐ SZEMÉLYEK MUNKAREHABILITÁCIÓJA – <i>BULYÁKI TÜNDE – GORDOS ERIKA</i>	93
A PSZICHOSZOCIÁLIS AKADÁLYOZOTTSÁGGAL ÉLŐK AZ ADATOK TÜKRÉBEN – <i>SIMON DÁVID – TAUSZ KATALIN</i>	107
PSZICHIÁTRIAI BETEGEK ELLÁTÁSÁNAK STATISZTIKÁJA A SZOCIÁLIS ALAP- ÉS A NAPPALI ELLÁTÁSOKBAN – <i>PAPHÁZI TIBOR</i>	131
PSZICHIÁTRIAI BETEGSÉGGEL ÉLŐK INTÉZMÉNYI ELLÁTÁSA – <i>GYARMATI ANDREA</i>	155
FÓKUSZCSONPORTOS KUTATÁS PSZICHIÁTRIAI BETEGNEK DIAGNOSZTIZÁLTAK KÖRÉBEN – <i>BÁNYAI BORBÁLA – CSABAI LUCIA</i>	183
EGY ALFÖLDI KISVÁROS ÉS BUDAPEST EGY KERÜLETE PSZICHIÁTRIAI ELLÁTÓRENDSZERÉNEK ÖSSZEHASONLÍTÓ VIZSGÁLATA	272
HOL A HELYÜK A PSZICHIÁTRIAI BETEGNEK DIAGNOSZTIZÁLT EMBEREKNEK A TÁRSADALOMBAN – EGY FÓKUSZCSONPORTOS VIZSGÁLAT TAPASZTALATAI – <i>LÉGMÁN ANNA – KONDOR ZSUZSA</i>	297
PSZICHIÁTRIAI BETEGNEK DIAGNOSZTIZÁLT SZEMÉLYEK TÁRSADALMI RÉSZVÉTELE – NARRATÍV INTERJÚK ELEMZÉSE – <i>LÉGMÁN ANNA</i>	301
HAZAI SZAKPOLITIKAI AJÁNLÁSOK: AZ ORSZÁGOS PSZICHOSZOCIÁLIS KONCEPCIÓ MEGALKOTÁSA – <i>BUGARSKZI ZSOLT – CSERTI-SZAUER CSILLA</i>	318
MELLÉKLETEK	327

DOI:10.14753/SE.2020.2401

PREAMBULUM

Az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar alapítványaként működő „A Gyógypedagógia Fejlesztéséért Alapítvány” az Emberi Erőforrások Minisztériuma megbízásából 2016. január–2017. március között kutatást folytatott a pszichiátriai betegként diagnosztizált személyek helyzetének feltárására „Országos kutatás pszichoszociális fogyatékos személyek köréről és társadalmi helyzetéről” címmel.

A kutatói team tagjai voltak: *Ács Andrea, Bányai Borbála, Bugarszkei Zsolt, Bulyáki Tünde, Csabai Lucia, Cserti-Szauer Csilla, Gordos Erika, Gurbai Sándor, Gyarmati Andrea, Horváth Péter, Kondor Zsuzsa, Légmán Anna, Papházi Tibor, Perlusz Andrea, Petri Gábor, Pichler Zsófia, Simon Dávid, Tausz Katalin.*

Az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar hallgatói: *Acél Réka, Gyöngyösi Katalin, Lakatos Albertné, Molnár Anna, Porkoláb Eszter.*

Tapasztalati szakértők: *Mérey Zsolt, Radó Iván, Szőke Zsolt.*

A kutatást *Perlusz Andrea*, az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar főiskolai tanára vezette.

A kutatás legfontosabb kérdései az alábbiak voltak:

1. Hogyan definiálható az érintettek csoportja?
2. Hányan vannak?
3. Milyen az élethelyzetük?
4. Milyen szolgáltatási igényeik vannak?
5. Mibe kerül a mai ellátás az államháztartásnak?
6. Milyen akadályozó tényezők tapasztalhatók az érintettek életében, ellátásában?
7. Hogyan illeszthetők rendszerre a jelenlegi szolgáltatások differenciált szolgáltatások formájában?

Jelen kötet a kutatási program során elkészített dokumentumokat tartalmazza. Az anyag elméleti és empirikus részekből áll, melynek végén a kutatócsoport szakmapolitikai ajánlásokat fogalmazott meg.

A Gyógypedagógia Fejlesztéséért Alapítvány és az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar történetében nem előzmény nélküli a pszichoszociális fogyatékos témájával való foglalkozás. Szakmai érdeklődésünk alapját az ENSZ Fogyatékos-sággal Élő Személyek Jogairól szóló Egyezmény adja, s mint a hazánkban egyetlen, a fogyatékosok széles spektrumára kiterjedő gyógypedagógusképzést folytató intézmény, feladatunknak éreztük, hogy az Egyezmény szellemében e tematika is a szakmai diskurzus fókuszába kerüljön. További célunk, hogy a kutatási projektek során előálló tudást visszaforgassuk a szakemberképzésbe. E projekt előzményeként 2013. szeptember 1.–2014. augusztus 31. között a Magyar Gyógypedagógusok Egyesülete együttműködve a Lélek-Hang Egyesülettel, A Gyógypedagógia Fejlesztéséért Alapítvánnyal és az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Karával 9996,90 euró támogatást nyert el a „Semmit rólunk, nélkülünk! Hiszem vagy tudom? Csinálom!” című projekt megvalósítására. Az EGT/Norvég Civil Támogatási Alap által támogatott projekt célja az volt, hogy a Fogyatékos-sággal élő személyek

jogairól szóló egyezmény és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyv kihirdetéséről szóló 2007. évi XCII. törvény 1. cikkének megfelelően aktívan segítse elő a pszichoszociális fogyatékossgal élő emberek társadalmi inklúzióját. A projekt során – egyebek mellett – kidolgozásra és kipróbálásra került egy kurzustematika, melyet választható kurzusként kínáltunk a hallgatóinknak két féléven keresztül. A projekt eredményeképpen a kötet megjelenése idején az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Karán zajló tantervfejlesztési munkálatok nyomán előálló új tantervben az alapozó képzésbe már kötelező tartalomként kerül be a pszichoszociális fogyatékossgal élő személyek témája.

A kutatócsoport vezetőjeként magam és a kutatásban részt vevő munkatársaim nevében szeretnék köszönetet mondani az EMMI Fogyatékossgügyi Főosztálya vezetőjének, *dr. Jubász Péternek* és munkatársának, *Matus Ágnesnek*, valamint az EMMI Szociális és Gyermejjóléti Szolgáltatások Főosztálya főosztályvezető-helyettesének, *Bódy Évának*, hogy a témát támogatásra érdemesnek tartották, s hogy a feladattal az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar alapítványát, A Gyógypedagógia Fejlesztéséért Alapítványt bízták meg, valamint kooperációjukkal folyamatosan segítették a munkát. Köszönöm továbbá mindazok segítségét, akik a kutatás során érdemben gazdagították az anyagot.

Budapest, 2017. február 14.

Perlusz Andrea
főiskolai tanár
ELTE Bárczi Gusztáv
Gyógypedagógiai Kar

A MENTÁLIS PROBLÉMÁVAL KÜZDŐ EMBEREK ÉS A MAGYAR PSZICHIÁTRIAI ELLÁTÓRENDSZER BEMUTATÁSA

Bevezetés

Az emberiség történetében akár a legtávolabbi időkre visszatekintve is azt a következtetést vonhatjuk le, hogy a mentális zavarok különböző formái mindig jelen voltak az emberek életében. Írásos emlékek bizonyítják, hogy az ókorban nem a „társadalomra veszélyes” egyéneket látták a betegekben. Elsődleges cél volt a betegek önmaguktól való védelme. Nem építettek számukra intézeteket, hanem az otthonukban ápolták őket. A középkorban sajnálatosan rossz irányt vett a mentális betegekhez való viszonyulás. Az egyház erőteljes befolyása nyomán nem betegségnek, hanem ördögtől való megszállottságnak hitték a sokszor furcsa viselkedésmódokat, bizarr, megmagyarázhatatlan cselekedeteket. Ördögűző szertartások, kínzás, máglyahalál következtében számtalan szerencsétlen, beteg ember lelte halálát. A XVI. században a reformáció idején kezdték felvilágosult emberek egyre inkább betegségnek és nem boszorkányságnak tartani ezeket az állapotokat. A kínzások és kivégzések megszűntek és kiürült lepraintézetekbe „utalták” a mentálisan zavart személyeket, ahol köztörvényes bűnözőkkel, gyilkosokkal közös láncon vegetáltak életük végéig. Még a XVIII. században is az elzárás, bebörtönzés volt a pszichésen beteg emberekkel kapcsolatos fő eljárás, ami a társadalom, illetve a jómódú polgárok megkímélését szolgálta a súlyos beteg, rokkant, szegény emberek látványától. A Párizsban, illetve Péterváron létesült „Bolondok háza” és a londoni Betlehem Kórház (Bedlam) vagy a bécsi „Bolondok tornya” is gyakorta biztosított lehetőséget pénzért a borzalmas körülmények között, rongyokba burkolózva, leláncolva, állati szinten tartott emberek mutogatására. Óriási jelentőségű volt 1788-ban az olasz Chiarugi által bevezetett „erőszakmentes ápolás”, majd 10 évvel később a francia Philippe Pinel végleg megszabadította a láncoktól a betegeket. Ez egy új korszak kezdetét jelentette, ez időtől lett elfogadott az a tény, hogy a mentális zavar betegség. (Irinyi, 2013) A következő két évszázad során jelentős fejlődésen ment keresztül az elmeorvosászat, sikeres terápiás módszerek és hatékony gyógyszerek egész sorát vonultatták fel a gyógyszerkutatók és az elmeorvosászati tudomány művelői. Megváltoztak ugyanakkor az egyes betegségek kiváltó okairól alkotott nézeteink és a mentális problémák megközelítése is átalakulóban van. Tény, hogy a XXI. század civilizált társadalmi már megannyi új pszichiátriai kórképet mondhatnak a magukénak. Számos betegségről bebizonyosodott, hogy kialakulásának lelki okai vannak, és a statisztikák azt mutatják, hogy a mentális betegek száma növekszik. (Ács, 2012)

A pszichiátriai betegség fogalma

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) meghatározása szerint az egészség az ember testi, lelki és szociális jólétét jelenti és nem csupán a betegség vagy fogyatékoság hiányát. Ez kiegészül a spirituális jólléttel. Az egészség nem csupán cél, hanem egy erőforrás, melyet a mindennapokban használunk.

Mentális egészség esetén, ugyancsak az Egészségügyi Világszervezet meghatározása szerint „*a jólét olyan fokáról van szó, melyben az egyén meg tudja valósítani képességeit, meg tud küzdeni az élet mindennapos nehézségeivel, stresszhelyzeteivel, képes az eredményes és termékeny munkavégzésre, valamint hozzá tud járulni közösségének életéhez.*” (WHO, 2001)

Meghatározott körülmények között vagy bizonyos tényezők hatására zavar következhet be a mentális folyamatokban és működésekben. A mentális működések zavarai és az ezek által okozott betegségek felismerésével, kezelésével, illetve kutatásával foglalkozik a klinikai orvostudományok pszichiátriai területe. Az esetek többségében a lelki folyamatok és működések zavarait, illetve a konkrét betegségeket kiváltó okokat a felszínre jutó tünetek (szorongás, az érdeklődés hiánya, izgatottság, lehangoltság, instabilitás, érzelmi bénultság, ingerlékenység, gyanakvás, kényszeresség stb.) alapján csak a pszichiáter és a pszichológus szakemberek képesek megtalálni (Kéri, 2009).

Pszichiátriai betegnek tekintjük azt a személyt, akinél a kezelőorvos a Betegségek Nemzetközi Osztályozása (BNO) X. Revíziója szerinti Mentális és Viselkedészavar (F00–F99), illetve szándékos önártalom (X60–X84) diagnózisát állítja fel. (1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről X. fejezet, 188. § d)

A Központi Statisztikai Hivatal definíciója szerint viszont az a pszichiátriai beteg, aki „mentális, illetőleg viselkedészavar következtében pszichiátriai intézményi felvételre került.” (<https://www.ksh.hu/apps/meta.objektum>)

Az Amerikai Pszichiátriai Társaság hivatalos klasszifikációs rendszere, a DSM 1952 óta tartja számon a mentális zavarokat, amelyek száma a rendszer sokadik megújítását követően is folyamatosan gyarapszik. Ugyanakkor egyre hangsúlyosabban felvetődik a kérdés, hogy a megszámlálhatatlan pszichiátriai diagnózis validnak tekinthető-e. A betegségfogalom kialakulása és fejlődése lehet a kulcs a mentális problémák megítéléséhez Kéri Szabolcs szerint, aki a Magyar Tudományban írt munkájában ekképpen vélekedik:

„A furcsa, visszahúzódó vagy extatikus viselkedő, a hallucinációival magában társalgó ember látványa önkéntelenül is tartózkodást, félelmet és elkerülést, vagy ellenkezőleg, romantikus vonzódást, misztikus túlértékelést vált ki. Ezzel szemben egy fájdalomtól szenvedő, legyengült vagy sérült ember együttérzést és empátiát hív életre, esetében kétségkívül betegségről van szó.” (Kéri, 2009)

Véleménye szerint meg kell értenünk az emberi viselkedést, az eltérő módokat és megfelelően kell kezelnünk a változatosságot, a különböző emberi jelenségeket. Egyre többen vallják azt, hogy inkább kritériumokat kell meghatározni és káros olyan kórképeket létrehozni, amelyekről valójában nem tudható, hogy öt év múlva

relevánsak maradnak-e. Ha egy adott napot, hetet írunk le, és azokra a tényezőkre reagálunk, amelyek a páciens számára elakadást okoznak vagy a normál életében zavarják, közelebb kerülhetünk a megoldáshoz. Ezzel érvényes információt szerezhethetünk és a validitási problémákkal küzdő diagnózisok egy részét elfelejthetjük. Jim van Os és munkatársai dolgoztak ki például egy új rendszert Momentary assessment néven, amely egy pillanatnyi állapotfelmérő eszköz egy adott páciensnél a páciens és a szakember által együttesen értékelt különböző tüneti dimenziók meghatározására. Abból indulnak ki, hogy nem feltétlenül egyféle tüneti dimenziója van valakinek. (Harangozó, 2015)

Tény, hogy a mentális megbetegedések az egyén számára jelentős szenvedést okoznak, a testi megbetegedések kockázatát növelik, és emellett súlyos szociális és gazdasági terhet jelentenek. A mentálisan zavart ember küzdelmes élete a társadalom tagjai számára nem nyilvánvaló. A pszichiátriai betegség az egyén viselkedésmódjának változásában nyilvánul meg, és ez a változás társadalmilag nem indokolható. A pszichiátriai beteg az adott szociokulturális környezetéhez nem tud alkalmazkodni, viselkedése a szociális környezet számára indokolhatatlan, motiválatlan és érthetetlen.

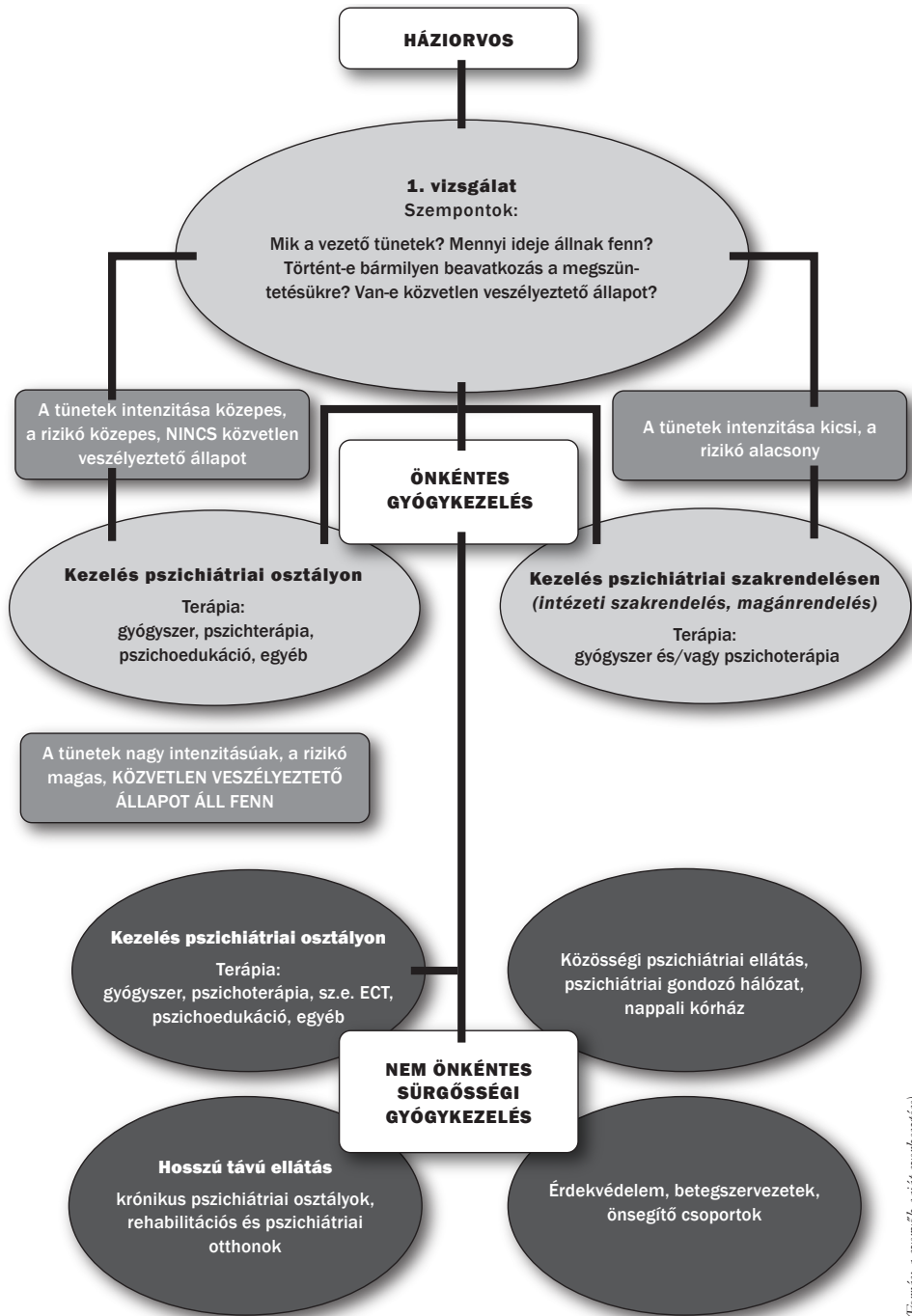
Egy ideje a pszichiátriai zavarok/betegségek kialakulásában nagy hangsúlyt kap a vulnerabilitás/fokozott hajlam vagy sérülékenység, amely lehet biológiai, genetikai, pszichológiai vagy szociális eredetű. Önmagában a vulnerabilitás nem elég a betegség kialakulásához, ahhoz nagymértékben hozzájárulnak az életesemények stresszhatásai. Napjainkban a pszichiátriai betegségek értelmezésében a bio-pszichoszociális egység nyert teret, tehát adott esetben egyik vagy másik tényező determináns hatását elismerik, egészében a betegségek és betegek megítélése csak holisztikus módon történhet. Az egész embert tekintve kell megvizsgálni, hogy a mentális betegség következtében az egyén küzd-e olyan károsodással és hiánnyal, fogyatékossággal, amely nem teszi lehetővé számára, hogy teljes életet éljen.

Az első tünetek észlelésétől az ellátórendszerbe való bekerülésig

A mentális zavar típusa, a kliensek életkora és az ellátási formák alapján számos részterületet különböztetünk meg az ellátórendszerben.

A mentális zavarok induló tünetei nagyon sokfélék lehetnek. A megjelenésüktől függően észlelheti őket maga a páciens, illetve a közvetlen környezet hívhatja fel rá a figyelmet. Az első orvosi vizsgálat történhet a háziorvosi rendelőben, de sok esetben más orvosi területek szakrendelése pl. gasztroenterológia, kardiológia, foglalkozás-egészségügy, neurológia stb. irányítják a saját szakorvosi észlelésük alapján pszichiátriai járóbeteg-szakellátásba az egyént, akinél a mentális betegség gyanúja felmerül. A vizsgálatra jelentkezhet a területileg illetékes pszichiátriai szakrendelésen vagy felkereshet pszichiátriai magánrendelést is. Az első interjú iránydiagnózist kap a beteg és a vizsgáló orvossal közös döntést hoznak a megfelelő kezelési formáról. A folya-

2. ábra. A pszichiátriai ellátás folyamata az ellátórendszerben



matnak ezen a pontján a vizsgálatot végző szakorvosnak számos tényezőt kell mérlegelnie. A tünetek súlyossága, az önkárosítás vagy a másokkal szembeni agresszió rizikója, a kliens családi helyzete és környezete befolyással lehetnek a kezelés további jellegére. Előfordulhat, hogy az érintett személynek nincs betegségbelátása és nem várható, hogy önkéntesen gyógykezelését kéri, de a környezete úgy ítéli meg, hogy önmagára vagy másokra közvetlen veszélyt jelenthet. Ilyen esetekben a gyógykezelés sürgősségi jelleget ölt és a veszélyeztető állapotot észlelő orvos azonnali pszichiátriai intézetbe való beszállításról dönthet. A felvételt követő 24 órán belül az intézmény vezetőjének kezdeményeznie kell a bíróságnál a beszállítás indokoltságának megállapítását. A bíróság a kliens személyes meghallgatása és az esetében eljáró orvossal való konzultáció mellett független igazságügyi elmeorvosi szakértő véleményét is kikéri. Ezek alapján születik meg az értesítés kézhezvételétől számított 72 órán belül a határozat, ami a gyógykezelést jóváhagyja (Réthelyi és Pulay, 2015). Ez által a pszichiátriai gyógykezelés kötelezővé válik (2. ábra). A határozat meghozataláig a veszélyeztető vagy közvetlen veszélyeztető magatartás megszüntetésére kell elsősorban törekedni oly módon, hogy az alkalmazott intervenciók a lehető legkevésbé nehezsítsék a bíróság számára a kliens aktuális pszichés állapotának objektív megítélését.

Felhasznált irodalom

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről

Ács A. (2012). Mentális zavarban szenvedőkkel szembeni attitűd vizsgálat BSc ápoló hallgatók körében. *ÁpolásÜgy*, 26(1), 14–18.

Harangozó Judittal beszélgetés *A pszichiátria Szent Grálja* címmel (2015). 2000, 4. <http://ketezer.hu/2015/08/a-pszichiatria-szent-gralja/>

Irinyi T. és mtsai (2013). *Pszichiátriai szakápolástan*. Elektronikus könyv. Elérés: <http://www.pszichiapolas.hu/data/pszichiapolas20131020.pdf>

Kéri Sz. (2009). A pszichiátriai betegség fogalma és értelmezése az újabb idegtudományi kutatások tükrében. *Magyar Tudomány*, 8, 899–905. Elérés: <http://www.matud.iif.hu/2009/09aug/02.htm>

A pszichiátriai beteg definíciója a Központi Statisztikai Hivatal módszertani dokumentációjában. Elérés: https://www.ksh.hu/apps/meta.objektum?p_lang=HU&p_menu_id=220&p_ot_id=200&p_obj_id=1255&p_session_id=27233680

Németh A. (2010). *Pszichiátria vázlatosan*. Budapest: Medicina.

DOI:10.14753/SE.2020.2401

PÉF (2012). *A magyarországi pszichiátriai gondozók és a közösségi pszichiátriai ellátók monitorozása*. Elemzés: 2009-2011. <http://docplayer.hu/861865-A-magyarorszag-pszichiatriai-gondozok-es-a-kozossegi-pszichiatriai-ellatok-monitorozasa-elemzes-2009-2011-isbn-978-963-89497-0-7.html>

Réthy J., Pulay A. (2015). *Bevezetés a pszichiátriába*. Semmelweis.hu/pszichiatra/.../Bevezetés-a-pszichiátriába-I.1-A-pszichiátriai-betegek-útja... <http://docplayer.hu/1521564-A-lelki-egeszseg-es-a-pszichikus-mukodesek-zavarai.html>

WHO (2001). *Strengthening mental health promotion*. Geneva.

SZEMLÉLETBELI KÜLÖNBSÉGEK A PSZICHIÁTRIAI BETEGEK MEGÍTÉLÉSÉBEN ÉS A SEKTORKÖZI EGYÜTTMŰKÖDÉSEK SZEREPE

Bevezetés

A pszichiátria társadalmi és orvosi megítélésében jelentős változások mentek végbe az utóbbi néhány évszázad folyamán, amelyek még jobban felerősödtek az elmúlt évtizedekben. Ennek ellenére a pszichiátriai kezelésekre való viszonyulás továbbra sem mentes az ellentmondásoktól. A viták abból az örökérvényű kérdésből fakadnak, hogy miként ítéljük meg a mentális zavarokat. Más kérdés, hogy ez működik-e (általában nem) a gyakorlatban. Ez a biomedikális megközelítés alapvetően tehát a test betegségének tartja a mentális zavarokat, ellentétben a pszichológiai megközelítéssel, amely a lelki eredetű zavarok kezelését nem elsősorban orvosi módszerekkel gyógyítaná. A két nézőponttal ellentétes az a felfogás, amely szociológiai értelemben devianciának tartja a mentális betegségeket a társadalomban élő, hagyományos testi betegségképtől való eltérés miatt. A pszichiátriai betegek egészségügyi intézményekben történő ellátása során mindhárom nézőpont érvényesül, az ellátórendszer egyes területein nincs egységes szemléletmód (Pikó, 2002). A krónikus pszichiátriai betegek állapota életük során többször változik és az ellátórendszerektől különböző kezelési eljárásokat és támogatási formákat igényelnek. Az ellátásra szorulóknál az aktuális állapottól függően változik az öngondoskodás képességének mértéke, illetve az adekvát szociális kapcsolattartás képessége is. Ebből kifolyólag mind az egészségügyi, mind a szociális ellátórendszer vonatkozásában az ellátórendszer más és más szintje lesz alkalmas az ellátásukra (Szentes, Kapócs és Kurimay, 2013).

Az egészségügyi rendszer szemléletbeli sajátosságai

Bár a hazai egészségügyi ellátórendszer minden szintjén megjelennek a pszichiátriai problémával élők, valójában a járóbeteg-szakellátásba, illetve pszichiátriai gondozóba való felvétel jelenti a „bemenetet” a rendszerbe. A háziorvosi alapellátás szintjén megjelenő klienst érdemi kompetenciák és kapacitás hiányában előbb-utóbb átirányítják a területi gondozóba. A konzultációs-kapcsolati pszichiátria vagy „LIAISON” – a pszichiátria határterületén, illetve az orvostudomány egyéb szakterületeinek határán a nem pszichiáter orvosoknak konzultációs és oktatási szolgáltatást nyújtó alterület (háziorvos-pszichiáter interakció) – a magyar rendszerben alig van jelen (Tringer, 1999). A mentális zavarok ellátásának gerincét az egészségügyi szektorban a pszichiátriai gondozók és az aktív pszichiátriai fekvőbetegosztályok al-

kojták. A járóbeteg-ellátás mint alapellátás a pszichiátriai gondozókon túl történhet kórházi szakrendelésen vagy magánrendelésben, a vonatkozó törvényi és hatósági minimumfeltételek megvalósulása mellett. A pszichiátriai gondozókban folyó tevékenység megkívánná az optimális várakozási és orvos-beteg konzultációs időt, a nyugodt, zavarmentes környezet biztosítását és a hatékony teammunkát, de ez sok esetben nem tud megvalósulni a gondozó intézetek forráshiánya miatt. (Tringer, 2007). A gondozók számának csökkentése, helyenként a kórháztól független működésének megszüntetése szintén nem a hatékonyság növelését szolgálta. A klienseknél tapasztalt korai figyelmeztető jelek idejében történő felismerése és a hatékony krízisintervenció alkalmazása a kórházi kezelések megelőzésére szolgál. Olyan fokú akut állapotromlás esetén, amikor az ambuláns kezelés már nem képes optimális segítséget nyújtani, a fekvőbeteg-szakellátásban folytatódik a betegek gyógyítása. A pszichiátriai fekvőbeteg-ellátásban leképeződnek az ellátórendszer globális problémái, melyek a szemléletmódban is megmutatkoznak. A humán erőforrás folyamatos hiánya, a rendszerben dolgozók leterheltsége nem kedvez a holisztikus szemlélet érvényesítésének. Az orvosok egy betegre fordított ideje minimalizált, mely sokszor nem teszi lehetővé az orvos-beteg kapcsolat során a partneri viszony kialakítását, és hagyományos, paternalisztikus elemek fenntartására készíti a gyógyítókat. A kórházi orvoslásban az intervenciókra alapozott, tisztán természettudományos megközelítés jellemző, amely az olyan nonspecifikus tényezőknek, mint a felépülés értékei, a személyes szükségletek prioritása, a méltányos bánásmód, az empowerment vagy az önsegítő aktivitás még nem tudott teret adni (Kiss és Sz. Makó, 2013). Az ápolás gyakorlata főként a testi szükségletek kielégítésére és az akut tünetek megszüntetésére szorítkozik. A humanisztikus megközelítés szerint elvárható „pluszokra” ritkán van lehetőség, a mentális zavarban szenvedők ápolásának eredeti missziója a kórházi kezelése során gyakran tapasztalhatóan elhalványult (Ács, 2012). Jellemző probléma az ápoló személyzet kontraszelektáltsága, sokszor nagyon „fájdalmas” kompromisszumot kell kötni, ha azt szeretné az intézmény, hogy legyen kit beosztani a betegek mellé. Előfordul, hogy hetekig nem jelentkezik a hirdetésre senki, aztán ha mégis „betéved” valaki, mérlegelni kell, hogy az alacsony képzettsége, nyilvánvaló emberi hibái mellett vállalható-e a felvétele. Diplomás ápoló, aki pszichiátriai szakápoló is egyben, ritka, mint a fehér holló, a többség külföldre ment. (Nem is nagy a kereslet irántuk itthon, hiszen az intézmények igyekeznek csak E kategóriás ápolót alkalmazni, hogy ne kelljen diplomás bért fizetniük.)

A mentővel érkező új beteg, illetve a betegek állapotában bekövetkező esetleges negatív változás az ellátó személyzet számára sokszor teher. Mindemelllett a pszichiátriai betegeket ellátó szakkórházak, klinikák, kórházi osztályok finanszírozási deficiettel látják el a feladatukat, amely a betegellátást érintő folyamatokban is megmutatkozik. A kényszerből lerövidített ápolási idő miatt az akut ellátást nyújtó osztályokra felvételi presszió nehezedik, az alacsony finanszírozás hatására onnan mihamarabb, sokszor idő előtt átírányítják a beteget a krónikus, illetve rehabilitációs részlegekbe. Erre a döntésre gyakran nem szakmai indok, csupán a finanszírozás kényszeríti az

ellátókat. Az emiatt kialakult helyzetet jól mutatja a számtalan sikertelen rehabilitációs kísérlet, a visszaeső betegek száma. Az egészségügyben a pszichiátriai intézmények jó része rendelkezik rehabilitációs részleggel, amelyek célja, hogy lehetőséget biztosítsanak az akut ellátást követően a már megkezdett reintegrációra. Jellemzően a védett foglalkoztatás hagyományos formáira (pl. borítékolás, csomagolás, kosárfonás stb.) „tréningezik” a segítségre szorulókat, nem a normál munkaerőpiacra való visszatérést célozzák meg. Az intézeti rehabilitáció során túlsúlyban vannak a kreatív és művészetterápiák, a mozgásterápiák, illetve a kombinált foglalkozásterápiák. Valódi terápiás értékük ezeknek akkor van, ha a tevékenységek gyakoroltatásán túl az önkifejezés hozzájárul a személyiség differenciálódásához és a társas kapcsolatokra való képesség erősítéséhez. Alapvető eleme a hatékony rehabilitációnak a pszichoedukáció, ami strukturált információnyújtás a betegségről, egyfajta lelki-pedagógiai támasz a betegeknek, hozzátartozóknak felvilágosító célú oktatás keretében. A módszer használatát nem sikerült azonnal elfogadtatni minden szakemberrel. A betegségről, annak okairól, a tünetekről, az állapotot javító vagy súlyosbító tényezőkről, illetve a lehetséges kimenetelről való őszinte beszéd sokak számára idegen volt. A paternalisztikus orvosláshoz szokott gyógyítók nehezen tudtak azonosulni a saját sorsát irányító, felvilágosult, felelős döntéseket hozó kliens eszményképével – ami a pszichiátriában zajló paradigmaváltás következtében egyre közelebb került a mindennapi tevékenységekben. Az a tény, hogy az orvoslás pusztán „objektív” tudományos tények végrehajtása a páciensen, túlhaladottá vált. Ma már a pszichoedukáció is egyre több intézet rehabilitációs repertoárján szerepel. Ugyanakkor a bizonyítottan hatékony életvezetési készségek tréningje, a szociáliskészség-fejlesztő tréning, a családi intervenciók elsősorban a közösségi ellátásban érhetőek el. Ez az ellátási forma az egészségügyben finanszírozás híján nem tud működni. Vannak példák arra, hogy egy egészségügyi intézmény biztosít helyet, erőforrásokat a szociális ágazatból finanszírozott civil szervezetnek. A kórházi, klinikai környezetben működtetett közösségi pszichiátriai ellátások a tapasztalatok szerint eltérhetnek az eredeti koncepciótól és a strukturált módszertani elemek mellőzésével, a közösség szó „átértelmezésével” – amikor nem a beteg saját otthoni környezetében, a hozzátartozóival megosztott közösségében zajlik az ellátás, hanem az intézménybe szervezett betegek közösségében – valójában nappaliklub-szerű tevékenységeket folytatnak.

A szociális ágazat ellátási formáiban uralkodó szemléletmód

A közösségi pszichiátriai ellátás a szociális ágazat alapszolgáltatásai közé tartozik és a benne uralkodó szemléletmód sok tekintetben óriási különbségeket mutat az egészségügyi ellátáshoz viszonyítva. Míg az egészségügyi ellátás fókuszában az akut tünetek megszüntetése és hosszú távú állapotjavulás biztosítása áll, annak kontrollálása nem célkitűzés, addig a közösségi ellátás a felépülésalapú elvek mentén, komplex rehabilitációs program keretében, a kliens és családtagjainak egyéni

céljait figyelembe véve, a lehető legjobb állapot elérésére helyezi a hangsúlyt. A hatékony gyógyszeres terápiával integrálva a pszichoszociális problémákban való segítségnyújtás az ellátás fő feladata. A közösségi pszichiátria legjobb gyakorlatai ma a szociálpszichiátriai felépülés modellre, a klienscentrikus kapcsolatra, a szükséglet-alapú gondozásra alapozott ellátások, ahol 24 órás elérhetőséget biztosító, bármikor mobilizálható és rendelkezésre álló, terepen dolgozó, rendszerszemléletet alkalmazó multidiszciplináris teamek tevékenykednek, és asszertív esetkezelést valósítanak meg. Az ellátásban érintett személyek mindegyike szabad, döntéseirért felelős, egyenrangú partnere a szakembereknek. A hagyományos, „passzív” betegszerep a közösségi ellátás szemléletmódjába nem illeszthető bele. Az önszertő aktivitás olyan, kiemelten fontos eleme a szociálpszichiátriai felépülés modellnek, amely elősegíti a felépülést a tünetek megléte mellett is. Önszertő csoportok működésére számos pozitív példát láthatunk a mentális problémával élőket ellátó intézményekben, melyek elsősorban civil kezdeményezések. Az ilyen típusú szerveződéseknek az egészségügyi ellátórendszerben nincs valódi létjogosultságuk. A közösségi ellátás a hagyományos pszichiátriai ellátáshoz képest újszerű megközelítéseivel a modern szociálpszichiátriai ellátás „zászlóshajójának” tekinthető.

Ugyanakkor a szociális ágazat egy másik ellátási formájában, a pszichiátriai betegek ápoló-gondozó otthonaiban a szemlélet az egészségügy biomedikális modelljéhez kapcsolódó, hagyományos, erős paternalisztikus viszonyokat idézi. Évtizedekig az intézményközpontú ellátás jegyében, a társadalomból távolabbra „száműzve”, az országhatár közelében nyitottak nagy létszámú bentlakásos otthonokat mentális betegeknek. A területileg, földrajzilag szegregált intézményekben a társadalmi integráció lehetősége már a térben akadályozva van. Ezzel megvalósultak a kirekesztés egyéni, bizonyos csoportokat sújtó és szociális helyzethez kapcsolódó dimenziói. A családtól elszakított, szociálisan visszafordíthatatlanul izolált emberek rehabilitációja az otthonok többségében csekély hatékonysággal, leginkább az intézményben végezhető tevékenységekre korlátozva történik. A bentlakásos otthonokba került pszichiátriai betegek fokozatosan elveszítik az önállóságukat, a sorsukat érintő felelős döntéseket nem hoznak, és személyes célok, valamint az intézményi ellátásból való kilépés lehetősége nélkül élnek az életüket. Alapvető probléma, hogy a bentlakásos intézményekben nem rehabilitációs szemlélet uralkodik, és az otthonban dolgozók nem bíznak a betegek felépülésében. Valójában ezek az intézmények az otthonokban különböző okok miatt nehezen ellátható, az egészségügyi rendszerben „forgóajtós” betegként megjelenő mentális zavarban szenvedő emberek „gyűjtőhelyeivé” váltak. A megfelelő számú és kompetenciájú szakszemélyzet és tárgyi feltételek hiányával küzdő intézményekben nem képesek a lakókat reális egyéni célok megfogalmazására és azok elérésére motiválni. A jellemzően nagy mennyiségű, különböző mellékhatásokkal járó gyógyszerek szedése a bentlakásos intézményi ellátás alapeleme, mely a biomedikális szemlélet dominanciáját bizonyítja.

Szemléletváltást az intézményi férőhelykiváltás folyamata hozhat, amelynek nyomán az otthonból kikerülő, lakóköznyezetbe integrált, kis létszámú támogatott

lakhatásba kerülő emberek ellátása a medikális megközelítés felől a közösségi és emberi jogi megközelítés felé veszi az irányt. A komplex pszichoszociális segítségnyújtásban részesülő pszichiátriai betegek számára új lehetőség nyílt az önálló, de együttműködésen alapuló, felépülést célzó életvitelre. A program szemlélete segíti a betegségük miatt képességeikben károsodott, bizonyos funkcióikat elvesztő személyek közösségi életvitelét, támogatva ezzel az aktív, egyenrangú társadalmi szerepvállalásukat. Bár az intézménytelenítés nem eredményezi automatikusan a közösségi integrációt, ez az a megközelítés, ami a leginkább szolgálja a társadalom szemléletmódjában való változások elérését és a megbélyegzés elleni küzdelmet.

A mentális zavarral küzdő emberek stigmatizációja és a társadalmi szemléletformálás szükségessége

A társadalmi szinten tapasztalható szemlélet leginkább a szociológiai megközelítést képviseli. A mentális zavarok a közösség általánosan elfogadott normáival ütköznek, ezért sokan devianciának tartják ezeket. Ezt erősíti az addiktológiai betegek orvosi szempontból a pszichiátria tárgyköréhez való tartozása is, ami által az ellátórendszer bizonyos szintjein (pl. kórházi sürgősségi osztályok) a tapasztalatok szerint az alkohol-, illetve drogbetegeket a mentális betegekkel együtt „kategorizálják”, és a problémás, „nem kívánatos” esetek közé sorolják. Az egyes kórképek esetenként furcsa, néha ijesztő tüneteit nem mindenki képes mélységeiben vizsgálni és megérteni, az emberek nagy része az alapján ítél, amit a betegségről hallott akár ismerősöktől vagy a médiából. Bár összességében a társadalom betegek csoportjaként azonosítja a mentális zavarban szenvedőket, gyakran társít mellé ellenérzéseket kifejező fogalmakat. Vizsgálatok igazolták, hogy a diszkrimináció, a pszichés problémával élők megbélyegzése az egészségügyi szakemberek körében is valós jelenség. A szakemberek előítéletei, a régóta mentális zavarban szenvedő páciensekkel foglalkozóknál megjelenő terápiás pesszimizmus kihat a kliensekkel kapcsolatos döntésekre és a velük való kommunikációra is. A különböző, szórványosan előforduló antistigma kezdeményezések hatékonyak, de hosszú távú haszna az oktatás tartalmi elemeként megjelenített stigmaellenes programoknak lenne (Henderson et al., 2014). Több ország egészségügyi és szociális képzéseinek bizonyos szintjein a kliensek mint tapasztalati szakértők bevonásával történő érzékenyítés a legnagyobb hatékonyságú. Az Egyesült Királyság vagy Kanada lehet a követendő példa, ahol a mentális zavarral küzdő ember mint a betegsége tapasztalati szakértője, vendég előadóként, tiszteletdíjban részesülve vonódhat be az ápoló, szociális munkás és orvostanhallgatók képzésébe, és ezáltal tehet minden beteg stigmatizációja ellen. A hosszú távú szemléletformálásnak több szektorra kiterjedően van a legpozitívabb hatása, tekintettel a kliensek szektorok közötti átjárására. A két terület szeparált működése, a külön folytatott stigmaellenes tevékenységek, egyéb, a mentális betegséggel élők elfogadtatására irányuló programok nem segítik a szemléletváltást, összehangolt működésre van szükség.

Szociális és egészségügyi területek együttműködése

A pszichiátriai betegek (pszichoszociális fogyatékosággal élők) ellátása, támogatása kapcsán több közszolgáltatási szektor felelőssége és szerepvállalása is felmerül. A szektorközi együttműködés megoldása és menedzselése a nemzetközi tapasztalatok szerint komoly problémát jelent Európa-szerte (Wahlbeck et al., 2015). A szociális, egészségügyi és más szektorok egyes feladatkörei országonként erősen változók, azokat igazgatási, jogi, erőforrásbeli és kulturális hagyományok is befolyásolják, ezért országszintű példák csak nehezen összehasonlíthatók.

Magyarországon – hasonlóan bármely országhoz – sajátos módon történt a mai pszichiátriai ellátórendszer kialakulása, történelmi (Osztrák–Magyar Monarchia, államszocialista rendszer) és jelenkori hatások jeleit (az állam visszahúzódása a jóléti ellátásokból) egyaránt mutatva. A helyi sajátosságok helyi megoldásokat kívánnak, ezért a későbbiekben ismertetendő nemzetközi példákat inkább saját kontextusukban kell látni, mintsem átveendő gyakorlatokként tekinteni rájuk (lásd az 1. számú táblázatot az 54. oldalon).

A következőkben a szektorközi együttműködések néhány sajátos kontextusát mutatjuk be röviden, amit nemzetközi jó gyakorlatok összefoglalója követ.

Szektorközi együttműködés – kontextusban

A kiváltás programok hatása és a történelmi örökség

Történetileg a pszichiátriai diagnózissal élők ellátása a XIX. század második felétől hagyományosan az egészségügyi szektorok feladata volt Európa-szerte, habár regionális különbségek mindig léteztek. A második világháborút megelőzően azért sem igazán beszélhettünk szektorközi együttműködésekről, mert a modern értelemben vett szociális ellátórendszerek csak az 1950-es évektől épültek ki (széles körű társadalombiztosítási rendszerek, garantált nyugdíj, elérhető szociális szolgáltatások), sőt, a fogyatékos embereket is támogató szociális szolgáltatások még ennél is később, csak az 1970-es és 1980-as évektől kezdtek megjelenni. A kései kiépülés Magyarországon az 1990-es évektől – nem függetlenül nemzetközi tendenciáktól – a jóléti rendszer (szociális szolgáltatások, pénzbeli juttatások) rapid leépülésébe torkollott (Ferge, 1997), miközben a rendszerben továbbra is megjelentek szigetszerűen létező újszerű ellátások, amelyek rendszerint nyugat-európai ellásmintákat igyekeztek követni. Mindez egy csonka, egyre szigetesebben létező szociális szektort eredményezett a 2000-es évekre, amelyben együtt léteznek a kivételként megmutatható, elkülönülten megjelenő jó gyakorlatok és az alulfinanszírozott, romló minőségű állami ellátók, valamint az ellátásból teljesen kiszorult érintettek tömegei. A 2010 után folytatódó, a rendszert érintő megszorítások és intézményrendszer-átalakítás tovább rombolta a meglévő szolgáltatásrendszert és rontotta az érintettek helyzetét (Szívós és Tóth, 2013). A hiányzó szolgáltatásokat a fogyatékosellátás terén – hason-

lón például a hajléktalanellátáshoz és a pszichiátriai területhez is – civil szervezetek kezdték átvenni (Balázs és Petri, 2010; Tausz, 1997), amelyek alulfinanszírozottsága azonban folyamatosan nehezíti működésüket, és rendszerbeli szerepvállalásuk az el látottak számát tekintve továbbra sem jelentős.

A közösségi életet támogató szolgáltatásokra – szociális szolgáltatások kialakítása, közösségi szolgáltatások elérhetősége – az intézményi férőhelykiváltási programok több országban pozitívan hatottak (Beadle-Brown, Mansell és Kozma, 2007). A szolgáltatási hálózatok fejlesztése, és ezzel kapcsolatos szakpolitikai szabályozók változása az intézetek bezárásával általában egyidejűleg történt, például Olaszországban, az Egyesült Királyságban, Görögországban és Hollandiában (Amaddeo et al., 2007).

A magyar intézménykiváltás során a jelenlegi információk alapján azonban nem történik meg a szociális és egyéb közösségi szolgáltatások országos fejlesztése (Kozma és mtsai, 2016; Magyar Kormány, 2011), ehelyett csak elkülönült fejlesztések folynak a kiköltözők körére vonatkozóan, melyek nem érintik a már eleve intézetben kívül élők sokkal szélesebb körét. Habár a pszichoszociális fogyatékosokkal élő embereknek, hasonlóan a fogyatékos emberekhez, csak töredéke kap jelenleg nagy intézeti ellátást, ezen többségnek a szociális szolgáltatások hiánya és a meglévő közösségi ellátások kapacitáskorlátai miatti ellátatlansága várhatóan nem változik majd a kiváltási programok nyomán sem. Ugyanakkor nemzetközi tapasztalatok szerint a hatékony szektorközi együttműködések nemcsak, hogy jobb mutatókat eredményeznek a pszichoszociális fogyatékosokkal élő emberek közösségi életvitelében, de az ilyen együttműködések hiányában még a futó intézetkiváltási programok sem hozhatnak jó eredményeket (Almeida Caldas, Mateus és Tomé, 2015).

A fentiek miatt a pszichoszociális fogyatékosokkal élőket érintő szektorközi együttműködés kérdésében a magyar kormányzat elsődleges feladata a közösségi pszichiátriai rendszer komoly, a szociális alap- és szakszolgáltatások országos, rendszerszintű fejlesztése lenne, amelyet megfelelő humán erőforrással (meglévő dolgozók továbbképzése és új dolgozók felvétele, bérek emelése) és szolgáltatásbővítéssel lehetne orvosolni. Ezek hiányában csak a meglévő, több térségben szinte teljesen hiányzó szociális szolgáltatások és a leromlott állapotú, súlyos szakemberhiánnyal küzdő pszichiátriai ellátás (2010–2015 között 119 pszichiáter kért az ENKK-tól hatósági bizonyítványt szakképesítése külföldön történő elismeréséhez) együttműködéséről beszélhetünk, amely lényegi megoldást nem jelent a jelenlegi súlyos erőforráshiányok és a lefedettség korlátozottsága miatt.

Betegút – lelki egészség minden területen

A szektorközi együttműködésben hiba lenne csak a szociális és egészségügyi területekre szűkíteni a fókuszot. Az ember életében a pszichés problémák általánosak, és bármilyen esetben az egészségügyi ellátás csak egyetlen eleme lehet mind a betegútnak, mind az érintett személlyel betegsége előtt (prevenció, korai felismerés)

és után dolgozó közszolgáltatásoknak, hatóságoknak. Potenciálisan számos állami szerv, illetve szektor kapcsolatba kerülhet a pszichoszociális fogyatékosággal élő személlyel. A lelki egészséget holisztikusan megközelítő szakpolitikák hangsúlyozzák, hogy a pszichiátriai ellátás az érintettek kísérése és támogatása tekintetében csak egyetlen, és nem is a legfontosabb terület (Wahlbeck et al., 2015). A teljesség igénye nélkül a következő szektorok lehetnek érintettek:

- munkaügy (munkahelyi pszichés problémák, „bekattanás”, kiégés, pszichés okok miatti betegszabadság és állásvesztés),
- foglalkoztatás, támogatott foglalkoztatás (munkába állás, betegség utáni munkaerőpiaci integráció, munkahelyi támogatás, felkészítés, munkahelyek átalakítása),
- oktatás (köznevelésben, felsőoktatásban, szakképzésben részt vevő érintettek kísérése, támogatása, oktatási tananyagban korszerű, holisztikus és emberi jogi szemléletű tudás átadása, kamaszkori lelki problémákkal kapcsolatos programok),
- szociális ellátás (megfelelő otthoni és szükség esetén bentlakásos támogatás, kísérés, nappali ellátás, asszisztencia),
- lakhatás (szociális lakhatás, albérleti lehetőségek, hajléktalanság kezelése),
- bíróságok (a méltányos eljáráshoz való jog, a törvény előtti egyenlőség vagy a megfelelő támogatás biztosítása a jogi eljárásban részt vevő pszichiátriai betegek számára),
- gyermekvédelem (megelőzés, korai felismerés, a családok támogatása és nem a családból kiemelés pszichés problémákkal küzdő gyerekek esetében),
- rendőrség (veszélyeztető magatartást tanúsító személyekkel szembeni intézkedés),
- büntetés-végrehajtás (büntetés-végrehajtási intézményben élő pszichoszociális fogyatékosok jogvédelme).

Amikor a szociális és egészségügyi területek együttműködéséről beszélünk, akkor gyakran mesterségesen leszűkítjük a pszichoszociális fogyatékosággal élő emberek támogatásának kérdését két szektorra – ehelyett az értelmezési keretnek tágabbnak kell lennie és a „lelki egészség minden szakpolitikában” elv mentén kell történnie (Wahlbeck et al., 2015). Ennek megvalósítása természetesen bonyolult igazgatási, koordinációs, jogi és gyakorlati (szolgáltatásnyújtás) kérdés, amelynek lehetnek országos (jogszabályok, jogosultságok/pénzbeli juttatások, nemzeti stratégiák), regionális vagy településszintű (kistérségi vagy önkormányzati programok, helyi együttműködések hatóságok és civilek vagy más intézmények között), sőt intézményszintű (pl. helyi iskolai programok egy adott oktatási intézményben) akciói is.

Emberi jogi keret – a fogyatékos emberek jogairól szóló ENSZ Egyezmény végrehajtása

A szektorközi együttműködést nemcsak az érintettek élet- és betegútja, valamint történeti okok befolyásolják, de az elmúlt 10 évben az igazgatás számára egyre hangsúlyosabban feladatokat előíró emberi jogi gondolkodás is. A hazánk által is ratifikált ENSZ Egyezmény a fogyatékos emberek jogairól (Magyar Országgyűlés,

2007) széles körben határozza meg azokat a jogokat, amelyek a fogyatékos emberek számára biztosítandók az Egyezmény végrehajtását vállaló részes államok által. Az Egyezmény teljesítéséről szóló jelentések és beszámolók is lefedik mind a pszichiátriai, mind az egyéb szakmaterületeket, ezzel jelezve, hogy a pszichoszociális fogyatékosokkal élő emberekkel kapcsolatban nem csak az egészségügyi igazgatásnak és szolgáltatásainak van feladata (Gombos és mtsai, 2010).

Ennek megfelelően a pszichoszociális fogyatékosokkal élő személyek esetében az induló intézkedéseknek az Egyezmény szellemében érintenie kell az összes olyan szektort, ahol az érintettek megjelenhetnek. Ez igaz horizontális elvekre (diszkrimináció tilalma, amely például bizonyos szociális szolgáltatások igénybevétele esetén, de akár munkavállaláskor is nagy eséllyel sújthat pszichiátriai betegeket), és igaz lehet egyes igazgatási szektorokat érintő jogokra is. A szektorközi együttműködések megléte, az érintettek szolgáltatásokhoz vagy ellátásokhoz történő hozzáféréseinek és érdemi támogatásának biztosítása szektorokon átívelően tehát az Egyezmény szellemének is megfelel, sőt végrehajtásának egyik eszköze.

A Magyar Kormány rendszeresen beszámol az Egyezmény végrehajtását érintő lépéseiről az ENSZ illetékes bizottsága előtt (Gurbai, 2012), ez pedig potenciálisan alkalmas lehet arra, hogy a szektorközi együttműködések erősödését vagy hiányát a hivatalos állami vagy a civil szervezetek által elkészített alternatív jelentéseken keresztül is vizsgáljuk. A rendszeresen benyújtott magyar kormányzati és civil ENSZ-jelentések nemcsak adatforrásként használhatók a „lelki egészség minden szakpolitikában” elv teljesülésének ellenőrzésére, de összeállításuk előtt mind a kormányzat, mind a civil szervezetek figyelmét fel lehet hívni az elv megjelenítésének fontosságára.

Az érintettek bevonása a szakpolitikai és szakmaközi tervezésbe

A szakmaközi együttműködések elősegítésénél nemcsak a meglévő állami igazgatási területek, de a civil szektor szerepére is ki kell térni. A pszichiátriai ellátottak, volt ellátottak és szövetségeseik (szakemberek, segítők, családtagok stb.) a világ több pontján sikerrel működtetnek civil szervezeti szolgáltatásokat, tesznek szakmapolitikai javaslatokat és ellenőrzik a jelenlegi szolgáltató rendszer minőségét.

Az ENSZ Egyezmény, illetve az annak kapcsán a pszichoszociális fogyatékosokkal élők világszervezete által kiadott értelmezés (World Network of Users and Survivors of Psychiatry, 2008) szerint reprezentatív szervezeteiken keresztül kimondottan javasolt az érintettek bevonása a szolgáltatások és a szakpolitikák tervezésébe. A bevonáskor figyelmet kell fordítani az érintettek szervezeteinek felkészítésére, „empowerment”-jére, képessé téve őket az elvárt feladatokra – a bevonásnak nem szabad csak jelképesnek lennie, amit az Egészségügyi Világszervezet is hangsúlyoz (WHO, 2010).

A pszichiátriai ellátásban részesülők, illetve tágabb körben a pszichoszociális fogyatékosokkal élők és szervezeteik ezen kívül a szociális ágazatban kifejezetten

hangsúlyosan jelenhetnek meg mint a szolgáltatásban aktívan részt vevők, például a növekvő terhekkel alulfinanszírozottsága miatt szembenézni képtelen szociális munka megújításában. A közösségi szociális szolgáltatások személy- és igényközpontúsága jobban megteremthető, továbbá a szociális szakmának a neoliberális megszorító politikák következtében való pozíció- és forrásvesztése, szakmai ethosának kiürülése is jobban ellensúlyozható például, ha szociális munkások és más közösségi feladatot ellátók együtt dolgoznak az érintett pszichiátriai ellátottakkal és szervezeteikkel (Beresford és Croft, 2004). Ehhez természetesen elengedhetetlen az érintettek szervezeteinek célzott, rendszerszintű támogatása anyagi és egyéb eszközökkel (WHO, 2010, 6–7.).

A pszichoszociális fogyatékosággal élőkét képviselő szervezeteknek a pszichiátriai szakma megújításában és a pszichiátriai gyakorlatnak az új, emberi jogi kívánalmaknak való megfelelő átalakulásában is szerepe lehet – a pszichiátriai ellátottak tudása saját állapotukról, szükségleteikről, „őrütségük” társadalmi és személyes hátteréről (Beresford, 2016) elengedhetetlen ahhoz, hogy érdemi szakmaközi együttműködések alakuljanak ki. A bevonás történhet meglévő civil szervezetek ösztönzésén, képzésén, önszervező csoportok, szolgáltatást alapító vagy abban részt vevő civil tömörülések anyagi és szervezeti támogatásán keresztül – nem lehet elvárni a civilektől, hogy finanszírozás nélkül végezzék a szolgáltatások ellenőrzését vagy indítsanak alternatív szolgáltatásokat.

A fenti, gyakorlati (szolgáltatástervezés, szolgáltatásnyújtás) területeken kívül maga a társadalomkutatás is bizonyítottan más adatokat és információkat hozhat, ha azt olyan kutatók (is) végzik, akiknek maguknak is van lényegi tapasztalatuk a pszichiátriai ellátórendszerrel, a pszichiátriai zavarként leírt problémákról. A jelenlegi vagy volt pszichiátriai beteg kutatók által végzett kutatások mind szemléletükben, mind eredményeikben erősen megkérdőjelezzik a hagyományos orvosi, neurológiai vagy farmakoterápiai szempontú kutatásokat, és az érintettek kizárásával történt társadalomkutatási gyakorlatokkal is kritikusak (Russo, 2012). Az érintettek aktív bevonásával (már a kutatások tervezésének fázisától) és vezetésükkel végzett kutatások alapjaiban járulhatnak hozzá annak megértéséhez, milyen támogatásra van szükség és azt milyen szakmaközi együttműködések, új vagy együttműködő szolgáltatástípusok biztosíthatják (Beresford és Wallcraft, 1997; Sweeney, 2016).

Költségek és finanszírozás

McDaid és szerzőtársai (2007) nemzetközi adatok alapján mutatták be, hogy a pszichiátriai betegek szektorközi ellátására Európa-szerte nagyon különböző gyakorlatok léteznek, és hogy az érintettek szektorok közötti mozgásának sarkalatos problémája a finanszírozás. Sok esetben a finanszírozás nem követi az ellátottat, más esetben, habár új ellátásokat nyitnak például a szociális szektorban, ez nem csökkenti az egész-

ségügyi ellátórendszer költségvetését. Néhány országban a gyakorlatban szociális ellátást nyújtó szolgáltatásokat nem a társadalombiztosítás, hanem sajátos adónemek vagy helyi közigazgatási szervek (tartomány, városi önkormányzat) finanszírozzák.

Maguknak a szociális vagy más szektorbeli szolgáltatásoknak a létrehozására több országban egyéb forrásokat használtak: Görögországban a PsychArgos program keretében, a pszichiátriai intézetek bezárásával egyidejűleg, a 90-es évek végétől kezdve európai uniós támogatással alapítottak országosan közösségi pszichiátriai szolgáltatásokat, nappali ellátókat, gyermekeknek szóló szolgáltatásokat és foglalkoztatási szolgáltatásokat is. Izlandon a Nemzeti Szerencsejáték társaság finanszírozásával alapítottak 600, jelképes összegért bérelhető szociális bérlakást fogyatékos emberek számára – a bérlők negyede pszichoszociális fogyatékossgal élő ember (McDaid et al., 2007).

A nem egészségügyi ellátásért több országban (pl. Portugália) gyakran maguk az igénybevevő pszichiátriai betegek vagy családjaik fizetnek, saját jövedelmükből vagy erre a célra fordítható célzott pénzbeli juttatásból, ám ezek a rendszerek értelemszerűen tovább növelik az egyenlőtlenséget az érintettek jövedelmi csoportjai között – a kispénzű igénybevevők nagy eséllyel nem fordulnak szolgáltatáshoz, így továbbra sem kapnak segítséget (McDaid, Knapp és Medeiros, 2007).

A szektorközi együttműködés egyik legkomolyabb problémájaként a finanszírozás azonosítható, mivel az egyes szolgáltatók és szektorok nem szívesen bővítik ellátotti körüket, ha nem kapnak mellé megfelelő finanszírozást. A szolgáltatók a kliensek által hozott finanszírozásért néha versenyezhetnek is, ami megint csak több, egyidejűleg szükséges szolgáltatás közötti választásra kényszerítheti az érintett pszichiátriai beteget. A töredezett, az igényekre nem válaszoló finanszírozás az erőforrásokat is szükségszerűen elégtelenül allokálja: nem oda megy a forrás, ahol az érintettnek támogatásra van szüksége, így a támogatás az egyén számára hiányos vagy egyáltalán nem is elérhető, miközben a finanszírozás állami kiadási oldalon megjelenik. Ezen anomáliák kezelésére az 1990-es évektől kezdődően Svédországban olyan közös finanszírozási mechanizmust alakítottak ki a munkapiacról pszichés gondok miatt tartósan kieső egyének támogatására, amelybe a szociális ágazat, a betegbiztosítók és az egészségügyi szektor is egyaránt pénzt biztosít. A SOCSAM nevű finanszírozási program a 2000-es évek második felében országossá vált (McDaid et al., 2007). A nemzetközi példákból az látszik, hogy központi szabályozók és ösztönzők nélkül a szektorok közötti együttműködés finanszírozási problémái nem oldhatók meg.

Ország	Beavatkozás szintje, jellege	Leírás	Előnyök	Hátrányok
Litvánia	Országos Koordináció	A Nemzeti Egészségügyi Bizottság miniszterhelyettesek és más állami intézmények vezetőinek részvételével ülésezik, biztosítva a különböző ágazatok kooperációját. 1996 óta működik. A Bizottság 2014-ben elkezdett céloztani a lelki egészséggel szektorközi szempontból foglalkozni, és egyes részterületeken (kábítószer-függőség, alkoholizmus, öngyilkosság) indítandó intézkedéseket áttekinteni.	Felsővezetői részvétel erős elkötelezettségre ad lehetőséget egyes ágazatok részéről. A magas szintű részvétel széles körben jelzi a lelki egészség fontosságát.	A Bizottság ritkán ülésezik és napirendjén a lelki egészség csak egy téma a sok közül. A Bizottság 2007-ben megszűnt és csak 2013-ban alapították újra.
Románia	Országos és regionális Oktatásügy	A román nemzeti szinten az egészség tudatosságáról és egészségügyi ismeretekről szóló tananyag foglalkozik a pszichés problémákkal is (1. és 12. évfolyam között). A 2000-es évek elején próbaidőszakban több régióban futott a program, amelyet közben folyamatosan értékelték is.	Az ismeretek csökkentik a stigmát és pontos, meg-alapozott tudást nyújtanak. Kamatszorgói veszélyeztetettség csökkent. Fogytékoügyi ismeretekkel összeköthető.	A program nem elérhető országosan.
Norvégia	Országos jogszabály	A norvég egészségügyi törvény elismeri, hogy a legtöbb egészségügyi problémához az egészségügyi rendszeren kívüli eső faktorok vezetnek. Az lakosság egészségi állapota nem csak egy országos szolgáltató rendszer, hanem a helyi közösségek (önkormányzatok) felelőssége is. A törvény önkormányzati szintű közegészségügyi koordinátorokat hoz létre, akik a helyi közösség sajátosságai alapján jelölik ki a beavatkozási területeket. A törvény hangsúlyt helyez arra, hogy a pszichés eredetű egészségügyi problémákat szektorközi együttműködéssel kell kezelni.	Ún. „közegészségügyi barométer” méri a helyi problémákat, ezeket a rendszer közzéteszi. A mérés a pszichés és pszichológiai problémákat is tartalmazza (pl. helyi szolgáltatók statisztikái), azokat összeköti releváns helyi problémákkal (pl. iskolai erőszak, droghasználat, munkanélküliség). Az önkormányzati tapasztalatok jók.	Kevésbé szankcionál, ha önkormányzatok nem teljesítik a feladatot. Több önkormányzat nem kezdett el foglalkoztatni koordinátorokat. Eltérő méretű önkormányzatok nagyon változó feladatok elé állítják a felelősöket.
Románia	Helyi konzultáció	A Suceava megyei pszichológiai betegek (és magukat „türelő”-ként nevező) volt ellátottak önkormányzati, céges és média-képviselőkkel rendszeresen konzultálnak. A kezdeményezés („Szakpolitikai utak” munkanéven) lehetőséget ad az érintettek véleményének közlésére, úrmutatók, szakmai anyagok kiadására. A Suceava megyei gyakorlat 2002 óta működik.	Az érintettek bevonása a (szektorokon átnyúló) szakpolitikai tervezésbe és szolgáltatások nyújtásába fontos elv, de kevés helyen történik meg a gyakorlatban. Szemléletformáló. Szakpolitikai javaslatok közül többet a minisztérium is elfogadott.	Finanszírozása bizonytalan, sokszor teljesen hiányzik. Izolált példa.
Ausztrália	Helyi szolgáltatók	Melbourne bevárosában az utcán élő pszichológiai betegek ellátására helyi együttműködés alakult. A szociális ellátás pszichológiai ellátásban tapasztalt speciális segítőket kezdett alkalmazni. Mozgó teamek segítettek a hajléktalan pszichoszociális foglalkoztatással élőket.	Szinte minden elérhető statisztika javult (kórházi napok, tudatoság, felismerés, megelőzés). Lakhatási esélyek javultak. Költséghatékonny.	Helyi példa.

1. táblázat. Jó gyakorlatok szektorközi együttműködésekre a pszichoszociális foglalkozások esetén (Lee et al., 2010; Wahlbeck et al., 2015)



2007. évi XCII. törvény a fogyatékossgal élő személyek jogairól szóló egyezmény és az ahhoz kapcsolódó fakultatív jegyzőkönyv kihirdetéséről.

1257/2011.(VII.21.) kormányhatározat a fogyatékos személyek számára ápolást-gondozást nyújtó szociális intézményi férőhelyek kiváltásának stratégiájára.

Ács A. (2012). Mentális zavarban szenvedőkkel szembeni attitűd vizsgálat BSc ápoló hallgatók körében. *Ápolásügy*, 26(1), 14–18.

Almeida Caldas, J., Mateus, P., Tomé, G. (2015). *Towards community-based and socially inclusive mental health care. situation analysis and recommendations for action*. Brussels: Join Action on Mental Health and Well-being.

Amaddeo, F., Becker, T., Fioritti, A., Burti, L., Tansella, M. (2007). *Reforms in community care: The balance between hospital and community-based mental health care*. *Mental Health Policy and Practice Across Europe*, 235.

Balázs Zs., Petri, G. (2010). Az autizmussal élőket segítő magyarországi civil ellátórendszer kialakulása. In V. Bognár (ed.). *Láthatatlanok. Autista emberek a társadalomban*. [Organisations helping people with autism in Hungary and their role in the development of policies and services] (pp. 36–77.). Budapest: SCOLAR.

Beadle-Brown, J., Mansell, J., Kozma A. (2007). Deinstitutionalization in intellectual disabilities. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(5), 437–442. doi:10.1097/YCO.0b013e32827b14ab [doi]

Beresford, P. (2016). The role of survivor knowledge in creating alternatives to psychiatry. In J. Russo, A. Sweeney (eds.). *Searching for a rose garden: Challenging psychiatry, fostering mad studies* (pp. 25–34.). Monmouth: PCCS Books.

Beresford, P., Croft, S. (2004). Service users and practitioners reunited: The key component for social work reform. *British Journal of Social Work*, 34(1), 53–68.

Beresford, P., Wallcraft, J. (1997). Psychiatric system survivors and emancipatory research: Issues, overlaps and differences. In C. Barnes, G. Mercer (eds.). *Doing disability research* (pp. 66–87.). Leeds: The Disability Press. doi:https://pdfs.semanticscholar.org/fe68/e2bfa6ed2cab6ddae12e22c8f1496307af68.pdf

Ferge Zs. (1997). The changed welfare paradigm: The individualization of the social. *Social Policy & Administration*, 31(1), 20–44.

Gurbai S. (2012). A Bizottság aggodalmát fejezi ki: ENSZ ajánlások a magyar kormány számára a fogyatékossgal élő személyek jogait illetően. *Esély*, 6, 108–117.

Gombos G., Kovács M., Szöllösiné F. E., Tapolczay G. (2010). *Fogyatékos személyek jogai vagy fogyatékos jogok? – A magyar civil caucus párbuzamos jelentése az ENSZ egyezményről*. Budapest: SINOSZ–MDAC–FESZT.

Harangozó J., Tringer L., Gordos E., Kristóf R., Werrnig R., Slezák A., Bulyáki T. (2001). Paradigmaváltás a pszichiátriában. *Lege Artis Medicinae*, 11(8–9), 573–586.

Henderson, C., Noblett, J., Parke, H., Clement, S., Caffrey, A., Gale-Grant, O., Thornicroft, G. (2014). Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *The Lancet Psychiatry*, 1(6), 467–482.

Kiss E. Cs., Sz. Makó H. (2013) *Mentálhigiéné és segítő hivatás*. Pécs: Pro Pannonia.

Kozma A., Petri G., Balogh A., Birtha, M. (2016). *Az európai unió támogatásainak a szerepe az intézménytelenítésben és a férőhelykiváltás eddigi tapasztalatai*. Budapest: Társaság a Szabadságjogokért.

Lee, S., Castella, A. d., Freidin, J., Kennedy, A., Kroschel, J., Humphrey, C., Kulkarni, J. (2010). Mental health care on the streets: An integrated approach. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(6), 505–512.

McDaid, D., Knapp, M., Medeiros, H. (2007). Mental health and economics in europe: Findings from the MHEEN group. *Eurohealth-London*, 13(3), 1.

McDaid, D., Oliveira, M. D., Jurczak, K., Knapp, M. (2007). Moving beyond the mental health care system: An exploration of the interfaces between health and non-health sectors. *Journal of Mental Health*, 16(2), 181–194.

Pikó B. (2002). Adalékok a mentális zavarok kritikai szociológiájához. *Szociológiai Szemle*, 2, 99–113.

Russo, J. (2012). *Survivor-controlled research: A new foundation for thinking about psychiatry and mental health*. Paper presented at the Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research, 13(1) Retrieved from <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1790>

Sweeney, A. (2016). The transformative potential of survivor research. In J. Russo, A. Sweeney (eds.). *Searching for a rose garden: Challenging psychiatry, fostering mad studies* (pp. 61–75.). Monmouth: PCCS Books.

Szentes T., Kapócs G., Kurimay T. (2013). Krónikus pszichiátriai betegek ellátása az egészségügyi és szociális ellátórendszerben. *Lege Artis Medicinae*, 23(1), 47–51.

Szívós P., Tóth I. G. (2013). *Egyenlőtlenségek és polarizálódás a magyar társadalomban*. Budapest: TÁRKI monitor jelentések. Retrieved from http://www.tarki.hu/hu/research/hm/monitor2012_teljes.pdf

Tausz K. (1997). A fogyatékos gyermekek helyzete és a civil társadalom az átmenet időszakában. *Esély*, 6, 77–87.

Tringer L. (ed.) (1999). *A pszichiátria tankönyve. Egyetemi tankönyv*. Budapest: Semmelweis Kiadó.

Tringer L. (2007). A pszichiátria társadalmi beágyazottsága. *Psychiatria Hungarica*, 22(2), 124–133.

Wahlbeck, K., Botezat, I., Campion, J., Garcia-Cubillana, P., Guðmundsdóttir, D., Halliday, W., Sajevičienė, J. (2015). *Joint action on mental health. mental health in all policies – situation analysis and recommendations for action*. Brussels: Join Action on Mental Health. doi:<http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/publications>

World Health Organization (2010). *User empowerment in mental health: a statement by the WHO Regional Office for Europe—empowerment is not a destination, but a journey*. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/113834/E93430.pdf (utolsó elérés: 2017. 04. 16.)

World Network of Users and Survivors of Psychiatry (2008). *Implementation Manual for the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities WNUSP*.

AZ ELLÁTÓRENDSZEREK MŰKÖDÉSE ÉS EGYMÁSHOZ VALÓ VISZONYA

Magyarországon a mentális zavarban szenvedők az egészségügyi és a szociális ellátórendszerben egyaránt ellátásban részesülhetnek. A kapcsolat az ellátórendszerek között esetleges, mivel működésüket a hatályos törvények és egyéb jogszabályok nem megfelelően, a köztük lévő kapcsolatot, illetve a rendszerben több helyen is megjelenő kliens érdekében szükséges együttműködésüket pedig egyáltalán nem szabályozzák. Az ellátások izolált megjelenése azt eredményezi, hogy a rászorulónak nincs lehetősége a szükségleteiknek és igényeiknek legmegfelelőbb szolgáltatást igénybe venni. (Szentés, Kapócs és Kurimay, 2013). Az ellátórendszerek összehangolt működéséhez szükségszerű szemléletmódbeli változások még nem következtek be. Emellett nemcsak az ellátórendszerek, hanem az egyes ágazatokon belül működő szolgáltatók közötti együttműködés is fejlesztésre szorul. Az egészségügyi ellátórendszer jelentős tradíciókkal rendelkező, gyakran „hungaricumként” aposztrofált pszichiátriai gondozóinak tevékenysége kiemelt fontosságú az érintett betegcsoport kezelésében. Az ezredforduló óta többször a „túlélésükért küzdő” gondozók jelentős forráshiány mellett próbálják ellátni a területükön a pszichiátriai problémával jelentkezőket.

A Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum (PÉF) 2009–2011 között a magyarországi pszichiátriai gondozók tevékenységét is monitorozta (PÉF, 2012.) A vizsgálatból többek között az derült ki, hogy helyenként „hadipszichiátriai helyzet” uralja a gondozók működését, túlterheltek, a kliensek sokszor hosszan váraкоznak, és csak percek jutnak rájuk. Általános tapasztalat volt, hogy az ideálisnál 40-50%-kal több beteget látnak el, és előfordult olyan gondozást végző intézmény, amely 1–2 hónapos előjegyzéssel dolgozik, ami a mentális problémák esetén elvárható preventív megközelítésnek nem kedvez. Az említett felmérés szerint vannak gondozók, akik jó kapcsolatot ápolnak a fekvőbetegeket ellátó intézménnyel, és a kliensek beutalása, a kórházi kezelés utáni követés, a kontrollált gyógyszerfelírás kölcsönös együttműködés keretében történik. Arra is talált a vizsgálat példát, hogy a területen működő közösségi pszichiátriai ellátó, a pszichiátriai gondozó, a kórházi pszichiátriai osztály, a háziorvos, sőt még a helyi családsegítő is kapcsolatban állt egymással egy-egy kliens gyógykezelése során. Ez az ideális működés sajnos nem általános, jellemzőbb, hogy az ellátók nem kommunikálnak egymással. Eltérő a kórházból elbocsájtott betegekkel kapcsolatos eljárásrend is, a gondozóknak megküldött tájékoztató jellegű zárójelentés „fakultatív”. A saját otthonban-lakóhelyen történő látogatás gyakorlata nagyon változó. A közösségi ellátást végző intézményekkel történő hasznos együttműködés folytán vannak olyan jó gyakorlatot folytató ellátók, akiknél nem marad el a kórházi kezelés utáni kontrollvizsgálat.

Aggasztó hiányosságként tárta fel a monitorozás, hogy a fiatalok számára biztosított ellátás nagyon kevés településen érhető el. A területi egyenlőtlenségek ellenére kijelenthető, hogy a magyar egészségügyi rendszerben viszonylag jól kiépített úton mozognak a mentális problémával élők. A szociális ellátórendszerrel való együttműködést, a feladataik egymással történő megosztását viszont nem szabályozzák részletesen a jogszabályok. Emiatt a két ellátórendszer között gyakorlatilag semmilyen szervezett és irányított kapcsolat nincs. Ez annak ellenére így van, hogy jogszabályi kötelezettség áll fenn, azonban ez a gyakorlatban kérdésesen valósul meg. Az egészségügyben ellátást végző szakemberek túlnyomó része nem rendelkezik ismeretekkel a másik ágazat tevékenységét illetően. A krónikus pszichiátriai betegekkel kapcsolatos, bentlakásos intézményi elhelyezésen túlmenően nincs rálátásuk a szociális ágazatban működő közösségi ellátások valós tevékenységére, nem ismerik a támogatott lakhatás intézményét, illetve csak nyomokban vannak információik a kiváltás stratégiáról. Az egészségügyi képzésekben minimálisan sem jelenik meg a szociális ellátással kapcsolatos tananyag, így különösen aggályos, hogy úgy ápolnak autista személyeket pszichiátriai osztályon, hogy az ott dolgozók soha nem tanultak az autizmusról, a megfelelő bánásmódról semmit. A szociális ágazat bentlakásos intézményeiben dolgozó, szociális ápoló-gondozó képzést végzők nagy részének alapvető pszichiátriai ismeretei sincsenek. A felépülés mint reális célkitűzés a mentális betegek számára, sajnálatos módon nem jelenik meg az egészségügyi ellátórendszer legtöbb szereplőjének tevékenységében, a szociális ágazatban, különösen a bentlakásos intézményekben pedig még kevésbé fellelhető ez az irány.

A pszichiátriai betegek részére szociális szolgáltatást biztosító intézményrendszer bemutatása

A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény (Szoctv.) alapján a szociálisan rászorultak részére a személyes gondoskodást az állam biztosítja. A személyes gondoskodás magában foglalja a szociális alapszolgáltatásokat és a szakosított ellátásokat. Szociális alapszolgáltatások körébe soroljuk a falugondnoki és tanyagondnoki szolgáltatást, az étkeztetést, a házi segítségnyújtást, a családsegítést, a jelzőrendszeres házi segítségnyújtást, a közösségi ellátásokat, a támogató szolgáltatást, az utcai szociális munkát, a nappali ellátást. A személyes gondoskodás keretébe tartozó szakosított ellátást az ápolást, gondozást nyújtó intézmény, a rehabilitációs intézmény, az átmeneti elhelyezést biztosító intézmény és a lakóotthon nyújtja, amelyet együttesen tartós bentlakásos intézményi ellátásként is nevesítünk. A támogatott lakhatási szolgáltatás is a szakosított ellátások közé tartozik. 2013. január 1-jétől a szociális szolgáltatások rendszere kiegészült a támogatott lakhatási szolgáltatással mint szakosított, de nem intézményi ellátási forma. A személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatait és működésük feltételeit a többször módosított 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet tartalmazza. A fenti szabályzók alapján a célcsoport részére speciális alapszolgáltatásként a közösségi ellátást és a

nappali ellátást nevesítik, emellett igénybe vehetik a falugondnoki és tanyagondnoki szolgáltatást, az étkeztetést, a házi segítségnyújtást, a családsegítést, a jelzőrendszeres házi segítségnyújtást is.

Alapszolgáltatások

Közösségi ellátás pszichiátriai betegek részére

A közösségi ellátás az a szolgáltatásforma, melynek esetében az igénybevétel formája önkéntes, a szolgáltatás térítésmentes, és a jogszabály által adott keretek között az orvosi gondozás, kezelés mellett pszichoszociális támogatást is igénylő, pszichiátriai problémával élő emberek eredeti lakóhelyükön, környezetük (hozzátartozóik, az érintett számára fontos személyek), a pszichiátriai betegek ellátásában résztvevő társszakták intézményei és az adott térség ellátásáért felelős szociális szolgáltatások aktív bevonásával részesülnek ellátásban.

A szolgáltatás célcsoportját a saját otthonukban élő, nem veszélyeztető állapotú pszichiátriai betegek képezik, akik pszichiátriai kezelésben részesülnek, betegségük ambuláns szakorvosi ellátás mellett egyensúlyban tartható, de a szükségleteiknek megfelelő életvitelük, rehabilitációjuk és szociális biztonságuk csak intenzív közösségi ellátás által segíthető optimálisan. A célcsoportba tartoznak azok a szociális intézményben élő, valamint támogatott lakhatási szolgáltatást igénybe vevő pszichiátriai betegek, illetve ilyen elhelyezésre várakozó (várólistán szereplő) személyek, akik csak intenzív támogatással képesek otthonukban élni, illetve oda visszailleszkedni.

A közösségi ellátás célja, hogy az általa gondozott pszichiátriai betegek integrált és teljes jogú tagjai maradjanak a társadalomnak, illetve reintegrálódjanak a közösségbe. Ennek érdekében a komplex pszichoszociális rehabilitáció minden formáját a pszichiátriai beteg otthonában, illetve lakókörnyezetében biztosítja. Segítséget nyújt a pszichiátriai betegek számára problémáik megoldásában; meglévő képességeik és készségeik megtartásában, illetve fejlesztésében; a mindennapi életükben adódó konfliktusok feloldásában; a szociális és mentális gondozásukban és az egészségügyi ellátáshoz való hozzájárásukban, az ellátott céljainak megfogalmazásában és megvalósításában. A szolgáltatás az igénybevevők szükségleteire alapozott és felépülésüket előtérbe helyező komplex rehabilitációt célozza meg, amely épít a szolgáltatásban részesülők aktív és felelős részvételére, valamint a természetes közösségi erőforrásokra, őket is oktatta és támogatva. A közösségi ellátás során gyakran egy időben több egészségügyi és szociális szakember összehangolt munkájára van szükség, a szolgáltatás összekötötést biztosít az egyén és az ellátórendszerek között, az intenzív esetmenedzselési tevékenység révén, amelynek eredményeként megvalósul a szolgáltatást igénybe vevők felépülése.

A közösségi ellátás a 2005 és 2009 közötti időszakban a települési önkormányzatok részére kötelezően előírt speciális alapfeladatként jelent meg. Az ellátásszervezés 2009-től átalakult: állami feladat szervezésbe került a szolgáltatás pályáztatása és a

finanszírozása is. A szociális törvény alapján a szolgáltatások működését az állam főszabályként 3 évre megkötött finanszírozási szerződések útján támogatta. 2016-tól a pályázat útján történő finanszírozást felváltotta a normatív támogatás, ami szintén két részből, egyrészt az alapvető működést finanszírozó alaptámogatásból, másrészt pedig a vállalt feladatmutatótól függő támogatásból áll. A szolgáltatás esetében az éves feladatmutatót a 191/2008. (VII. 30.) Kormányrendelet határozza meg. A jogszabály szerint a kötelezően teljesítendő feladatmutató éves átlagban 40 fő. A teljesített feladatmutató meghatározása során pedig nem vehető figyelembe a pszichiátriai betegek részére nyújtott közösségi alapellátás esetén az a BNO 10 kódkönyv F 20–29 vagy 31–33 diagnózisokba nem besorolható ellátottakkal teljesített feladatmutató, amely éves szinten meghaladja az összes figyelembe vehető feladatmutató 10%-át.

Pszichiátriai betegek nappali ellátása

Személyes gondoskodást nyújtó alapszolgáltatás a tizennyolcadik életévüket betöltött fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelést nem igénylő pszichiátriai betegek részére. Az igénybevétel formája: önkéntes, az ellátott kérelmére történik, a szolgáltatás az öntevékenységre, az önsegítésre épülve biztosítja az ellátást igénybe vevők igényei alapján a kulturális, szabadidős, tájékoztató, képzési, lakossági és családi programok, találkozók szervezését, lebonyolítását. Lehetőséget biztosít a napközbeni tartózkodásra, társas kapcsolatok kialakítására, valamint az alapvető higiéniai szükségleteik kielégítésére, továbbá igény szerint megszervezi az ellátottak étkeztetését. A nappali ellátás a szociális munka eszközzrendszerével, az igénybevevők szükségleteire építve egyéni szolgáltatási/gondozási terv mentén komplex rehabilitációs tevékenységekkel vesz részt a pszichiátriai betegek felépülésében. Ebben erőteljesen jelen van a remény, a saját identitás, az önálló döntések és kockázatvállalás, felelősségvállalás, teljes vagy részidejű munka vagy tanulás, független életvitel, baráti kapcsolatok, önbecsülés, a betegség átfogalmazása, szociális szerepekkel való azonosulás, az empowerment és az étellel kapcsolatos elégedettség érzése. A nappali ellátás ennek megfelelően készségfejlesztéssel segíti az önálló életvezetést, az emberi kapcsolatok kialakítását és fenntartását, a munkavállalást, a szabadidős tevékenységeket. A készségfejlesztés történhet egyéni esetvitel kapcsán vagy csoportos formában. A szociális munka mellett érdemes támaszkodni a hatékonyan működő önszolgáltató csoportokra is. A szabadidős és sportprogramok, klubfoglalkozások esetében előtérbe szükséges helyezni a nappali intézmény falain kívül megvalósuló programokat, amelyek csökkentik a stigmatizáció érzését, segítik a reintegrációt.

Az ellátás a pszichiátriai betegek mellett szolgáltatást nyújthat a promóció és elsődleges prevenció céljával is a mentálisan sérült, krízisben lévő személyek részére is. A nappali ellátás keretében olyan programokat kell biztosítani, amelyek hozzájárulnak az ellátottak/klubtagok társadalmi reintegrációjához. A nappali ellátás alapvetően egy nyitott, szükségletekre gyorsan reagáló, integráló szerepet betöltő ellátási forma, amely települési szinten háttérét adhatja az alapszolgáltatások összekapcsolásának.

Pszichiátriai betegek ápoló-gondozó otthonai

A pszichiátriai betegek otthona azt a krónikus pszichiátriai beteget látja el, aki az ellátás igénybevételének időpontjában nem veszélyeztető állapotú, akut gyógyintézeti kezelést nem igényel, és egészségi állapota, valamint szociális helyzete miatt önmaga ellátására segítséggel sem képes. Az intézmény teljes körű ellátást biztosít az ellátottak számára a lakhatás, az étkezés, az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés területén. A lakók mentális gondozásban részesülnek, amelynek keretében készségfejlesztő-educatív programok segítik képességeik fejlesztését, szinten tartását. Szocioterápiás és munka jellegű foglalkoztatás segíti a munkavégző készségek megtartását és fejlesztését, az aktivitás és kezdeményező-készség fokozását. A bentlakásos intézményben biztosítani kell a napi huszonnégy órás szolgálatot.

Pszichiátriai betegek rehabilitációs intézményei

A rehabilitációs intézményi keretek között indokolt biztosítani annak a rászoruló személynek az elhelyezését, akinek az egészségi, a pszichés, a mentális, a szociális állapota a rehabilitáció több területén együttesen zajló, komplex, átfogó segítséget igényel és ennek hatékony megoldása ambuláns formában vagy más intézményi keretek között nem valósítható meg. A rehabilitációs intézmény feladata az intézményi ellátást igénybe vevő önálló életvezetési képességeinek kialakítása, illetve helyreállítása, fejlesztése, továbbá a társadalomba történő be-, illetve visszailleszkedésnek támogatása és az utógondozás megszervezése. A szakosított szolgáltatást jogszabályi előírásoknak megfelelően, három évig vehetik igénybe a célcsoporttagok, amennyiben az önálló életvitelre történő felkészülés nem lett teljes körű, az ellátást az intézményvezető két évvel meghosszabbíthatja.

Pszichiátriai betegek átmeneti intézménye

Az átmeneti elhelyezést nyújtó intézményi ellátásra legfeljebb egy évig kerülhet sor. A pszichiátriai betegek, valamint a szenvedélybetegek átmeneti intézményében folyó munka célja az önálló életvitel feltételeinek fenntartása a szociális segítségnyújtás lehetőségeinek felhasználásával, komplex rehabilitációs és képzési programok szervezésével – készségfejlesztés, stresszkezelés, munkavállalással kapcsolatos tréningek, szociális esetmunka, életvezetési készségek fejlesztésének elősegítése, szabadidős programok.

Pszichiátriai betegek rehabilitációs célú lakóotthona

A lakóotthoni ellátás során – az intézmény sajátosságaitól függetlenül – biztosítani kell a lakóhelyi, munkahelyi feladatok és a szabadidő eltöltésének szétválasztását,

lehetőség szerint foglalkoztatást, esetleg szabadidős tevékenységeket, illetve azok szervezését; az ellátást igénybe vevő életkörülményeivel kapcsolatos problémák önálló megoldását, szükség esetén segítséget a döntések meghozatalához, az ellátást igénybe vevő szükségletei szerinti szolgáltatások elérhetőségének megkönnyítését.

A lakóotthonban nem helyezhető el olyan személy, aki közösségi együttlétre alkalmatlan, a vele együtt élő társaira nézve veszélyes magatartást tanúsíthat. A lakóotthonban biztosítani kell a szükséges egészségügyi ellátást, illetve annak szervezését. A lakóotthonban dolgozó szociális segítő aktív kapcsolatot tart fenn az ellátást igénybe vevők kezelőorvosával, szakorvosával, valamint a hozzátartozókkal. A lakóotthon életét lehetőleg nyitottan kell megszervezni, a rendezvényeken, programokon a közeli hozzátartozók részvételét biztosítani kell.

Pszichiátriai betegek támogatott lakhatása

Lakhatási szolgáltatás, amely az egyén szükségleteihez illeszkedő módon, természetes és professzionális támogatói hálózat létrehozásával és működtetésével támogatja a lehetőség szerinti önálló életvitel kialakítását és fenntartását a szociális ellátórendszer kapacitásain belül. Személyközpontú, egyénre szabott szolgáltatások, támogatások, programok nyújtásával, illetve a csoportos és a képviseleti megoldások mellőzésével biztosítja a döntés szabadságát az egyén elvárásaihoz és igényeihez igazodó lakhatási és támogatási forma megválasztásában. Az egyén meglévő képességeire építve, a lakhatás és a mindennapi életvitel támogatásának különválasztása révén lehetőséget biztosít az önálló életvitelhez szükséges új készségek elsajátítására. Az életviteli támogatás fontos eleme a kliens autonómiájának, önálló életvitelének erősítése. A segítő munka ezen szakaszában a segítő jelenléte, aktivitása nagymértékben a lakhatási szolgáltatásban részesülő igényeihez igazodik, és egyre inkább egy igénybe vehető háttér szolgáltatásként van jelen, és szükség szerint „alacsony küszöbű szolgáltatásként” hosszú távon elérhető.

A szociális ellátórendszer diszfunkciói

A célcsoport számára elérhető szociális szolgáltatások az elmúlt húsz évben jelentős átalakuláson mentek keresztül, ugyanakkor a rendelkezésre álló férőhelyek tekintetében mind a szolgáltatási formák, mind a területi lefedettség vonatkozásában számos egyenlőtlenséggel kell szembenézni. Az alapszolgáltatások és a szakosított ellátások is hosszú várólistákkal dolgoznak, ugyanakkor a közösségi és a nappali ellátásokhoz való hozzáférés a meglévő szükségletek esetén is mindenhol biztosított. A 88 közösségi ellátó által biztosított szolgáltatások között is jelentős különbségek vannak, amik jórészt a területi elhelyezkedésből adódnak. A vidéki területeken a feladat ellátását nagymértékben megnehezíti a települések közötti távolság, az utazási nehézségek és költségek. A gondozásra szánt időtartam jelentősen lerövidül az utazási idő miatt, különösen akkor, ha a közösségi gondozó tömegközlekedési esz-

közszel jár. Változást hozna, ha ezen fenntartók a kötelező szakmai létszámon felül több kompetens szakembert alkalmaznának.

A szociális törvény minden tízezer főnél nagyobb települési önkormányzat számára kötelező feladatként nevesíti a pszichiátriai betegek nappali ellátását. Az önkormányzatok mulasztásos törvénysértésének következményeként a nappali intézmények száma lényegesen elmarad a törvényben foglaltaktól, szakmai programjuk és a szolgáltatást nyújtók szakmai kompetenciáját tekintve rendkívül változatosak, a szükségletekre alapozott, személyre szabott rehabilitációs tevékenységet nem minden esetben képesek klubprogramok keretében megvalósítani, így sérül az igénybevevők felépülést szolgáló reális egyéni céljai elérésének támogatása.

Az átmeneti otthonok alacsony férőhelyszámmal – megközelítőleg 100 férőhely biztosított országosan – állnak csak a célcsoport rendelkezésére, és a szolgáltatás legtöbb esetben nem éri el célját, mert a saját otthonukba történő reintegrációs folyamat, a család bevonása nem valósul meg, az itt ellátott pszichiátriai betegek a legtöbb esetben az ápoló-gondozó otthoni elhelyezésig nyernek felvételt.

A rehabilitációs intézmény, illetve a rehabilitációs célú lakóotthon befogadó társadalom, helyi környezet, munka- és oktatási lehetőségek nélkül, megfelelően képzett és kompetens segítők nélkül nem produkálhatja az elvárt eredményeket. Ezen intézményformák sikertelenségéért egyszerre okolhatóak rendszerszerű problémák, valamint a helyi rossz beidegződések és gyakorlatok.

Az ápoló-gondozó otthonok mint a legkorábbi, a célcsoport ellátását biztosító szociális intézmények földrajzilag szegregáltan helyezkednek el, totalitárius rendszerként működnek, ahol a lakók hamar hospitalizálódnak, még meglévő készségeiket is elvesztik. A jogszabályban meghatározott tárgyi feltételek nem minden esetben biztosítottak vagy az épületek elavultak, lelakottak, felújításra nincsenek források. Az egyéni és közösségi élettér zsúfoltsága, nem teszi lehetővé az intimitást, az elkülönülést. A személyzet a korszerű és hatékony gondozási ismereteknek nincs birtokában. A lakók emberi méltósághoz való joga sérülhet, mint ahogy a felépüléstől is egyre távolabb kerülnek.

A szociális törvény és az ehhez kapcsolódó 1/2000-es SzCsM rendelet 2013. augusztus 1. óta biztosít lehetőséget a támogatott lakhatásra mint szociális ellátási formára. Az új lakhatási szolgáltatás alapját az ENSZ Egyezmény adja, amelynek 19. cikke rendelkezik a közösségbe való befogadásról és az önálló életvitel biztosításáról. Az eltelt három év alatt 220 új férőhelyet hoztak létre az intézményi férőhelykiváltási folyamat részeként, ezen felül néhány civil és egyházi szervezet nyújt támogatott lakhatási szolgáltatást.

A mentális problémákkal küzdők számára az alapszolgáltatások és az azokkal szoros hálózatszerű együttműködésben dolgozó támogatott lakhatási szolgáltatások teszik lehetővé, hogy a helyi közösségek egyenrangú tagjaiként gyakorolhassák szociális szerepeiket.

1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról

1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről

191/2008. (VII. 30.) Korm. rendelet a támogató szolgáltatás és a közösségi ellátások finanszírozásának rendjéről

Állami Számvevőszék (2012). *Jelentés a pszichiátriai betegellátás átalakításának ellenőrzéséről.*

Jim van Os et al. (2013). Beyond DSM and ICD: introducing „precision diagnosis” for psychiatry using momentary assessment technology. *World Psychiatry*, 12(2), 113–117.

Kiss E. Cs., Sz. Makó H. (2013). *Mentálhigiéné és segítő hivatás. Fejezetek az elmélet és a gyakorlat területeiről.* Pro Pannónia Kiadói Alapítvány, Pécs

PÉF (2012). A magyarországi pszichiátriai gondozók és a közösségi pszichiátriai ellátók monitorozása. Elemzés: 2009-2011 <http://docplayer.hu/861865-A-magyarorszag-i-pszichiatriai-gondozok-es-a-kozossegi-pszichiatriai-ellatok-monitorozasa-elemzes-2009-2011-isbn-978-963-89497-0-7.html>

Szentes T., Kapócs G., Kurimay T. (2013). Krónikus pszichiátriai betegek ellátása az egészségügyi és szociális ellátórendszerben. *Lege Artis Medicinae*, 23 (1), 47–51.