

SZAKDOLGOZAT

**SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEM EGÉSZSÉGÜGYI ÉS SZOCIÁLIS
KÉPZÉSI KAR
ÁPOLÁS ÉS BETEGELLÁTÁS ALAPSZAK ÁPOLÓ SZAKIRÁNY
NAPPALI TAGOZAT**

**SZKIZOFRÉNIÁVAL ÉLŐK STIGMATIZÁCIÓJA AZ
EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK VERSUS AZ
EGÉSZSÉGÜGYÖN KÍVÜLI TÁRSADALMI RÉTEG
TÜKRÉBEN**

**Stigmatization of people living with schizophrenia in the
aspect of healthcare professionals versus non-healthcare
workers**

Konzulens:
Dr. Szatmári Angelika
főiskolai docens

Készítette:
Tamás Vivien
ápoló hallgató

**SZEGED
2024**

Tartalom

Absztrakt.....	5
Bevezetés.....	6
1. A szkizofrénia meghatározása, története és népegészségügyi jelentősége.....	8
1.1. A szkizofrénia és pszichózis definíciója	8
1.2. A szkizofrénia történeti áttekintése	8
1.3. A szkizofrénia epidemiológiája	9
1.4. A szkizofrénia kialakulásának lehetséges rizikófaktorai	9
1.5. Lehetséges szövődmények és komorbiditások	9
2. A szkizofrénia kialakulásának különböző nézőpontjai	10
2.1. Biológiai nézőpont	10
2.1.1 Genetikai nézőpont	10
2.1.2 Neurokémiai elméletek	10
2.2. Pszichológiai nézőpont	11
2.3. Szociokulturális nézőpont	12
3. A szkizofrénia általános jellemzői.....	13
3.1. A szkizofrénia tünetei.....	13
3.2. A szkizofrénia fő típusai.....	15
3.2.1 Paranoid szkizofrénia	15
3.2.2 Hebefrén szkizofrénia	15
3.2.3 Katatón szkizofrénia	15
3.2.4 Nem differenciálható szkizofrénia.....	16
3.2.5 Reziduális skizofrénia	16
3.2.6 Skizoaffectív típus	16
3.3. A szkizofrénia diagnosztikus kritériumai.....	16
3.3.1 DSM-V-TR diagnosztikus kritériumai	16
3.3.2 ICD-11 diagnosztikus kritériumai	17
3.4. Korai jelek és tünetek.....	17
3.5. A szkizofrénia kórlefolyási fázisai.....	18
4. A szkizofrénia Terápiás kezelési lehetőségei.....	19
4.1. Nem gyógyszeres kezelés	19
4.1.1 Betegoktatás	19
4.2. Gyógyszeres kezelés.....	20
4.3. Rehabilitáció	21
4.3.1 Munkaterápia.....	21
4.3.2 Foglalkozásterápia	21
4.3.3 Szociális készségek tréningje	21

4.3.4	Közösségi terápiák.....	21
5.	<i>A szkizofréniával kapcsolatos stigmatizáció megjelenése</i>	22
6.	<i>Önálló vizsgálat</i>	24
6.1.	A vizsgálat célkitűzései.....	24
6.2.	A vizsgálat hipotézisei	24
6.3.	A vizsgálat módszereinek, eszközeinek bemutatása.....	25
6.4.	A mintavételi eljárás bemutatása.....	25
6.5.	Etikai megfeleléség	26
6.6.	A vizsgált minta bemutatása	26
7.	<i>Kutatási eredmények bemutatása és elemzése</i>	28
7.1.	Eredmények: Nemek közti különbségek.....	28
7.2.	Eredmények: Egészségügyben dolgozók/egykori dolgozók és laikusok közti különbségek.....	29
8.	<i>Összefoglalás</i>	36
9.	<i>Szakmai javaslat</i>	38
	<i>Felhasznált irodalom</i>	39
	<i>Mellékletek</i>	41
	<i>Ábrajegyzék</i>	55
	Diagramok.....	55
	Táblázatok.....	55

ABSZTRAKT

Bevezetés: A szkizofrénia egy világviszonylatban magas prevalenciát mutató mentális zavar. A diagnosztizált egyéneket jelentős mértékben érinti társadalmi stigmatizáció, amely diszkriminációval, magatartásban kifejeződő megkülönböztetéssel, hátrányos szocio-ökonómiai és pszicho-szociális következménnyel járhat számukra. Jelen vizsgálat célja feltárni a nem egészségügyben dolgozók tájékozottságát a betegségről, illetve, hogy az egészségügyi munkatapasztalat hatással van-e a kórállapot tünettanának ismeretére és a betegséghez kapcsolt előítéletesség mértékére.

Módszerek: Online önkitöltős tesztbattériát alkalmaztunk, amelyben demográfiai és munkavégzésre vonatkozó kérdések mellett a szkizofrénia tünettanával kapcsolatos kérdések szerepeltek, az Attitudes to Severe Mental Illness Skálával (ASMI) kiegészítve. A beválasztás kritériuma: 18 évét betöltött, szkizofréniával nem diagnosztizált személyek.

Eredmények: A mintát 148 fő (33 férfi, 115 nő) alkotta. Egészségügyi munkaköri tapasztalattal 46 fő rendelkezett, 102 fő nem. A tünetek ismeretében nincs különbség az egészségügyi munkatapasztalat mentén. Az egészségügyben dolgozó személyeknek kevésbé okozna nehézséget szkizofrén személlyel beszélgetni. Az ASMI alskáláknál nem találtunk eltérést nemek, illetve egészségügyi vagy nem egészségügyi munkakör tekintetében. Nemi bontásban nők inkább gondolják a kettő vagy több személyiséget tünetnek, egyéb tünetek értékelésében nincs nemi különbség. Továbbá férfiak szignifikánsan gyakrabban vallották, hogy degradáló megjegyzéseket tesznek szkizofrén betegekre, mint nők.

Megbeszélés: Az egészségügyi munkatapasztalat szignifikánsan nem befolyásolja a szkizofrénia tünettanával kapcsolatos ismereteket, valamint csekély mértékben az attitűdöt a szkizofrén személyekkel szemben. A kutatás figyelemfelhívó szerepet tanúsít a téma fontosságát illetően, valamint hangsúlyozza további empirikus vizsgálatok szükségességét a szkizofréniához kapcsolódó előítéletek és attitűdök okának pontosabb megismeréséhez, ami a probléma megoldásához lehet kulcs.

BEVEZETÉS

Munkám témájául a szkizofréniában szenvedő emberek életminőségét és gyógyulási lehetőségét befolyásoló stigmatizáció és megbélyegzés kutatását választottam az egészségügyi dolgozók és a laikusok körében. Motivált a kíváncsiságom és a szakmai tudásom elmélyítése a szkizofréniával kapcsolatban, emiatt választottam ezt a pszichiátriai betegséget. Annak reményében építem a számomra egyik legérdekesebb mentális zavar köré kutatásom, hogy átláthatóbb képet adjak a betegségről, ugyanis gyakori tévhitek hálója szőtte be, amelyeket szeretnék lebontani. Témaválasztásom oka, hogy rámutassak mennyire fontos lenne társadalmunkban a diszkrimináció mentes szemléletmód az ebben érintett egyének számára. Úgy gondolom, hogy hazánkban is kardinális témakör az előítéletek mértékének felmérése és bemutatása, amely által kaphatunk egy képet arról, hogy a 18 éven felüli, a betegséggel nem diagnosztizált személyekben milyen fokú stigmatizáció van jelen. Így egy támpontot is láthatunk, hogy felismerjük a stigmatizációhoz vezető problémákat, miben kellene változtatnunk társadalmi szinten, ugyanis a diszkriminációmentes, empátikus bánásmód a gyógyulási esélyeket növelheti. Ennek fényében, úgy tartom, hogy az előítéletek felmérése és összevetése egy kiindulópontot jelenthet, tükröt tarthat az emberek számára és hozzásegíthet az attitűdváltáshoz, amely segíthet egy komplett betegcsoport javulási esélyein. A mentális betegségben szenvedők – tehát a szkizofrének szintűgy – szembesülnek az életszínvonalromlás, alacsonyabb önértékelés, kisebb megküzdési képesség problémáival. A megbélyegzés magába foglalja a sztereotípiákat, az azokból kialakuló előítéleteket, illetve mindezek eredményeként a diszkriminációt. Az előítélet, avagy megbélyegzés a sztereotípiákban gyökerezik. Ez előítéletességhez vezet, ami pedig különböző negatív érzelmi reakciókat válthat ki egy szkizofrén beteggel kapcsolatban, amely a viselkedésben ellenséges magatartáshoz, elkerüléshez, diszkriminációhoz vezet. Az érintett betegek számára ez nem csak a lehetőségeiket csökkenti például a különböző munkaterületek, szociális események, oktatás terén, hanem önhibáztatáshoz, saját maguk megbélyegzéséhez is vezet. Amennyiben csökken a beteg önértékelése, önbecsülése, az előidézett reménytelenség és haszontalanság érzése miatt a segítségkérésre való hajlandósága, a kitűzött cél eléréséért való küzdelme, az állapotának javulási esélyei is csökkennek. Tehát a megbélyegzés egy akadályozó tényező a gyógyulás felé vezető úton. (Mayer, Corrigan, Eisheuer, Oexle, & Rüsch, 2022)

A pszichiátriai betegségek többféle formában jelenhetnek meg és nagymértékben befolyásolhatják az érintettek életminőségét, valamint jelentős társadalmi, közösségi, illetve

családi problémákat okozhatnak. A szkizofrénia egy olyan súlyos mentális zavar, amelyet a pszichés működések diszfunkciói jellemeznek, különböző szociális és munkahelyi zavarok mellett. A Klinikai Idegtudományok című folyóirat 2019-ben publikált cikke alapján statisztikai számítások szerint megközelítőleg 85 000 szkizofréniában szenvedő élt 2019-ben Magyarországon, mely csoporthoz 2-3 ezer beteg csatlakozik évente. Így ez mára már növekedhetett. De ha csak a 2019-es adatot nézzük, már az a létszám is hazánk népességének megközelítőleg 1%-át kiteszi. (Makkos, 2019)

Azonban nem szabad megfeledkeznünk arról, hogy nem csak a beteg életminősége változik meg a betegsége megjelenése után, hanem a hozzá közel álló embereké is. Tehát azokat a családtagokat, is érinti a megbélyegzés és diszkrimináció, akiknek mentális betegséggel élő rokonuk van, emiatt pedig fokozott társadalmi elszigeteltséget, magányt élnek át. A szkizofrénia súlyos mentális betegségek közé tartozik, így, ha azt vizsgálom, hogy mennyi embert érint a szkizofréniával kapcsolatos stigmatizáció hatása, velük is számolnom kell. Ha csak két személyt adunk hozzá minden egyes beteghez (aki lehet anya, apa, testvér, gyermek akár nagymama, nagypapa), akkor már 255 000 emberi életről van szó, amely már jelentősen magasabb létszám, a népességnek közel 3%-a, több, mint Szeged lakosságának másfélszerese. A stigmatizáció az egészségügyben dolgozók körében is megjelenik. Egy 2020-as kutatás alapján az egészségügyi dolgozók körében is ugyan úgy előfordul a stigmatizáció, a diszkrimináció a szkizofréniában szenvedő egyénnel szemben, mint a nem egészségügyben tevékenykedő egyéneknél. Egy olyan jelenség, amely ennyi ember életét befolyásolhatja már társadalmi szempontból is „szemmel látható”, így a kutatás fontosságára nyomós okot ad. (Goldberg, McKeag, Rose, Lumsden-Ruegg, & Flett, 2023), (Ács, Mészáros, & Balogh, 2020)

1. A SZKIZOFRÉNIA MEGHATÁROZÁSA, TÖRTÉNETE ÉS NÉPEGÉSZSÉGÜGYI JELENTŐSÉGE

1.1. A szkizofrénia és pszichózis definíciója

Szkizofrénia: A szkizofrénia olyan pszichotikus zavar, amelynek kialakulását multifaktoriális tényezők okozhatják. Tünetei, lefolyása, valamint a terápiára adott válasza is szerteágazó, individuális lehet. Jellemzően 25 éves kor előtt kezdődnek, pszichotikus epizódok relapsusával és remissziójával. A tünetek több dimenziót érintenek. (Németh, 2021) Súlyos elmeműködési zavar, mely következtében az egyén pszichés működése deformitást mutat. Emocionális élete, észlelése, gondolkodása, valóságpercepciója elhagyja a realitás talaját, valamint behaviorális és szociális életben fellépő deficitiek jelentkeznek. (Pszichiátriai Szakmai Kollégium, 2008)

Pszichózis: Az egyén külvilággal, valósággal való kapcsolatának megszűnésével az információfeldolgozás és a környezeti ingerekre adott reakciókészség torzulásával járó állapota, mely számos esetben vezet téveszmékhez, hallucinációkhoz. (Comer, 2005)

1.2. A szkizofrénia történeti áttekintése

Az első részletes leírás 1856-ban Morel francia elmeorvostól származik, aki a *démence précoce* elnevezést adta a betegségnek páciense rohamos leépülési folyamata miatt. Több elnevezés után Hecker 1870-ben már hebefréniaként utalt rá. Kraepelin az addigi összes elnevezését és kórképét vizsgálva úgy gondolta, hogy mind különböző alcsoportokat jelöl egy azonos betegségnél, ezért 1896-ban *dementia praecox* névvel definiálta. Eugen Bleuler 1911-ben kiemelte, hogy az érzelmi téren szintúgy hanyatlás következik be, mint az intellektuálison, nem a demencia a legfontosabb jellemzője. Ezért a szkizofrénia elnevezést javasolta, amely hasadt elméjűséget jelent, a pszichés funkciók szétesésére és hasadására utalva. Kurt Schneider a különböző tüneteket rendszerbe foglalva írta le, amelyet a Kleist, Wernicke és Leonhard általi felosztási tipológia jellemez. Az erőteljes hasonlóságok miatt a különböző altípusokkal rendelkező szkizofrénia az egységes kórlefolyási, biológiai és pszichoszociális meghatározók miatt azonos klinikai kórképként kezelendő. (Németh, Füredi, Lazáry, & Somlai, 2021)

1.3. A szkizofrénia epidemiológiája

Élettartam prevalenciája 0,85%, éves incidenciája pedig 0,4-1,4%. Előfordulását befolyásolhatják környezeti tényezők, mint az urbanizáció, gazdasági és emigrációs helyzet, akár a zöld területek is. Nemi megoszlásban is differencia jelentkezik, a nő-férfi arány 1:1,4, tehát férfiak körében gyakoribb ez a mentális betegség. A férfiaknál 15-25, nőknél 25-35 éves koruk között jellemző a szkizofrénia kialakulása, illetve a menopauza ideje alatt szintén megnő a kialakulási esély. Nőknél az affektív és a pozitív tünetek dominálnak, illetve kisebb a szociális funkciók deficitje. A diagnózissal a várható élettartam 12-20 évvel csökken. Vezető mortalitási ok a szuicídum, melynek a betegség melletti gyakori depresszió predisponáló tényezője. A szkizofréniában élők gyakran hajlamosak negligálni egészségügyi állapotukat, emiatt gyakrabban alakulnak ki légúti, tumoros, kardiovaszkuláris és metabolikus betegségek. Ennek kialakulását befolyásolja, a szomatikus tünetek felismerésének ideje, valamint, az egészségügyi dolgozó és a beteg közötti compliance mértéke. (Németh, Füredi, Lazáry, & Somlai, 2021)

1.4. A szkizofrénia kialakulásának lehetséges rizikófaktorai

A családi halmozódás rokonság fokától függően növelheti a kialakulás kockázatát. Egyeneságú rokonság esetén nagyobb a szkizofrénia öröklődési rizikója. Szülés során az oxigénhiányos állapot, valamint a későbbi érzelmi-, mentális stressz, traumák egyénre vonatkoztatott hatása magas kockázati tényező. Ide sorolható még a drogabúzus, főként a hallucinogén szerek használata, életviteli szokások, külső környezeti tényezők, pszichés és belső neurobiológiai hatások, urbanizáció, lakókörnyezet, kisebbségi csoportokhoz való tartozás. (Must, Janka, & Horváth, 2011)

1.5. Lehetséges szövődmények és komorbiditások

A szkizofréniában szenvedők között nagyon gyakori (70-90%) a nikotinfüggőség, amit gyakran azért alkalmaznak, hogy enyhítsék a negatív tüneteket. A dohányzás számos egészségügyi problémát okoz, mint például a krónikus obstruktív tüdőbetegség, és növeli a terhességi komplikációk kockázatát. Emellett gyakran társulnak hozzá más káros abúzusok, mint például az alkohol- és drogfogyasztás, ami tovább rontja a betegek állapotát és életkilátásait. (Lieberman, Perkins, & Stroup, 2006)

2. A SZKIZOFRÉNIA KIALAKULÁSÁNAK KÜLÖNBÖZŐ NÉZŐPONTJAI

2.1. Biológiai nézőpont

2.1.1 Genetikai nézőpont

Kétfajta örökletes biológiai patomechanizmust sikerült bizonyítani: a biokémiai zavarokat, illetve az agyi struktúra abnormalitását. Azt, hogy a szkizofrénia kialakulását genetikai tényezők befolyásolhatják alátámasztják a kromoszómatérképekkel, illetve a szkizofrének rokonaival, szkizofrén ikerpárokkal és az örökbefogadott betegekkel való vizsgálatok.

A kromoszómatérképek által determinálhatók a lehetséges genetikai összetevők. Kutatók azon családtagok DNS-ét analizálták, akiknél gyakori a szkizofrénia incidenciája. A nem szkizofrén családtagok DNS-ét vetették össze a szkizofrénekével. Angliai kutatások eredménye szerint az egyetlen eltérő kromoszóma az ötödik volt, ebből arra következtettek, hogy az azon elhelyezkedő gén vagy géncsoport felelős lehet a szkizofrénia kialakulásáért. Azonban a pontos azonosítás nem járt sikerrel, illetve más nemzetiségű családoknál (olasz, svéd) egyáltalán nem találtak eltérést az ötödik kromoszómán. Ezek alapján a különböző típusú szkizofrénia kialakulásáért akár más gének is lehetnek felelősek, valamint nem minden esetben genetikai ok állhat a háttérben.

Kutatások bizonyítják, hogy a szkizofrénia kialakulását befolyásolja a szkizofrén rokon megléte, valamint, hogy a rokonság fokával arányosan nő vagy csökken a betegség kialakulása. Azonban ez nem bizonyítja biztosan a genetikai öröklődést az azonos családon belüli szokások és külső környezeti tényezők miatt. Ezt ikerkutatásokkal sem sikerült egyértelműen igazolni.

Az örökbefogadásos vizsgálatok már biztos eredményt hoztak. Szkizofréniában szenvedő örökbeadott már felnőtt embereket hasonlítottak össze a biológiai, illetve az örökbefogadó családjukkal. A szkizofrén egyének hiába nevelkedtek biológiai szüleiktől elszigetelten, hozzájuk hasonló tünetekkel rendelkeztek, amely alátámasztja a genetikai öröklődést. (Comer, 2005)

2.1.2 Neurokémiai elméletek

A neurokémiai elméletek az idegrendszer fejlődési zavarát hangsúlyozzák. Az intrauterin időszakban, az első kettő trimeszterben nem megfelelően fejlődik az agyi szinaptikus

kapcsolatrendszer, így nem fejlődik ki a fiziológiás sejtarchitektúra. Ez csak később, serdülő, illetve korai felnőtt korban mutatkozik meg. MRI vizsgálatokkal bizonyították az agy strukturális eltéréseit és az agyi térfogat redukcióját szkizofrén betegek esetében. A kutatási eredmények alapján a pozitív tünetek oki tényezője a túlzott dopaminfelszabadulás. A szkizofrénia biológiai és neurokémiai háttere a posztmortem és génexpressziós vizsgálatok szerint igen sokrétű, így számos információ még ismeretlen a tudomány számára. (Németh, Füredi, Lazáry, & Somlai, 2021)

2.2. Pszichológiai nézőpont

A kutatók szerint a biológiai tényezők önmagukban nem magyarázzák a betegség kialakulását. Ezért a kialakulását pszichodinamikus, behaviorista és kognitív szemléletből közelítették meg. Freud szerint a külső követelmények és az egyén önjutalmazó ösztönei közti konfliktus vezet a szkizofrénia kialakulásához. A külvilág elutasítása esetén az egyén regrediál az ego előtti fejlődési szakaszába a primer nárcizmusba. Ebben az állapotban a személy csak önnön szükségleteiről szerez tudomást. A tünetek megjelenését pedig párhuzamba vonja az ego előtti állapotból a valóságba való visszatalálás folyamatával, ezt teszi felelőssé például az akusztikus hallucinációkért, amelyeket az elvesztett valóságérzékelés pótlásának vél.

Frieda Fromm-Reichmann (1948) Freud elméletéből kiindulva úgy gondolta, hogy a szülői nevelésnek köze van a szkizofrénia kialakulásához. Úgy vélte, hogy az anyák érzéketlenek, ridegek voltak gyermekükhöz, akiken a felszínen ez nem látszott és ez a nevelési és érzelmi ambivalencia okozza a gyermekeknél a későbbi szkizofrénia kialakulását. Ezt az anyatípust skizofrenogén anyának nevezte, amely skizofréniát előidéző anyát jelent. Az elméletet azonban nem támasztják alá a kutatási eredmények.

A behaviorista nézőpont magyarázatot ad arra, hogy a szkizofrén személyek viselkedése, válasza adott szituációkra olykor miért rendellenes, olykor pedig kevésbé. Ezt az operáns kondicionálással magyarázzák. Az emberek többségét a környezete tanítja meg a helyes viselkedési formákra és reakciókra pozitív vagy negatív visszacsatolással. Azonban, ha valaki környezete deformitást mutat, illetve a visszacsatolás elmarad vagy inadekvát, akkor az egyén egy idő után nem figyel oda a szociális jelzésekre, helyette inkább lényegtelen mozzanatokra koncentrál, például a szavak jelentése helyett azok hangzására. Azonban el lehet sajátítani a helyes verbális válaszokat és reakciókat, jutalmazó módszer segítségével, például, ha a környezete nem reagál a bizarr megjegyzésekre, viszont a helyénvalókat megjutalmazza.

Amikor valaki először tapasztal érzékleti hallucinációkat gyakran a hozzá közel álló emberekhez fordul, azonban ekkor értetlenségbe ütközik és azt tapasztalja, hogy ismerősei megkérdőjelezzik az általa vallott valóságot. Emiatt egyre inkább visszahúzódik kis világába, megerősödve benne az a hit, hogy mindenki titkolózik előtte, hisz próbálják elhíttetni vele, hogy amit érzel az nem létezik. Így alakulnak ki egyre erőteljesebben és szilárdulnak meg a téveszmék, illetve, hogy mindenki az egyén ellen van. A kognitív nézőpont elismeri, hogy biológiai okok miatt az egyén érzékleti hallucinációkat ténylegesen tapasztal, azonban az kérdéses marad, hogy ezekből a szenzoros problémákból adódó konfliktus magával és a külvilággal okozhatja-e a szkizofrénia további tünetegyüttesének kialakulását. (Comer, 2005)

2.3. Szociokulturális nézőpont

Szociokulturális nézőpont szerint a családnak és egyes társadalmi tényezőknek is szerepük van a szkizofréniában. Amikor az embert mentális betegséggel diagnosztizálnak a társadalom megbélyegzi, kirekeszti, másként tekint rá, másként kezeli, mely az emberek életére erőteljes hatást gyakorol. Őrülnék gondolják őt és úgy is viselkednek vele, tőle pedig elvárják, hogy eként viselkedjen, így megtanulja az „új szerepét”. E nézőpont szerint a diszfunkcionális család is szerepet játszik a kialakulásában. A double-bind hipotézis azt veti fel, hogy az olyan családokban, amelyekben nem egyértelmű a jutalmazó-büntető rendszer gyakrabban alakul ki szkizofrénia a gyermeknél. A hipotézis szerint a szülők verbális és nonverbális reakcióik ellentmondásosak, vagy az anya és apa véleménye ütközik, emiatt a gyermek úgy érzi semmi sem jó, amit csinál. Mikor a szülő verbálisan ellenkezően reagál, mint ahogy a gesztikulációiból és mimikájából látszik, a gyermek egy idő után nem a szavakra fog figyelni és reagálni, hanem az arckifejezésre, testbeszédre. Emiatt alakul ki a nem megfelelő verbális reakciójuk. Ez elvezethet a paranoid szkizofrénia tüneteire.

A családszerkezeti-elméleteket nem bizonyították meggyőzően a kutatási eredmények, azonban ettől függetlenül nagy valószínűséggel a családi háttér fontos szerepet játszik a szkizofrénia kialakulásában. A felmérések azt mutatták, hogy a szkizofrén egyének szülei több konfliktust idéznek elő, vagy nehéz a kommunikáció a családban, vagy a szülők a gyerekkel szemben jelentősen kritikusabbak. Ezen eredmények szerint a szkizofréniában szenvedő személyek betegségének kialakulásában részt vesz a negatív családi minta. Azonban az is lehetséges, hogy maguk a betegek váltották ki a család efféle viselkedését, a kutatások ezt nem tudták igazolni. (Comer, 2005)

3. A SZKIZOFRÉNIA ÁLTALÁNOS JELLEMZŐI

3.1. A szkizofrénia tünetei

A szkizofréniában szenvedőknek nincsen több személyisége, ahogyan az tévhiedelmként elterjedt a társadalomban. (May, 2008) A tünetek két fő csoportba sorolhatóak, a pozitív és a negatív tünetegyüttesek csoportjába. Azonban ezek a csoportok nem zárják ki egymást. Különböző pszichopatológiai dimenziók, amelyek között összefüggés van. A negatív tünetek közé tartozik az affektivitás eltompulása, alogia, avolitio-aphatia, anhedonia, és az asszociáció zavara. A pozitív tünetek közé pedig a hallucinációk és téveszmék. Külön tünetcsoportként említhetők a kognitív tünetek, amelyek a gondolkodás zavarait érintik.

A negatív tünetek a korábban jelen lévő viselkedésjegyek, tulajdonságok elvesztését, illetve a hangulati élet elsivárosodásának folyamatát jelentik. Vizsgálatok mutatják, hogy a pozitív tüneteknél stabilabbak, illetve kisebb a javulási valószínűségük a kezelése során. Az affektivitás eltompulása a környezeti ingerekre adott emocionális válaszok csökkenését vagy teljes hiányát jelenti. Csökkent spontán mozgások, ritka szemkontaktus tartás, vagy annak teljes hiánya, változatlan arckifejezés, csökkent mértékű és mennyiségű kifejező gesztusok, a hangszín változékonyságának és affektív válaszok hiánya jellemzi. Jellemző az alogia (gondolkodás és a beszédalképség funkcionálisának csökkenése), avolitio és aphia (érdeklődés és motiváció hiánya), valamint anhedonia (elvesztett érdeklődés a kedvelt hobbik és tevékenységek iránt). A beszéd csökkent mennyiségű, tartalma szegényes, illetve válaszlatencia fordulhat elő. Fizikai energiája, illetve a tisztálkodási és higiéniai cselekedetek iránti késztetése csökken, valamint az intimitás és szexuális közelség iránti vágya és a társaival való kapcsolattartásra való igénye.

A pozitív tünetek a normális érzelmekre, gondolatokra és viselkedésre ráakódott torzítások, amelyek miatt a normál funkciók deformálttá válnak. A hallucináció külső inger hiányában keletkező szenzoros percepció, ami lehet auditoros, vizuális, testi és taktilis, illetve olfaktoros. Az auditoros hallucinációknál hangokat hall a páciens, amelyek kommentálják cselekedeteit, esetleg fenyegetők vagy utasításokat adnak. A vizuális hallucinációk során olyan tárgyakat, alakokat, embereket, illetve színeket lát, amelyek mások számára nem láthatóak. A testi és taktilis hallucinációk fizikai érzéssel társulnak, esetleg úgy érzik a betegek, hogy megérintik őket, vagy, hogy testükben megváltozott valami. Az olfaktoros hallucinációk során szokatlan

szagokat vagy ízeket érez a páciens, amelyeket mások nem érzékelnek. A téveszmék is a pozitív tünetek közé tartoznak, amelyek olyan téves és abszurd hiedelmek, amelyektől a beteget nem lehet eltántorítani. A téveszméknek többféle típusa van, ide sorolható a gondolatbeadás (úgy hiszi, hogy gondolatai nem sajátjai, idegenek manipulálták őket), gondolatelvonás (a beteg szerint kiveszik gondolatait a fejéből) és –sugárzás (a páciens azt állítja, hogy telepátia útján, vagy elektronikusan képes továbbítani gondolatait mások elméjébe), a persecutoros (üldöztetési-, konspirációs gondolatok), vonatkozásos (az egyén személyes jelentőséget biztosít a valójában közömbös cselekedeteknek, megjegyzéseknek és állításoknak), befolyásolós (a gondolatbeadáshoz hasonló, a páciens úgy véli, hogy irányítják gondolatait vagy testük egyes részeit, ezek gyakran testi érzetekkel társulnak), bűnösségi és bűnhődési (a beteg úgy érzi, hogy az elkövetett kisebb hibái valójában hatalmas mértékűek és isteni büntetéshez vezetnek), grandiosus (a páciens úgy hiszi, hogy valamilyen különleges hatalommal rendelkezik), religious (a páciens a vallási természetű dolgokon rendkívül sokat tépelődik, mélyen belevonódik, amelyekhez elméleteket is gyárt), illetve testi téveszmék (aggódalom bizonyos testrészek funkcionalitása miatt, úgy érzi nem működnek jól, azonban nincs orvosi jele, ami alátámasztaná). A tünetek gyakran depresszióval társulnak. Előfordulhat inadekvált affektus is (a páciens miközben valamilyen szomorú dologról beszél, mosolyog). A motoros viselkedésben is kialakulhatnak zavarok, grimaszolás, kényszeres mozgás, a katatóniás betegeknel gyakran előfordul, hogy egy bizarr pózt felvesznek és abban maradnak hosszabb ideig.

A figyelemzavar kognitív tünet, dezorganizáció és disztraktibilitás jellemzi. Nem képes fenntartani a kommunikáció alatti figyelmét. Kontextuális zavarok jelenhetnek meg a beszédben. Azt, amikor fellazulnak az asszociációk, nincsenek logikai összefüggések a páciens mondatai közt, derailmentnek nevezik. A tangentialitás azt jelenti, amikor a páciens egy adott beszédtemától fokozatosan áttér, elkezd másra asszociálni, de ennél még fel lehet ismerni a logikai kapcsolatot. Az inkoherencia az, amikor abszolút nincs logikai összefüggés a szavak és mondatok közt. Illogikusság is jellemezheti a betegeket. A circumstantialitás az, amikor az egyén nem válaszol direkt módon a neki feltett kérdésre, hanem túlzott részletességgel kezd beszélni a témáról, a kérdés alól kitér. Előfordulhatnak neologizmák (a személy által kitalált szavak), rímasszociációk alkalmazása (a páciens rímekben beszél, fonetikus hasonlóságra törekszik mondatain belül), és absztrakt gondolkodási nehézségek (a beteg nem képes értelmezni a közmondásokat és az általánosításokat). (Lieberman, Perkins, & Stroup, 2006)

3.2. A szkizofrénia fő típusai

A szkizofrénianak számos típusa létezik, azonban a fő típusok a legjellegzetesebbek.

3.2.1 Paranoid szkizofrénia

Főként olyan embereknél alakul ki, akik már valamelyest beilleszkedtek a társadalomba. Valamilyen téveszme lép fel gondolkodásukban, amelyet gyakran hallucináció kísér. Az akusztikus hallucinációk sok esetben fenyegetést, illetve veszélyt jelenthetnek a páciensre, parancsokat osztogatnak vagy megjelenhetnek beszédet nem tartalmazóak is, például nevetés, fütyülés. Gyakran hiszik azt, hogy üldözik őket, megfigyelik, különleges jeleket kapnak hétköznapi eszközökből pl.: tv-ből, rádióból. Sok esetben foglalkoztatják őket szexuális témák, jellemzik a vallásos jellegű gondolatokkal, filozófiával való foglalkozás. Szerintük több személy és intézmény összefog ellenük a világon. Feszültek, gyanakvóak, tartózkodóak, olykor ellenségesek és agresszívak, azonban társas helyzetekben gyakran kontrollálják magukat. Sok esetben úgy gondolják, hogy kiválasztottnak születtek, különleges küldetésük van. Ez a leggyakoribb szkizofrénia a világ legtöbb részén.

3.2.2 Hebefrén szkizofrénia

15-25 éves kor között alakul ki. Téveszméi, hallucinációi vannak, de nem állnak előtérben. Különös szimbolikus cselekményeket végez, nyelvi zavarok léphetnek fel nála, beszéde összefüggéstelen. Gondolatai dezorganizáltak, valósággal meglazult a viszonya. Viselkedése kiszámíthatatlan, hangulatzavar jellemzi. Hangulata sekélyes, nem odaillő pl.: grimasz, önelégült mosolygás, csínytevés, hipochondriás panaszok, mások ismételtetése. Hajlik a magányosságra, viselkedése céltalan, érzéketlen, közönyös.

3.2.3 Katatón szkizofrénia

A pszichomotorium zavara, heves izgatottság jellemzi. Kombinálódhat szcenikus hallucinációkkal teli álomszerű állapottal. Jellemző a válaszkészség jelentős csökkenése, spontán tevékenységek és mozgások; céltalan cselekedetek, nyugtalanság; akaratlagosan felvett bizarr pózok, melyek nem odaillőek. Negativizmus (szándékosan ellenáll minden utasításnak, vagy azzal ellenkezően cselekszik), rigiditás (merev testhelyzet megtartása) jellemzi.

3.2.4 Nem differenciálható szkizofrénia

Teljesülnek a szkizofrénia diagnosztikus kritériumai, azonban nem tartozik és nem jellemzőek rá a paranoid, hebefrén vagy a katatón típusú tünetek, valamint nem teljesül a szkizofréniát követő depresszió. Általában tudnak a társas élet elvárásaihoz alkalmazkodni.

3.2.5 Reziduális skizofrénia

Hiányoznak a pozitív tünetek, azonban az akut fázis után is fennáll a zavar. Főleg negatív tünetek jellemzik, pl.: érzelmek és beszéd elsivárosodása, passzivitás, szokatlan gondolatok. Szegényes a közösségi aktivitása. Nem jelenik meg nagy mértékű depresszió vagy hospitalizáció.

3.2.6 Skizoaffektív típus

Jellemzi az érzelmi instabilitás, valamint a téveszmék. Csapongó érzelmi állapot észlelhető pl.: egyik pillanatban nevet, másokban sír. (Pszichiátriai Szakmai Kollégium, 2008)

3.3. A szkizofrénia diagnosztikus kritériumai

A szkizofrénia megállapításához a páciensnek meg kell felelnie bizonyos diagnosztikai kritériumoknak. A klinikai gyakorlatban a DSM-V-TR és az ICD-11 a leggyakoribb diagnosztikus osztályozás.

3.3.1 DSM-V-TR diagnosztikus kritériumai

A – Kritériumok: Az alábbiak közül kettő (vagy több) tünet együttes fennállása egy 1 hónapos periódusban (vagy sikeres kezelés esetén rövidebb ideig), melyek közül legalább egy az első három közül kerül ki:

1. *Delúziók*
2. *Hallucinációk*
3. *Diszorganizált beszéd (például inkoherencia)*
4. *Durván szétesett vagy katatón viselkedés*
5. *Negatív tünetek*

B – Kritérium: Az említett időintervallumban a zavarokkal összefüggően csökken a pszichoszociális funkcionális képessége

C-Kritérium: A tünetek fennállása legalább 6 hónapig, involválva a prodrómális és reziduális tüneteket

D-Kritérium: Kizárható a szkizoaffektív zavar, bipoláris zavar és a pszichotikus tünetekkel járó depresszió

E-Kritérium: Szerhasználat és más kórállapot a tünetek hátterében nem azonosítható

F-Kritérium: Autizmus vagy gyermekkori kommunikációs zavar esetén pozitív tünetek (prominens téveszmék, hallucinációk) (American Psychiatric Association, 2022)

3.3.2 ICD-11 diagnosztikus kritériumai

1 hónapos időszakban jelen van a következő tünetek közül minimum kettő:

- Perzisztens téveszmék
- Perzisztens hallucinációk
- Dezorganizált gondolkodás, súlyos esetben inkoherens beszéd
- Befolyásoltság, passzivitás vagy kontroll érzése
- Negatív tünetek
- Durván szétesett viselkedés
- Pszichomotoros zavarok (pl.: katatón nyugtalanság vagy agitáció, negativizmus, stupor etc.)
- A tüneteket nem egy másik kórállapot (pl.: agyi daganat), gyógyszeres kezelés (pl.: kortikoszteroidok) vagy elvonás (pl.: alkohol) központi idegrendszerre gyakorolt hatása okozza (WHO, 2021)

3.4. Korai jelek és tünetek

A korai jeleknek és tüneteknek nevezett tapasztalások már az első pszichózist jelzik előre. Ezek a látszólagosan enyhébbnek mondható változások a viselkedésben, emocionálisan, gondolkodásában, amelyek nem feltétlen feltűnőek, vagy, ha észre is veszi a környezet, nem tulajdonítanak neki nagy jelentőséget, mert bárkinél kialakulhatnak átmenetileg. Visszatekintve azonban, miután megtörténik az első pszichózis, ezen tünetek jellegzetessége egyértelmű. Ide sorolható a szétszórtság, feledékenység, koncentrációs zavar, depresszív hangulat, anhedónia, szeparáció vágya, szociális szorongás, hétköznapi teendők elvégzéséhez való erőtlenség, érzékenység külső ingerekre, alvászavarok, érdeklődés elvesztése, érzéki csalódások (másképp

hallja a külvilág hangjait, különbözőképpen látja a tárgyak alakjait, színeit), világszemlélet megváltozása, gyanakvás, összeesküvés elméletek kitalálása és az azokban való megrendíthetetlen hit. Az egyént ellentétes érzések kerítik magába, ugyanis amellet, hogy elszigetelődik és kizárja a külvilágot, fél, mert nem szeretné a szeretteit, családját eltolni magától, emiatt szorong, úgy érzi minden megváltozott körülötte. Ezek a bevezető tünetek mind az első pszichotikus időszakot mutatják előre, amely jelezhet előre akár több évvel későbbi elmezavart állapotot is. (Marc De Hert, 2003)

3.5. A szkizofrénia kórlefolyási fázisai

A szkizofrénia általában serdülő vagy fiatal felnőtt korban jelentkezik, azonban már előtte is tapasztalhatóak olyan élmények, amelyek hozzájárulnak a későbbiekben a betegség kialakulásához (premorbid fázis). Ekkor még nem tér el a normatív működéstől a funkcionalitás. Számos vizsgálat fedezett fel ebben a szakaszban fellépő gyermekkori figyelemzavart, szociális és életmódbeli nehézségeket, valamint serdülőkori IQ-, és iskolai teljesítményhanyatlást a korábbi évek eredményeihez képest. A következő a prodromális fázis. Az ekkor jelentkező tünetek mint funkcionalitás károsodása, koncentrációs zavarok, szorongás, depresszió, szociális élet hanyatlása már sokkal egyértelműbbek, azonban a pszichózist hetekkel, vagy akár évekkel is megelőzheti. Eme fázis késői szakaszában megjelennek pozitív tünetek, mint gyanakvás, vonatkozásos gondolatok, perceptuális élmények, akár téveszmék. Ezek előjelei a pszichózisnak, azaz a realitás kontroll felbomlásának. A prodromális szakasznak az első pszichózis vet véget, ekkor a páciens átlép a pszichotikus fázisba, azonban a prodromális tünetek megmaradnak. Az első pszichotikus tünetek megjelenhetnek lappangva vagy hirtelen. Az első pszichózis és az első kezelés között eltelt idő átlagosan 1-2 év. Ez a kezeletlen pszichózis időtartama. Az első pszichózis után depresszió alakulhat ki. A pszichotikus fázissal alakul ki az akut fázis, amelyet florid pszichotikus tünetek jellemeznek (hallucinációk, téveszmék, gondolkodászavarok, dezorganizációs tünetek). Ekkor a betegség progrediál és a munkahelyi és szociális funkciók jelentősen károsodnak, dezorganizáció jelenik meg. Az akut fázist követő 6-18 hónap jelenti a stabilizációs fázist vagy felépülési fázist, amelyet a stabil fázis követ. A stabil fázisban negatív tünetek, illetve reziduális pozitív tünetek jelenhetnek meg. A kezelt páciensek egy része tünetmentessé válik, illetve vannak olyanok, akiknél nem pszichotikus tünetek jelen maradnak, pl.: feszültség, szorongás, alvászavar, depresszió. (Lieberman, Perkins, & Stroup, 2006), (Pszichiátriai Szakmai Kollégium, 2008)

4. A SZKIZOFRÉNIA TERÁPIÁS KEZELÉSI LEHETŐSÉGEI

4.1. Nem gyógyszeres kezelés

A gondozásukat pszichiátriai szakintézményekben biztosítják. Az elsődleges cél a tünetek súlyosságának csökkentése vagy teljes megszüntetése, az életminőség javítása, annak stabilizálása és a betegség lefolyásának romboló hatásának megelőzése. Vannak különböző nem gyógyszeres kiegészítő kezelési módok, illetve gyógyszeres terápiák. Fontos a betegoktatás, amely által a páciens teljes képet kap a betegségről, megismeri, megérti, amely segítheti a compliance fenntartását és az adherencia kialakulását. Rendszeresen ellenőrizni kell a beteg vitális paramétereit, amennyiben rendszertelenül táplálkozik, túl keveset vagy túl sokat (állapottól függően), diétát kell alkalmazni. A pszichiátriai kezelés részét képezi a szkizofrén betegeknek tartott kognitív szemléletű pszichoterápia (metakognitív tréning), stresszkezelési technikák fejlesztése, szociális készségfejlesztő tréning, családterápia, mozgásterápia, művészetterápia, azonban ezek nem helyettesítik a gyógyszeres kezelést. A kezelést nem szabad abbahagyni, akkor sem, ha javulnak a tünetek, ugyanis lehetnek visszaesések. (Pszichiátriai Szakmai Kollégium, 2008)

4.1.1 Betegoktatás

A betegoktatás az egészségnevelést magába foglaló oktatási forma a betegek és hozzátartozóik számára. Kiegészítő terápia a betegség gyógyszerrel történő kezelése mellett, részfunkciója a teljes terápiának. Első lépése az állapotfelmérés. Ezt követően épül fel a terápiás oktatás, amelynek fontos eleme a megfigyelés és az értékelés. A felmérés által megállapíthatóak lesznek a fejlesztendő területek. Felmérendő a páciens önellátása, mentális állapota, stressz szintje. Ez egyéni és csoportos konzultációk formájában is történhet. A pszichoedukációt külön a pszichiátriai betegek számára alakították ki, amely növeli a betegség kézben tartásának mértékét a páciensek szempontjából, növeli motivációjukat releváns célok kitűzése és elérése tekintetében, segíti a szociális készségek fejlesztését és növeli a munkához való hozzájárás lehetőségét. Az edukáció részét képezi a betegtanácsadás, csoportos gyógytorna, pszichoedukáció, illetve szórakoztató foglalkozások. A cél, hogy a páciens megismerje saját betegségét, leküzdje a téves félelmeit, illetve ismerjék fel állapotuk milyenségét a hozzátartozókkal együtt, hogy elkerülhetővé váljon az állapotuk romlása. A betegoktatás elősegíti a compliance-t, amely megkönnyíti a betegek kezelését és előrelendíti a javulási

tendencia megindulását. Ennek során életminőségük is magasabb színvonalúvá válhat. Fontos a pszichoedukáció során elérni kívánt célok meghatározása, a feladatok kialakítása, illetve azok megfigyelése, ellenőrzése és az eredmények dokumentálása. (Irinyi, és mtsai., 2006)

4.2. Gyógyszeres kezelés

A szkizofrénia fő kezelése gyógyszeres terápia, amely enyhíti a pozitív tüneteket és csökkenti a remisszió kockázatát, de csak tüneti kezelést biztosít. Az antipszichotikumokat első és második generációs csoportokra bontani. Az első generációs készítmények használata klinikai tapasztalatokon és a hatásuk megfigyelésén alapszik, ezek az ún. típusos antipszichotikumok. A második generációs, azaz atípusos antipszichotikumok neurobiológiai ismereteken alapszanak, ma főként ezeket alkalmazzák, mellékhatásaik eltérőek az első generációs készítményekétől. Vannak kispotenciálú szerek, például a klórpromazin és, ezeknél hipotenzív és szedatív mellékhatások figyelhetők meg. Valamint vannak közepes és nagypotenciálú szerek, például a haloperidol és flufenazin, ezeknél extrapiramidális mellékhatás figyelhető meg. A klórpromazin a nyugtalanság és a pszichotikus állapotok kezelésére szolgál. A tioridazint a pszichotikus tünetek és személyiségzavarok enyhítésére alkalmazzák. A haloperidol a kényszermozgásokat, illetve a mozgászavarral kapcsolatos tüneteket enyhíti. A flufenazint injekció formájában izomba adják, pszichotikus állapotokat enyhítő hatású.

A második generációs szerek közé tartozik például a clozapin, az olanzapin, a kvetiapin, risperidon, paliperidon, aripiprazol, amiszulprid szulpirid, tiaprid. Clozapin hatására javul az agresszív magatartás, a kognitív és szociális funkciók is javulnak bizonyos esetekben, illetve csökkenti az öngyilkossági gondolatok előfordulását. Az olanzapin hangulatjavító hatással bír. A kvetiapint terápia rezisztens depresszió során alkalmazzák, szedatohipnotikus hatása van. A risperidon alkalmazható serdülőkorban megjelenő pszichotikus állapotok esetén, illetve irritabilitás, demencia, impulzivitás és agresszív tünetek esetén is adható. A paliperidon jobb tolerálhatóságot kínál a hatóanyagvérszint stabilitásának köszönhetően. Aripiprazol pszichózis és mánia esetén alkalmazható. A szulpirid depresszió esetén alkalmas, szkizofrénia kezelésekor, illetve hányinger során. A tiaprid agresszió esetén alkalmazandó. (Németh, Füredi, Lazáry, & Somlai, 2021)

4.3. Rehabilitáció

4.3.1 Munkaterápia

Munkaterápia esetén cél a beteg munkaképességének a növelése és helyreállítása, pszichés és szomatikus állapotjavulás elérése, nem egyenlő a beteg egészségi javulását elősegítő cél nélküli dolgoztatásával. A munka a beteg készségeire alapozott, illetve kis csoportokban folyik, és a beteg rehabilitációját segítik.

4.3.2 Foglalkozásterápia

Ezek a terápiák élményközpontúak, fejlesztik a páciensek kreativitását, újra megtanítja őket a hasznos alkotói szabadidős tevékenységekből fakadó örömekre és facilitálják a szociálisan funkcióképes életvitel kialakulását. Ide tartozik a zeneterápia, képzőművészeti terápia, mozgásterápia, biblioterápia, színjátszás terápia, illetve a kreatív és művészeti terápia.

4.3.3 Szociális készségek tréningje

Ez a terápia felkészíti a pácienszt az önálló életvitelre, a helyes és logikailag megfelelő kommunikációra. Lehetővé teszi a hétköznapi élethez szükséges készségek újra tanulását, ezáltal problémamegoldó képesség javulását, és segít, hogy az egyén teljes életet tudjon élni a betegségével együtt. Ilyenek például a kommunikációs, asszertív, problémamegoldó tréningek.

4.3.4 Közösségi terápiák

Ezeknek a terápiáknak az a célja, hogy kialakuljanak közösségek, amelynek részese a páciens, illetve a csoporthoz tartozás fontosságának ismertetése és megértetése. Ide tartoznak a terápiás közösségek, a klubterápiák, valamint az önsegítő szervezetek.

(Pszichiátriai Szakmai Kollégium, 2008)

5. A SZKIZOFRÉNIÁVAL KAPCSOLATOS STIGMATIZÁCIÓ MEGJELENÉSE

A szkizofrénia az egyik legsúlyosabb, a mindennapi élet funkcióit leginkább befolyásoló neuropszichiátriai kórállapot, amely esetén a betegek gyakran szenvednek hallucinációktól, téveszméktől és demotiváltságtól. A betegséggel járó pszichoszociális-kognitív károsodások gyakran negatív sztereotípiákhoz és stigmákhoz vezetnek, melyek súlyos következményekkel bírhatnak. Az előítélet megnehezítheti a tünetek kezelését, illetve visszavetheti a társadalomba történő integrációt, amely ronthatja a betegek életminőségét. (Adil, Atiq, & Ellahi, 2022)

Egy 2009-ben megjelent görögországi kutatás a szkizofréniával kapcsolatos ismereteket és a szkizofrén emberekkel szembeni stigmák szintjét mérte fel. Az országos kutatásban összesen 1199, 15 éves vagy annál idősebb lakost kérdeztek ki személyes interjú segítségével. Az eredmények azt mutatták, hogy a megkérdezettek csupán 1/3-a találkozott bármilyen információval a szkizofréniával kapcsolatban a felmérést megelőző hat hónapban. Az elsődleges információforrásnak, az esetek közel 2/3-ában, a megkérdezettek a televíziót jelölték meg médiumként, akik közül a többség (60,5%) emlékezett a szkizofréniával élők negatív megbélyegzésére, agresszív magatartással vagy bűncselekményekkel történő együttes említésére. Pozitív visszacsatolásról csupán 7,3% nyilatkozott.

A válaszadó populációban felmérésre kerültek a szkizofréniában szenvedők tüneteivel-, viselkedésével- és a terápiájukkal kapcsolatos ismeretek és meggyőződések, melyek szintén érdekes, a stigmák meglétére utaló eredményt mutattak. A kórismék közül a többszemélyiséget és azt, hogy beszélnek magukban a kitöltők több, mint 80%-a jelölte meg. Szintén nagyobb többség véli azt, hogy a betegek őket irányító hangokat hallanak, és közel 40% azonosította a betegeket mentális retardáltaként. A hiedelmek tekintetében a szkizofrén betegeket az egyének több, mint fele tartotta kellemetlennek, majd ¾-e pedig veszélyesként és erőszakosként ítélte meg őket. Csupán 16,8% gondolta úgy, hogy egy diagnosztizált beteg képes rendszeres munkavégzésre. A terápiás lehetőségeket illetően a válaszadók több, mint 90%-a gondolta, hogy a betegeknél receptköteles gyógyszerekre van szükségük a tüneti kontroll érdekében. A betegekkel szembeni szociális távolságtartást jól szemlélteti az, hogy az emberek több, mint 90%-a nem kötne házasságot egy szkizofrén egyénnel, illetve a 74,9%-át zavarná, ha egy szkizofrén egyénnel kellene egy helyiségben tartózkodnia. Ezen eredményekből levonható az a konzekvencia, hogy a vizsgált populáció általánosságban keveset tud a szkizofréniáról.

betegségről, melynek következtében negatív, sztereotip attitűddel rendelkeznek. (Economou, Richardson, Gramandani, Stalikas, & Stefanis, 2009)

Egy 2007-ben megjelent, Ausztriában lebonyolított felmérés arra kereste a választ, hogy az egészségügyi dolgozók, a betegek hozzátartozói, illetve a társadalom milyen attitűd- és hozzáállásbeli különbségekkel rendelkezik. Összesen 1035 főt interjúztattak a laikusok közül, illetve 385 hozzátartozót és 1479 nem orvosi végzettséggel rendelkező egészségügyi dolgozót kérdeztek meg. A szkizofrénia kialakulásának eredetével kapcsolatos meggyőződések kapcsán eltérések figyelhetők meg a 3 csoportban: a laikus társadalom a legnagyobb mértékben a genetikát és a stresszt jelölték meg, mint kialakító tényezőt, míg a hozzátartozók a stresszt, az egészségügyi dolgozók pedig egyenlő arányban jelölték a genetikával-, stresszel- és a pszichoszociális tényezőkkel kapcsolatos válaszlehetőségeket. A terápiás lehetőségek kapcsán a laikus társadalmi csoport nagyfokú pesszimizmusa mutatkozott, míg a szakdolgozók közel 70%-a szerint jól kezelhető betegségről van szó. Az egyik legszignifikánsabb stigma a szkizofrén betegek kapcsán a veszélyes, agresszív viselkedés. A laikusok több mint fele gondolta azt, hogy a szkizofréniában szenvedők veszélyesebbek az egészséges populációnál, míg ez az arány a hozzátartozók esetében egy harmad, az egészségügyben dolgozók körében csupán egy negyed. A társadalmi interakciókat figyelembe véve is hasonló arányban oszlottak meg a válaszok: az egészségügyi végzettséggel rendelkezők és a hozzátartozók jobb elfogadási attitűddel rendelkeznek, mint a laikus társadalom. (Grausgruber, Meise, Katschnig, Schöny, & Fleischhacker, 2007)

Fontos megemlíteni, hogy az eddig említett előítéletek nem csupán a szkizofréniával diagnosztizált betegeket, hanem a közeli hozzátartozókat is érintheti. Az International Journal of Enviromental Research and Public Health nevű kanadai folyóiratban publikált cikkben olvasható, hogy felmérést készítettek a súlyos mentális betegségben küzdők családtagjait érintő és befolyásoló stigmatizációval kapcsolatban. Az online felmérésbe 124 családot vontak be, amelyek 40%-a szkizofréniában szenvedő rokonnal rendelkezett. Kiderült, hogy a 124-ből minden harmadik család a beteg rokonuk kapcsán asszociáción alapuló megbélyegzést kap a társadalomtól. (Goldberg, McKeag, Rose, Lumsden-Ruegg, & Flett, 2023)

6. ÖNÁLLÓ VIZSGÁLAT

6.1. A vizsgálat célkitűzései

Célunk felmérni, hogy az egészségügyi munkatapasztalat hatással van-e a szkizofrénia mint kórállapot tünettanának ismeretére és a betegséghez kapcsolt előítéletesség mértékére. Valamint megvizsgálni a szkizofréniával kapcsolatos érzelmi attitűdöket és annak különbségeit az egészségügyi dolgozók/egykori dolgozók és laikusok között. Végezetül feltérképezni azt, hogy fennáll-e ismerethiány, amely oki tényezője lehet az előítéletnek. Vizsgálatunkkal szeretnénk felhívni a figyelmet a stigmatizációra, amely diszkriminációhoz vezethet, így vizsgálatom egy kiindulópont lehet ahhoz, hogy a probléma létjogosultságot és később megoldást kapjon, amely a betegeket könnyedebb gyógyulási útra terelhetné.

6.2. A vizsgálat hipotézisei

1. A nemek között nincs szignifikáns különbség azzal kapcsolatban, hogy a szkizofréniát tévesen a kettős személyiség fogalommal társítják.
2. A férfi kitöltők szignifikánsan gyakrabban tesznek degradáló megjegyzéseket szkizofrén személyekre, mint a nők.
3. Az egészségügyi dolgozók/egykori dolgozók és a laikusok között nincs szignifikáns különbség azzal kapcsolatban, hogy a szkizofréniát tévesen a kettős személyiség fogalommal társítják.
4. Az egészségügyi dolgozók/egykori dolgozóknak szignifikánsan kevésbé esne nehezükre szkizofrén személlyel beszélgetni, mint a laikusoknak.
5. A kitöltők többsége a szkizofréniában szenvedő embereket veszélyesként stigmatizálja.
6. Az egészségügyben dolgozók/egykori dolgozók és a laikusok attitűdje megegyezik a szkizofrén személyek munkaerőpiaci alkalmazásával kapcsolatban.
7. A laikusok saját bevallásuk szerint előítéletesebbek, mint az egészségügyben dolgozók/egykori dolgozók.
8. Általánosan az emberek nyitottak tisztább képet kapni a szkizofréniáról.

6.3. A vizsgálat módszereinek, eszközeinek bemutatása

Kvantitatív, empirikus típusú, leíró jellegű kutatás történt. Módszere írásbeli kikérdezés volt, amely saját szerkesztésű önkitöltős kérdőív formájában valósult meg, ami elektronikusan online volt elérhető. Két csoportra került a fókusz: az egészségügyi dolgozók/egykori dolgozók, illetve a laikusok véleményére, attitűdjére és annak eltéréseire. A kérdések tartalmaznak szociodemográfiai adatot rögzítő, nyitott, zárt és skálás kérdéseket is egyaránt. Az alkalmazott informatikai szoftvereket illetően a kutatásomhoz Google kérdőívet alkalmaztam. A vizsgálatból nyert adatok a Microsoft Excel nevű szoftver és az SPSS program segítségével kerültek feldolgozásra. A 49 tétel kitöltése önkéntes volt, a kitöltők anonimitása teljesült. A vizsgálatban szabadon szerkesztett kérdések mellett a korábban már más nemzetközi kutatásokban is alkalmazott ASMI kérdőív szerepelt. Az ASMI kérdőív hivatalos magyar fordítását Dr. Ács Andrea Egészségügyi szakdolgozók mentális zavarokkal kapcsolatos ismereteinek és a mentális betegséggel diagnosztizált emberekkel szembeni attitűdjének vizsgálata című doktori értekezéséből használtam fel. (Ács, 2020)

Az ASMI a mentális betegekkel kapcsolatos rejtett attitűdök felmérését célzó 30 állítást tartalmazó kérdőív. A skálát négy dimenzió alkotja. Az első a Sztereotipizálás, (A faktor), amely tizenegy komponensből áll. Elemei a súlyos mentális betegséggel összefüggő általános negatív vélekedésre vonatkoznak. A második az Optimizmus (B faktor), amelyet hat komponens alkot. Ezek a súlyos mentális betegségekkel és betegekkel összefüggő pozitív szemléleteket és viszonyulásokat mérik fel. A harmadik a Megküzdés (C faktor). Ez a dimenzió hét tételből áll, amelyek a megküzdési stratégiákat és a mentális betegséggel kapcsolatos stigmákat térképezik fel. A negyedik pedig a hat elemből álló Megértés dimenzió (D faktor), amelyekkel az kerül vizsgálatra, hogy a kitöltők mennyire képesek a betegek helyébe képzelni magukat. Az értékelés ötfokozatú Likert-skálán történt az egyetértés fokához mérten. Az A faktor állításaival történő egyetértés sztereotíp, stigmatizáló hozzáállást mutatott, ezzel szemben a B, C és D faktorokkal való egyetértés nem előítéletes viszonyulást jelentett. Ebből kifolyólag az A faktor kiértékelése fordítottan történt.

6.4. A mintavételi eljárás bemutatása

A kutatás során egyszerű, nem véletlenszerű, kényelmi mintavételt alkalmaztunk. A kérdőív a Meta Platforms Inc. felületein jelent meg. Kitöltési kritériumok: 18. életévét betöltött,

szkizofréniával nem diagnosztizált személy. A beválasztási kritériumok alapján 5 fő nem felelt meg, így összesen 148 érékelhető kitöltés érkezett. A kitöltés 10-15 percet vett igénybe. A kérdőív 2023. 07. 11-től 08. 08-ig volt elérhető.

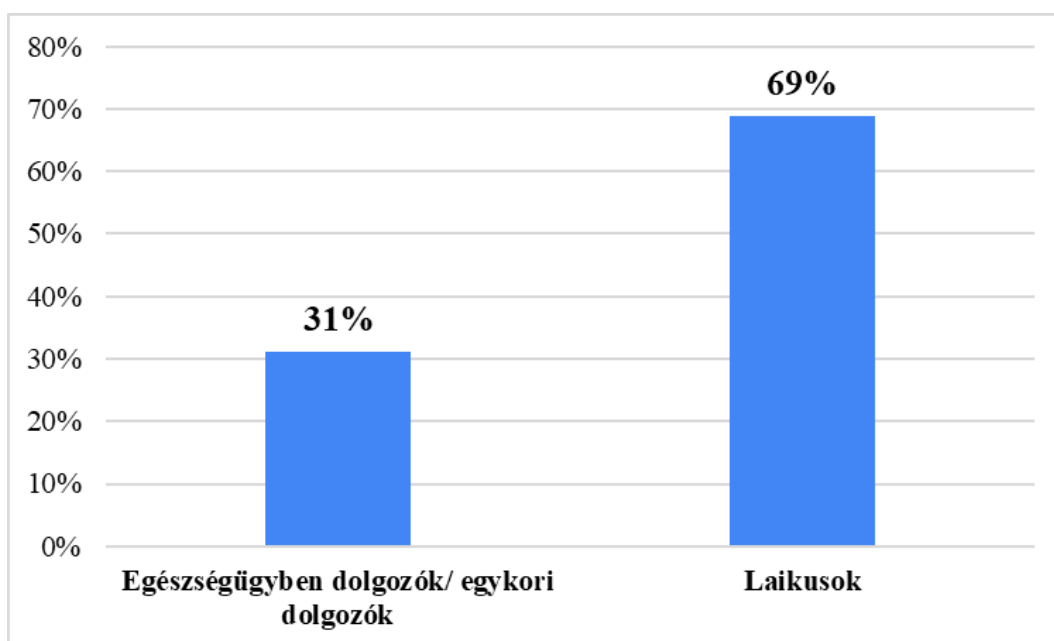
6.5. Etikai megfelelés

A felmérés teljes mértékben anonim volt és önkéntes részvételen alapult. A kérdőívek elejére beillesztettünk egy tájékoztatót a vizsgálat céljáról és az adatkezeléshez a kitöltők beleegyezését kértük. Személyes adatot, mint lakcím, vagy bármilyen azonosító kártyaszámot nem kértünk el. A kérdésekre kapott válaszokat és az azokból leszűrt eredményeket a 2023. 11. 15-én megrendezett TDK versenyen mutattuk be, illetve szakdolgozatomban kerül felhasználásra. Etikai engedélyszám: BM/15386-1/2023.

6.6. A vizsgált minta bemutatása

A mintát 148 fő alkotta, 33 férfi (29,3%), 115 nő (77,7%). Egészségügyi munkaköri tapasztalattal 46 fő (31,1%) rendelkezett, 102 fő (68,9%) nem. (1. Diagram)

1. Diagram
Egészségügyi munkaköri tapasztalat (N = 148)



A kitöltőim átlagosan kisvárosban laknak. A lakhely szerinti megoszlási arány: 1 % tanya, 16% falu, 47% kisváros, 20% nagyváros, 16% főváros. A kitöltők nagy része átlagosan egyetemi/főiskolai végzettséggel rendelkezik. A végzettségek megoszlási aránya: 5% szakmunkásképző, 35% középiskola, 20% folyamatban lévő egyetemi és főiskolai tanulmány, 41% főiskola/egyetem, amelyet az alábbi táblázatban összefoglalva bemutatunk. (1. táblázat)

Az egészségügyi végzettséggel rendelkezők átlagosan 8-9 év munkatapasztalattal rendelkeznek. A férfi kitöltőknél 35 év az átlag életkor, a nőknél 33. A legfiatalabb kitöltő 18 éves, a legidősebb 64.

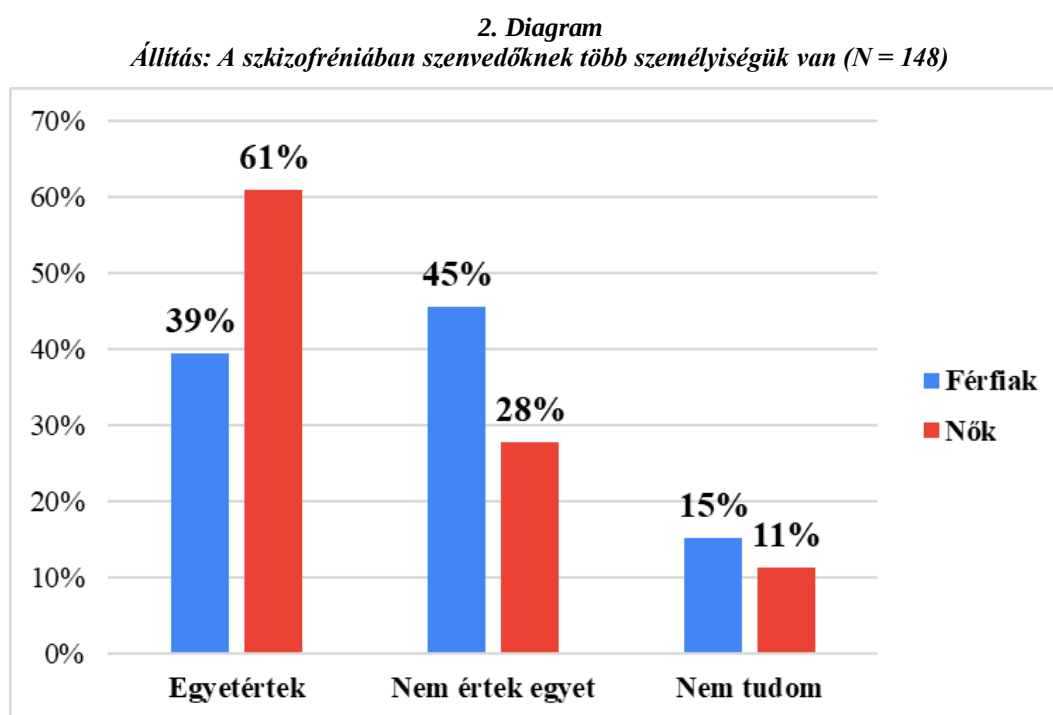
1. táblázat
A kitöltők lakóhely és végzettség szerinti megoszlása (N = 148)

Lakóhely:	Tanya	Falu	Kisváros	Nagyváros	Főváros
	1%	16%	47%	20%	16%
Végzettség:	Szakmunkásképző	Középiskola	Folyamatban lévő egyetemi/főiskolai tanulmány	Főiskola/egyetem	
	5%	35%	20%	41%	

7. KUTATÁSI EREDMÉNYEK BEMUTATÁSA ÉS ELEMZÉSE

7.1. Eredmények: Nemek közti különbségek

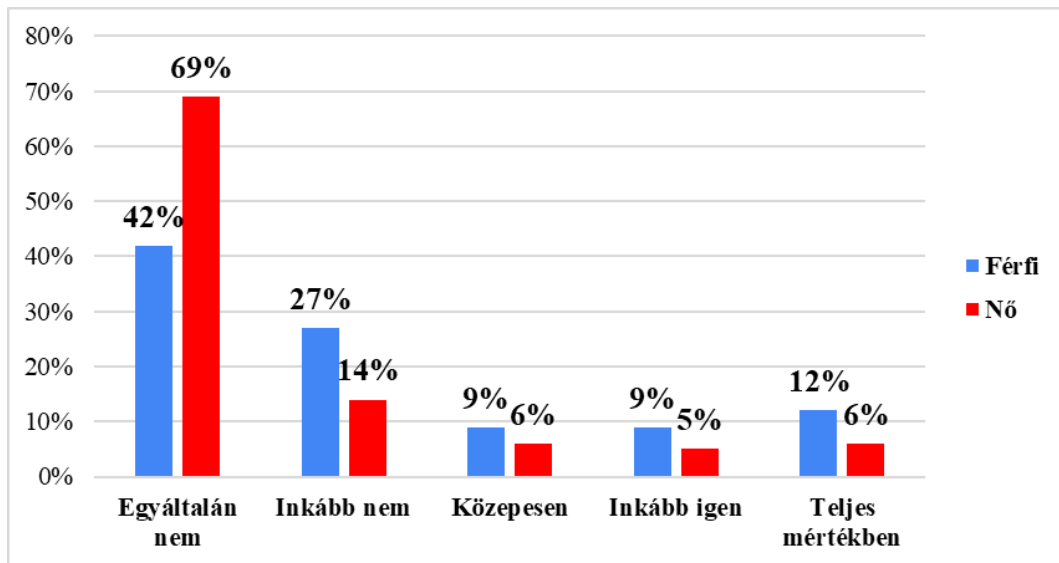
Az első hipotézis alapján azt feltételeztük, hogy nem tapasztalható szignifikáns különbség a nemek között abban a tekintetben, hogy mennyire társítják tévesen a szkizofréniát a kettős személyiség fogalmával. A kettő vagy több személyiséget 13 fő (39%) férfi, és 70 fő (61%) nő tartja a szkizofrénia tünetének, tehát az első hipotézis megdőlt, hiszen a nők szignifikánsan többen gondolják a kettő vagy több személyiséget tünetnek, mint a férfiak ($p < 0,003$). (2. Diagram)



A második hipotézisben a nemek közötti különbségek szempontjából megközelítve a kérdéskört, feltételeztük, hogy a férfi kitöltők szignifikánsan gyakrabban tesznek degradáló megjegyzéseket szkizofrén személyekre, mint a nők. A kérdőívünkben megtalálható 16. kérdésnél ezt mértük fel. A nők 11%-a állította, hogy inkább igen, vagy teljes mértékben, a férfiak tekintetében ez 21% volt. A kapott eredmény alapján a férfiak szignifikánsan gyakrabban vallották, hogy degradáló megjegyzéseket tesznek szkizofrén betegekre, mint a nők ($t = 2.257$, $p < 0.025$), így a második hipotézisünk igazolódott a vizsgált adatok alapján. (3. Diagram)

3. Diagram

Állítás: Tettem már degradáló jellegű megjegyzést szkizofréniára beszélgetéseimben (N = 148)

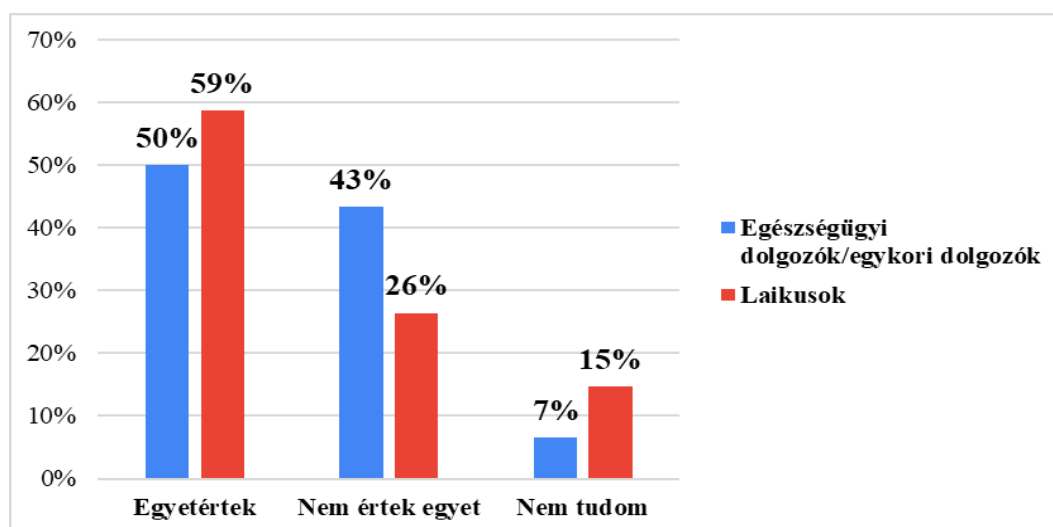


7.2. Eredmények: Egészségügyben dolgozók/egykori dolgozók és laikusok közti különbségek

A harmadik hipotézisben azt feltételeztük, hogy az egészségügyi dolgozók/egykori dolgozók és a laikusok között nincs szignifikáns különbség azzal kapcsolatban, hogy a szkizofréniát tévesen a kettős személyiség fogalommal társítják. Ahogy a diagramon szemléltetett adatok alapján látható az egészségügyben dolgozók/egykori dolgozók közül 23 fő, azaz a vizsgált alcsoport fele (50%) egyetértett az állítással, 20 (43%) nem, 3-an (7%) pedig azt állították, hogy nem tudják. A mentális betegségekkel kapcsolatban kevesebb szakmai előismerettel rendelkező laikusok közül 60 fő (59%) egyetértett, 27 nem (26%), 15-en (15%) nem tudták. Tehát a kérdőívet kitöltő egészségügyben dolgozók/egykori dolgozók, illetve laikusok fele, vagy több, mint fele egyetértett azzal, hogy a szkizofréniában szenvedőknek több személyiségük van, ami azt jelenti, hogy mindkét csoportban közel minden 2. ember így gondolja. Ezen eredmények alapján megállapíthatjuk, hogy a harmadik hipotézisünk igazolódott, vagyis nem találtunk szignifikáns különbséget az egészségügyi dolgozók/egykori dolgozók és a laikusok között ebben a ténymegállapításban való egyetértés tekintetében. A kérdőívet kitöltő résztvevők nagy része mindkét csoportban hasonlóan értett egyet ezzel az állítással, ami fontos figyelemfelhívás arra vonatkozóan, hogy mennyire elterjedtek a téves elképzelések a szkizofréniával kapcsolatban a társadalomban. (4. Diagram)

4. Diagram

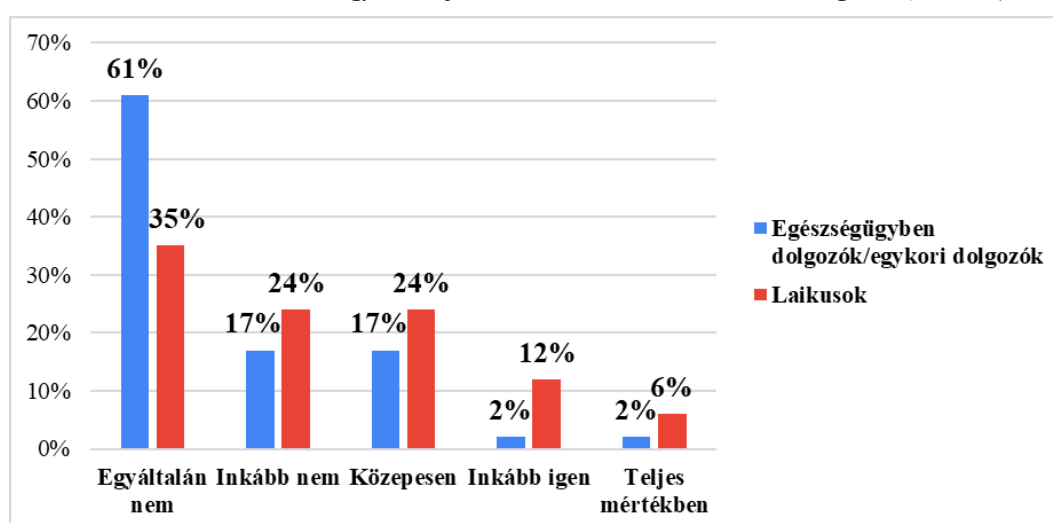
Állítás: A szkizofréniában szenvedő embereknek több személyiségük van (N = 148)



A negyedik hipotézisben azt feltételeztük, hogy az egészségügyi dolgozók/egykori dolgozóknak szignifikánsan kevésbé esne nehezükre szkizofrén személlyel beszélgetni, mint a laikusoknak. A kérdőív 11. pontjában erre vonatkozó állításra kapott válaszok alapján az egészségügyi dolgozók/egykori dolgozók közül a „Közepesen”, „Inkább igen” és „Teljes mértékben” válaszokat összesen 10-en (21%) jelölték, laikusok közül pedig 42-en (42%). A kitöltők válasza alapján az egészségügyben dolgozó/egykori dolgozó személyeknek szignifikánsan kevésbé okozna nehézséget szkizofrén személlyel beszélgetni, mint a laikusoknak ($t = -3.004$, $p < 0.003$). Ez igazolja a negyedik hipotézist. (5. Diagram)

5. Diagram

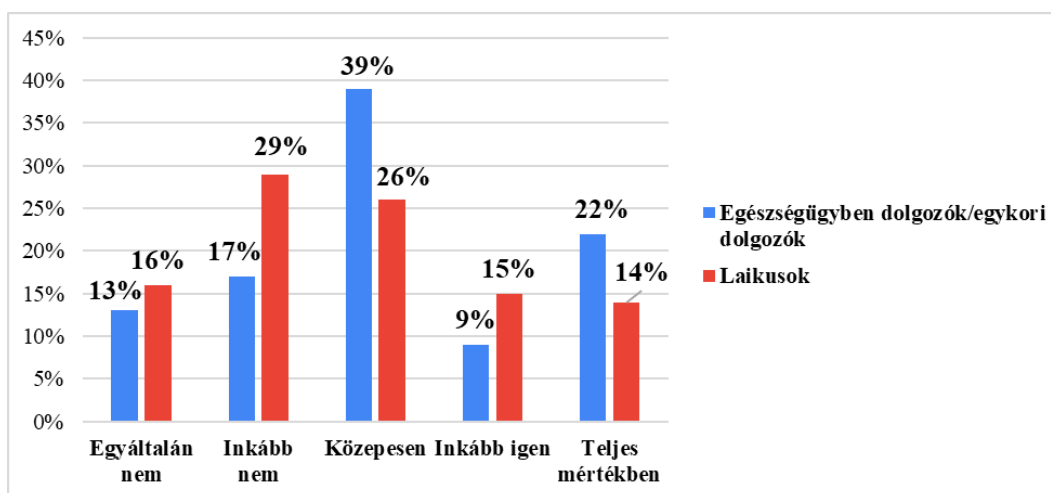
Állítás: Nehezemre esne egy szkizofréniában szenvedő emberrel beszélgetni. (N = 148)



Az ötödik hipotézisben azt feltételeztük, hogy a kitöltők többsége a szkizofréneket veszélyesnek stigmatizálja. Ennek vizsgálatára a kérdőív 18. kérdését használtuk fel, amely arra irányult, hogy felmérjük, hogy a kitöltő biztonságban érezné-e magát, ha egy szkizofréniában szenvedő emberrel kellene beszélgetnie kettesben. A kapott adatok elemzése során megállapítottuk, hogy az egészségügyi dolgozók/egykori dolgozók közül azoknak az aránya, akik egyáltalán nem vagy inkább nem éreznék magukat biztonságban ilyen helyzetben, 30% volt, laikusok esetében ez az arány magasabb volt, 45%. Ez azt jelenti, hogy közel minden harmadik egészségügyi dolgozó/egykori dolgozó fenntartásokkal bír a szkizofrénekekkel szemben, valamint közel minden második laikus. Ezek az adatok számszerűsítve rávilágítanak arra, hogy milyen mértékben lehet jelen a társadalomban a szkizofréniával kapcsolatos félelem és előítélet (6. Diagram)

6. Diagram

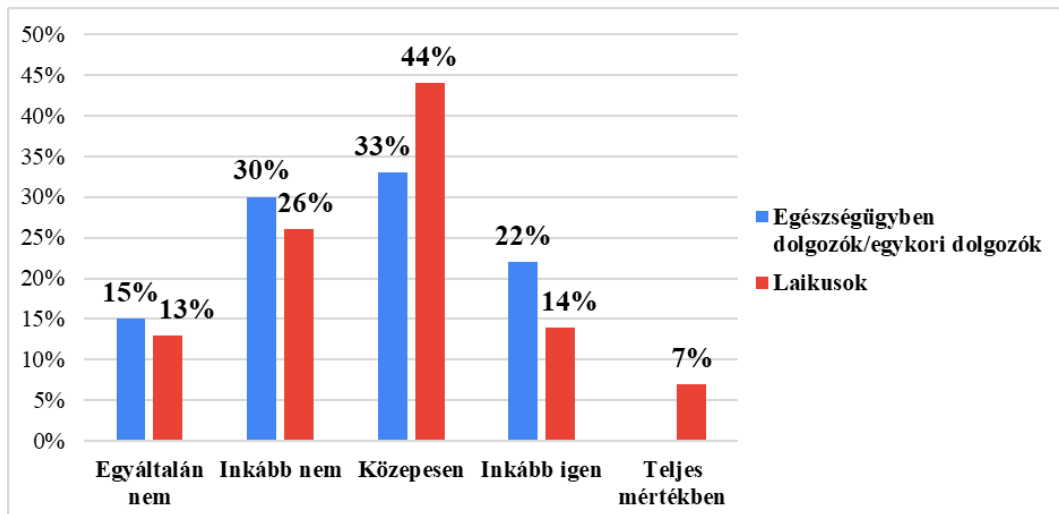
Biztonságban érezném magam, ha egy szkizofréniában szenvedő emberrel kellene beszélgetnem kettesben (N = 148)



A kérdőívünk 27. pontjában az Attitudes to Severe Mental Illness (ASMI) skála részeként a szkizofréniában szenvedők veszélyességével kapcsolatos előítéletes gondolatot igyekeztünk felmérni. Az állítás így szólt: „A szkizofréniában szenvedők veszélyesek.”. Az erre adott válaszaik első ránézésre azt mutatják, hogy a többség, azaz 61 fő úgy gondolja, hogy inkább nem vagy egyáltalán nem (41%) ért egyet az állítással, és az elsőnek jelentősnek tűnő kisebbség, 27 fő ért inkább egyet, vagy teljesen egyetért az állítással (18%), tehát ezek alapján azt a következtetést lehetne levonni, hogy a többség nem előítéletes. Mindazonáltal figyelembe kell vennünk, hogy a közepesen választ 77% jelölte, azaz 60 kitöltő. A két kérdésre adott válaszok arányait megfigyelhetően mindkét esetben a kitöltők a legnagyobb arányban a közömbös választ jelölték meg. Az 5. hipotézis megdőlt. (6. Diagram7. Diagram)

7. Diagram

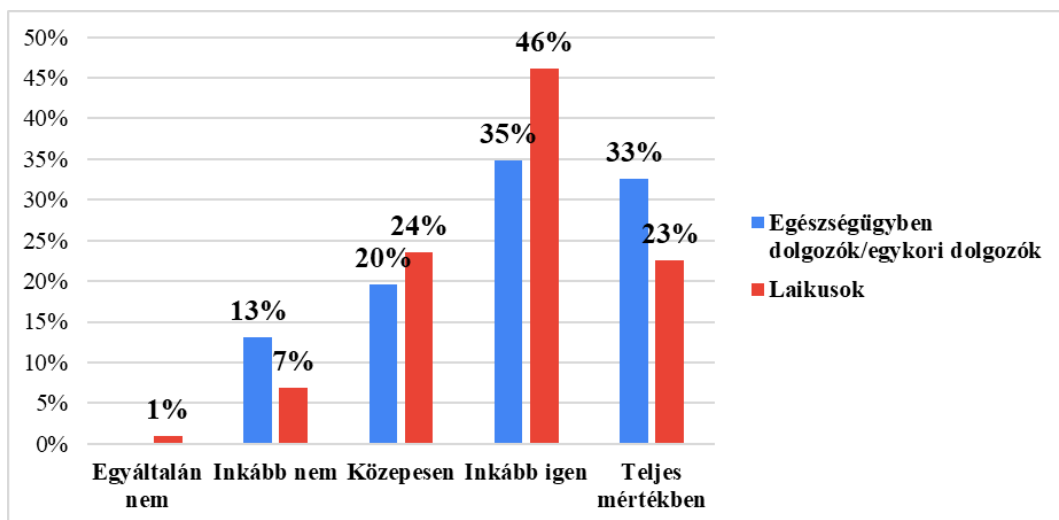
Állítás: A súlyos mentális betegségben szenvedő emberek veszélyesek (N = 148)



A hatodik hipotézisben azt feltételeztük, hogy az egészségügyben dolgozók/egykori dolgozók és a laikusok attitűdje megegyezik a szkizofrén személyek munkaerőpiaci alkalmazásával kapcsolatban. 31 egészségügyben jártas (~68%) a kérdéssel inkább igen, vagy teljes mértékben egyetért, valamint 6 (~13%) inkább nem, vagy egyáltalán nem. 70 (69%) laikus inkább igen, vagy teljes mértékben egyetért, valamint 8-an (8%) inkább nem vagy egyáltalán nem. Jelentősen több azon emberek száma, akik inkább úgy gondolják, hogy egy kezelt szkizofréniában szenvedő ember tudna eredményesen dolgozni mindkét vizsgált csoportban. (8. Diagram)

8. Diagram

Állítás: Egy súlyos mentális betegségben szenvedő személy képes dolgozni (N = 148)



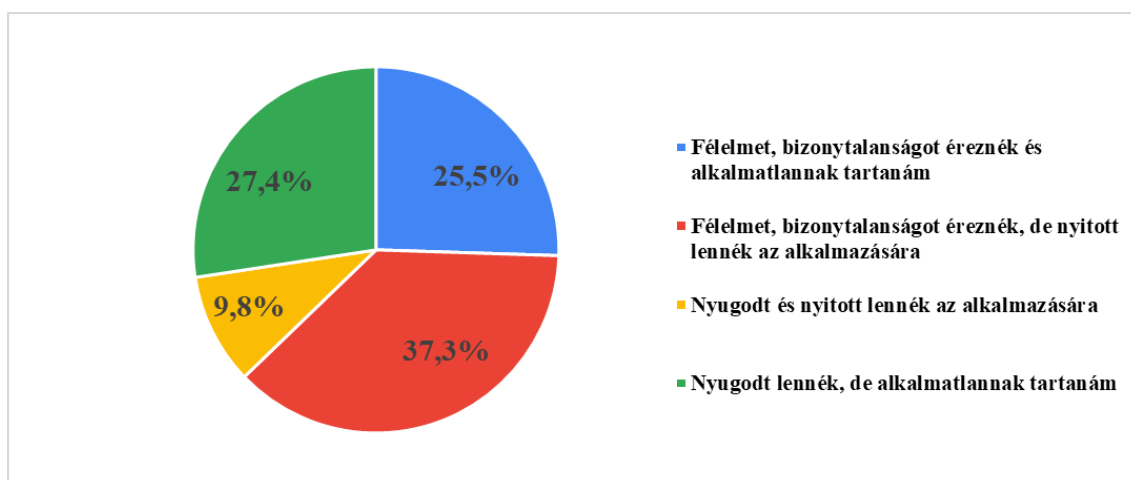
A kérdőív 10. kérdésével azt céloztuk felmérni, hogy a kitöltő populációra mennyire jellemző a megbízhatatlanság és veszélyesség stigmatizáció a szkizofrénekkel szemben munkai környezetben. A laikus kitöltők megközelítőleg kétharmad arányban félelmet éreznének egy szkizofrén jelentkezővel szemben. Valamint a laikus kitöltők több mint fele alkalmatlannak tartaná a betegséggel rendelkező jelentkezőt. (9. Diagram)

9. Diagram

Mit gondol, ha Ön munkáltató lenne és egy igazoltan szkizofréniában szenvedő ember jelentkezne a meghirdetett állásra, mi lenne az első érzelmi benyomása, amikor a jelentkező betegségéről tudomást szerez?

(N = 102)

Laikusok

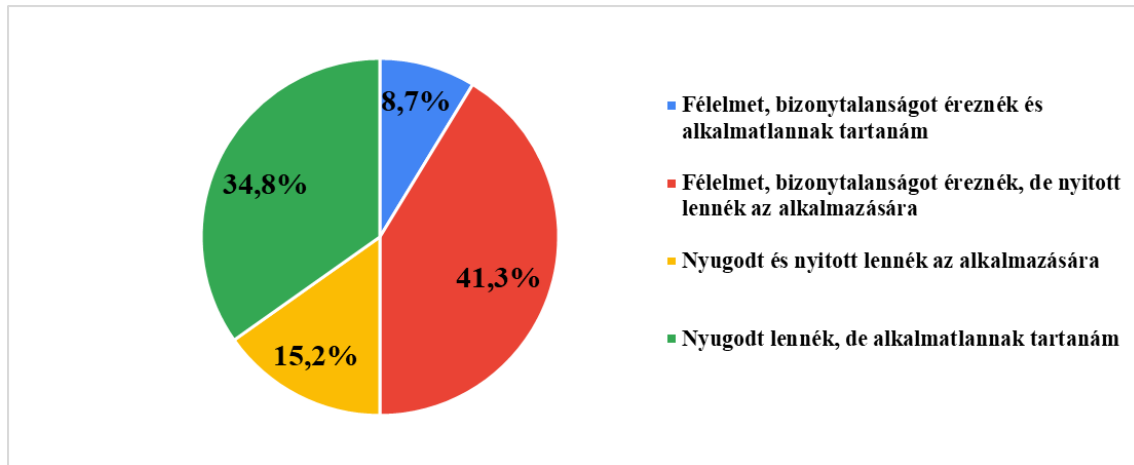


Az egészségügyben dolgozók/egykori dolgozók fele-fele arányban éreznének félelmet és nyugalmat, amely által körvonalazódik, hogy ebben a vizsgált populációban minden második embernél megjelenik a veszélyesség stigma. Ennek ellenére a kitöltők több mint fele nyitott lenne az alkalmazásra. Ezen adatokat figyelembe véve a két vizsgált populáció attitűdjei között eltérés látható, mellyel a hatodik hipotézis nem igazolódott. (10. Diagram)

10. Diagram

Mit gondol, ha Ön munkáltató lenne és egy igazoltan szkizofréniában szenvedő ember jelentkezne a meghirdetett állásra, mi lenne az első érzelmi benyomása, amikor a jelentkező betegségéről tudomást szerez?
(N = 46)

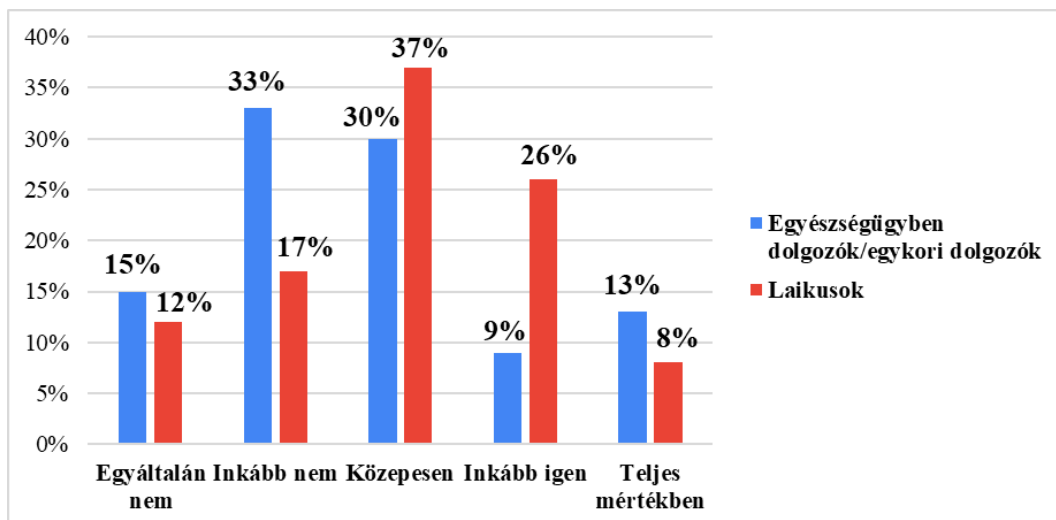
Egészségügyben dolgozók/egykori dolgozók



A hetedik hipotézisben azt feltételeztük, hogy a laikusok saját bevallásuk szerint előítéletesebbek, mint az egészségügyben dolgozók/egykori dolgozók. Az alábbi diagramon látható, hogy a laikusok körében nagyobb arányban jelenik meg az inkább igen, illetve a teljes mértékben válasz. Hozzávetőleg minden harmadik ember gondolja magát előítéletesnek. Ezzel szemben az egészségügyi dolgozók kb. ötöde jelölte ugyan ezeket. Ennek ellenére megfigyelhető, hogy a magukat teljes mértékben előítéletesnek gondoló kitöltők az egészségügyi végzettséggel rendelkezők közül kerültek ki nagyobb arányban. A hetedik hipotézis részben igazolódott. (11. Diagram)

11. Diagram

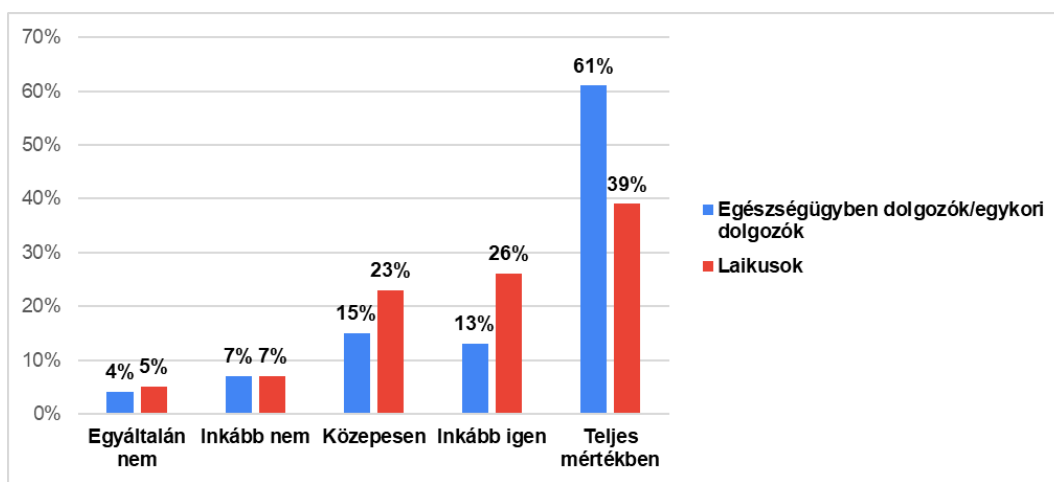
Mit gondol, Ön mennyire előítéletes a szkizofréniával élőkkel szemben? (N = 148)



Utolsó hipotézisünkben azt feltételeztük, hogy általánosan az emberek nyitottak tisztább képet kapni a szkizofréniáról. Amint a diagramon is látható mind az egészségügyben dolgozók/egykori dolgozók (74%) és laikusok (65%) inkább igen vagy teljes mértékben nyitottak lennének szkizofréniában szenvedővel megismerkedni, illetve tisztább képet kapni a kórképről. A nyolcadik hipotézis igazolódott. (12. Diagram)

12. Diagram

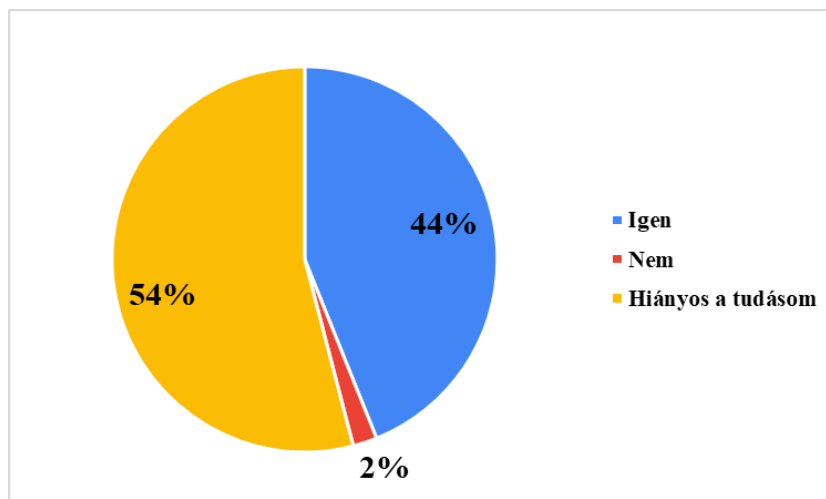
Állítás: Nyitott lennék egy szkizofréniában szenvedő ember megismerésére és tisztább képet kapni a betegségről (N = 148)



Ennek relevanciáját tovább erősítik a 7. kérdésünkre adott válaszok, amelyek alapján jól megfigyelhető, hogy a kitöltők 56%-a, tehát megközelítőleg minden második ember semmilyen, vagy csak hiányos ismeretekkel rendelkezik a szkizofrénia tüneteiről. (13. Diagram)

13. Diagram

Mit gondol, tudja mik a szkizofrénia betegség tünetei? (N = 148)



8. ÖSSZEFOGLALÁS

A nemek tekintetében azt véltük felfedezni, hogy a vizsgált populációban a nők szignifikánsan többen gondolják a kettő vagy több személyiséget tünetnek, mint a férfiak ($p < 0,003$), illetve, hogy a vizsgálat alapján a férfiak szignifikánsan gyakrabban vallották, hogy degradáló megjegyzéseket tesznek szkizofrén betegekre, mint a nők ($p < 0.025$).

A vizsgált populációban megfigyelhető az, hogy az egészségügyi munkatapasztalat szignifikánsan nem befolyásolja a szkizofrénia tünettárával kapcsolatos ismereteket, valamint csekély mértékben az attitűdöt a szkizofrén személyekkel szemben. Mindkét vizsgált populáció közel minden második tagja egyetértett a többes személyiség meglétével a szkizofrének esetében. Már erre az egyetlen tételre adott válaszok arányai is utalnak az információ és ismerethiány jelenlétére a témakör kapcsán

Annál az állításnál, hogy „A súlyos mentális betegségben szenvedők veszélyesek” az ötfokozatú Likert skálán a közepes lehetőséget az összes kitöltő 77%-a jelölte. Az egészségügyi dolgozók/egykori dolgozók számára szignifikánsan kevésbé esne nehezükre szkizofrén személyekkel beszélgetni, mint a laikusoknak ($p < 0.003$), az állásfoglalás visszautasítása a kitöltők bizonytalansága miatt történhetett, amely szintén ismerethiányra enged következtetni. Azonban amikor rejtetten céloztuk meg a veszélyesség stigma felmérését, annál a kérdésnél, mikor azt mértük fel, hogy a kitöltő biztonságban érezné-e magát, ha egy szkizofréniában szenvedő emberrel kellene beszélgetnie kettesben, már egyértelműbb eredményeket kaptunk. Az, hogy minden 2. laikus és minden 3. egészségügyi dolgozó/egykori dolgozó inkább nem vagy egyáltalán nem érezné magát biztonságban arra enged következtetni, hogy megjelenik a veszélyesség stigmája.

Mindkét csoportban lényegesen több olyan van, akik szerint egy szkizofréniában szenvedő személy, ha megfelelő kezelésben részesül, képes lenne hatékonyan dolgozni. A kezelt szkizofrén személy munkával kapcsolatos képességét általánosságban nem feltétlen stigmatizálják, azonban, ha már a kitöltő személyét is belevontuk a kérdésbe mint főnök, más eredmények jöttek ki. Az egészségügyi dolgozók/egykori dolgozók több mint fele nyitott lenne az alkalmazásukra, viszont a laikusok több mint fele alkalmatlannak tartaná őket. az egészségügyi dolgozók/egykori dolgozók többsége nem becsüli le a szkizofrének képességeit, és nyitottabbak akár az alkalmazásra is, viszont minden 2. ember félelmet érezne velük kapcsolatban. A laikusok többsége szintén nem becsüli le a képességeiket, de inkább nem tartaná alkalmasnak kollégának, valamint legtöbbjük félne is a szkizofréntől. Ezzel a

megbízhatatlanságra lehet következtetni, amely az egészségügyi dolgozóknál csekélyebb, mint a laikusoknál. Azonban ezek az adatok utalhatnak a szkizofrénekkel szembeni diszkriminációra is, mint probléma.

Minden harmadik laikus elismerte önmagáról, hogy előítéletes, illetve az egészségügyi dolgozók ötöde vallotta magáról. A kitöltők több mint fele (56%) vallotta, hogy nem megfelelő vagy hiányos tudással rendelkezik a téma kapcsán, amely az ismerethiány jelenségét tovább erősíti. Azonban mindkét csoportban jelentős a nyitottság az ismeretek szerzésére. (Egészségügyi dolgozók/egykori dolgozók 74%, laikusok 65%)

A 2009-es görögországi kutatáshoz viszonyítva az előítélet kapcsán eltérő eredményeket láthatunk, hiszen abban a kitöltők 80%-a jelölte a többszemélyiséget tünetnek, azonban a mi kutatásunkban ez csupán 56%. Jelentősen alacsonyabb az arány az említett kutatáshoz képest, de ki lehet mondani, hogy így is minden második embert érint a kettős személyiség előítélet megléte. Szintén érdekes, hogy abban a vizsgálatban a veszélyesség stigmát felmérő tétel kapcsán az emberek háromnegyede gondolta veszélyesnek a szkizofréneket, azonban nálunk ez csupán (a konkrét kérdésre adott válasz alapján, összkítöltők szempontjából) 41%, kevesebb mint a kitöltők fele. A 2007-es osztrák kutatás tekintetében pedig a laikusok fele és az egészségügyi dolgozók egy negyede tartja a szkizofréneket veszélyesnek, nálunk mindkét vizsgált populáció kevesebb mint egy negyede rendelkezett hasonló véleménynel. A görög kutatás kitöltői a munkavégzéssel kapcsolatban 16,8%-a gondolta a kitöltőknek, hogy egy szkizofrén személy képes rendszeresen dolgozni, ezzel szemben a mi felmérésünkben 68% ítélte a szkizofréneket alkalmasnak a munkavégzésre. Illetve a görög kutatásban a válaszadók 74,9%-a szociális téren negatív sztereotíp hozzáállást mutat velük szemben, ez nálunk is látszik, hogy a kitöltők több mint egyharmada szociálisan negatív attitűddel rendelkezik.

A nemzetközi vizsgálatok eredményeihez hasonlóan kutatásunkban is megjelennek az említett stigmák, csak kisebb arányban. A kutatás figyelemfelhívó szerepet tanúsít a téma fontosságát illetően, valamint hangsúlyozza további empirikus vizsgálatok szükségességét a szkizofréniához kapcsolódó előítéletek és attitűdök okának pontosabb megismeréséhez, ami a probléma megoldásának kulcsa lehet.

9. SZAKMAI JAVASLAT

Erre a problémakörre a javaslatunk a szkizofrénia és általában a mentális betegségek tüneteinek és kezelhetőségének ismertetése, ismeretek bővítése:

- Közösségi oldalak használatával (Meta Platforms Inc keretein belül: pl.: Instagramon, Facebookon) rövid reklámok, tájékoztatók megjelentetésével.
- Média bevonásával: televízióban, rádióban reklámok, rövid tájékoztatások szorgalmazása.
- Különösen fontosnak tartom a laikusok számára szkizofréniával való minél korábbi ismertetés és érzékenyítés megkezdését. Ehhez megoldás lehet az általános - és középiskolai egészségnapokon történő megjelentetést a védőnő kollégák bevonásával.
- Valamint kórházakban, pszichiátria osztályon, szakambulanciákon betegtájékoztató brossúrák elérhetőségét javasolnánk a rendelőkbe.

Az egészségügyi dolgozók szkizofréniával kapcsolatos ismeretszerzése szempontjából javaslom:

- Egészségügyi hallgatók számára: Javasoljuk a mentorok alkalmazását a pszichiátriai gyakorlatok során, amellyel a hallgatók kis csoportokban a mentorokkal együtt dolgozva átfogóbb képet kaphatnának a mentális betegségekről, többek között a szkizofréniáról.
- Dolgozók számára: Az online kitöltőtesztek megszervezését továbbképzési pontok jutalmával. A pontszerzés facilitálná a kitöltési motivációt és segítené az egészségügyi dolgozók ismereteinek bővülését.
- Emellett szakmai továbbképzési napokon a szkizofréniáról és mentális betegségekről való előadás bemutatását célszerűnek látjuk.

Fontosnak tartjuk az ismeretek bővítése mellett az érzékenyítést is.

- Szkizofrén személyek és családjuk bevonásával megtartott beszélgetések hozzásegítenék mind az egészségügyi dolgozót, mind a laikust a szkizofréniával élők megértéséhez és mélyebb elfogadásukhoz. Ehhez javaslatunk a Pszichiátriai gondozó intézetekben megszervezett kis csoportos nyitott beszélgetések megszervezése szkizofrén személyekkel és családjukkal, ahol személyes élettörténeteket mesélhetnek el, amelyen részt vehet laikus és dolgozó is.

FELHASZNÁLT IRODALOM

- Ács, A. (2020). Egészségügyi szakdolgozók mentális zavarokkal kapcsolatos ismereteinek és a mentális betegséggel diagnosztizált emberekkel szembeni attitűdjének vizsgálata. *Doktori értekezés*. Budapest.
- Ács, A., Mészáros, J., & Balogh, Z. (2020). Egészségügyi szakdolgozók mentális zavarokkal kapcsolatos ismereteinek és a betegekkel szembeni attitűdjének vizsgálata. *Orvosi Hetilap*, 161(2), 57-58.
- Adil, M., Atiq, I., & Ellahi, A. (2022). Stigmatization of schizophrenic individuals and its correlation to the fear of violent offence. Should we be concerned? *Annals of Medicine and Surgery*(82).
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington DC: Sheridan Books, Inc.
- Comer, R. J. (2005). *A lélek betegségei, Pszichopatológia*. Budapest: Orisis.
- Dr. Makkos, Z., Kováts, T., & Dr. Gaál, P. (2019). Szkizofrénia betegségben szenvedő betegek követése. *IME – Interdiszciplináris Magyar Egészségügy*, 36.
- Economou, M., Richardson, C., Gramandani, C., Stalikas, A., & Stefanis, C. (2009). Knowledge about schizophrenia and attitudes towards people with schizophrenia in Greece. *International Journal of Social Psychiatry*.
- Goldberg, J. O., McKeag, S. A., Rose, A. L., Lumsden-Ruegg, H., & Flett, G. L. (2023). Too Close for Comfort: Stigma by Association in Family Members Who Live with Relatives with Mental Illness. *International Journal of Enviromental Research and Public Health*, 20(6), 5209.
- Grausgruber, A., Meise, U., Katschnig, H., Schöny, W., & Fleischhacker, W. (2007). Patterns of social distance towards people suffering from schizophrenia in Austria: a comparison between the general public, relatives and mental health staff. *Acta Psychiatrica Scandinavica*.
- Irinyi, T., Ács, A., Herceg, A., Ivánka, T., Rácz, S., & Szabó, Z. (2006. 10. 2020. 12. 18.). *Pszichiátriai szakápolástan*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Lieberman, J. A., Perkins, D. O., & Stroup, S. T. (2006). *A Szkizofrénia tankönyve*. Budapest: Lélekben Otthon Kft.
- Marc De Hert, G. M. (2003). *Mikrochip az agyban*. Belgium: EPO kiadó.
- May, A. C. (2008). Schizophrenia does not mean split personality. *Nature*(451), 127.
- Mayer, L., Corrigan, P. W., Eisheuer, D., Oexle, N., & Rüsch, N. (2022). Attitudes towards disclosing a mental illness: impact on quality of life and recovery. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 57(2), 363-374.
- Must, A., Janka, Z., & Horváth, S. (2011). Szkizofrénia, környezet és epigenetika. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 211.

- Németh, A., Füredi, J., Lazáry, J., & Somlai, Z. (2021). *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Pszichiátriai Szakmai Kollégium. (2008. 01). Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja Szkizofrénia.
- WHO. (2021). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. *11*.

MELLÉKLETEK

NYILATKOZAT

AlulírottTANÁS VIVIEN....., a Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Karának hallgatója ezennel büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem és aláírással igazolom, hogy

„SZKIZOTRÉNIÁVAL ÉLŐK STIGMATIZÁCIÓJA AZ EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK...
..VERSUS..AZ EGÉSZSÉGÜGYON KIVÜLI TÁRSADALMI RÉTEG TÜKRÉBEN.....
.....

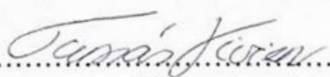
című szakdolgozatom **saját, önálló munkám**; az abban hivatkozott nyomtatott és elektronikus szakirodalom felhasználása a szerzői jogok nemzetközi szabályainak megfelelően készült.

Tudomásul veszem, hogy szakdolgozat esetén plágiumnak számít:

- szó szerinti idézet közlése idézőjel és hivatkozás megjelölése nélkül;
- tartalmi idézet hivatkozás megjelölése nélkül;
- más publikált gondolatainak saját gondolatként való feltüntetése.

Alulírott kijelentem, hogy a plágium fogalmát megismertem, és tudomásul veszem, hogy plágium esetén szakdolgozatom visszautasításra kerül.

Szeged, 2024. év04..... hó ...08... nap

..........
aláírás

NYILATKOZAT

Alulírott TAMÁS VINIEN..... (születési hely,
idő: KECSKEMÉT, 2000.10.31....; an. neve: KRISKÓ MARIANN.....; állandó
lakcím: 6200, KISKÖRÖS, BÉKE. U. 38.....) jelen nyilatkozat aláírásával kijelentem,
hogy a Szegedi Tudományegyetem Szellemitulajdon-kezelési szabályzatának tartalmát
ismerem, az abban foglaltakat magamra nézve kötelezőnek tartom.

Tudomásul veszem, hogy, a ...DR. SZATMARI ANGELIKA..... (témavezető neve)
témavezetésével PSZICHIATRIA témakörben elkészítésre kerülő/elkészített szakdolgozat a
Szegedi Tudományegyetem Szellemitulajdon-kezelési szabályzata alapján szolgálati szellemi
alkotásnak minősül.

Jelen nyilatkozatot mindennemű befolyástól mentesen, szabad akarat-elhatározásomból
tettem.

Kelt: Szeged, 2024.....04..... hó ..08.....nap

Tamás Vinién
nyilatkozattevő

Tanú: BARANYI DÓRA

6600 SIENYES DÓISA, GYÖRGY UTCA 184

Tanú: HOÓ EMESE LŐNZSÁNNÁ

6791 SZEGED, DOROSZMAI ÚT 124

84 27 87 DE

SZIG. SZÁM: 3799251E

Bari Dora

Hoó Emese

Szkizofréniával élők stigmatizációja az egészségügyi dolgozók versus az egészségügyön kívüli társadalmi réteg tükrében

Tisztelt Kitöltők!

Tamás Vivien, a Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Karának 3. évfolyamos ápoló hallgatója vagyok. Kutatómunkám témája: A szkizofréniával élő emberekkel kapcsolatos előítéletek felmérése. A kutatás során adatait anonim módon használom fel. A kérdőív kitöltési kritériuma: 18 éven felüli, szkizofréniával nem diagnosztizált kitöltő. A kutatás feldolgozott eredményeit, amelyek anonim módon tartalmazzák az egyes kitöltők által adott válaszokat, tudományos és ismeretterjesztő közlemények formájában publikálom. A személyes adatok felhasználása a vonatkozó adatvédelmi törvény szigorú betartásával történik.

**=Kötelezően megválaszolandó kérdés*

Köszönöm, hogy részt vesz a kutatásban!

Beleegyező nyilatkozat

A résztvevői tájékoztatót elolvastam, tisztában vagyok a kutatás céljaival és menetével.*

- ☐ Igen
- ☐ Nem

A kérdőív kitöltésével hozzájárulok, hogy adataim anonim módon, egy adatbázis részeként, a kutatás keretében felhasználásra kerüljenek.*

- ☐ Igen
- ☐ Nem

Tisztában vagyok azzal, hogy bármikor megszakíthatom a kutatásban való részvételemet.*

- ☐ Igen
- ☐ Nem

Köszönöm a beleegyezését! Lássuk a kérdőívet!

Ha bármilyen további kérdése vagy a kutatással kapcsolatos észrevétele van, kérem forduljon bizalommal hozzám:

A KUTATÓ NEVE: Tamás Vivien

EMAIL: tvivi01@gmail.com

Kérem válaszoljon a következő kérdésekre!

1. Mi az Ön neme?*

- ☐ Nő
- ☐ Férfi

2. Mi az Ön életkora?*

Rövid szöveges válasz

3. Mi az Ön lakóhelyének a típusa?*

- ☐ Főváros
- ☐ Nagyváros
- ☐ Város
- ☐ Falu
- ☐ Község
- ☐ Tanya

4. Mi az Ön iskolai végzettsége?*

- ☐ Általános Iskola
- ☐ Szakmunkásképző
- ☐ Szakközépiskola/gimnázium
- ☐ Főiskola/egyetem
- ☐ Folyamatban lévő főiskolai/egyetemi tanulmány
- ☐ Egyéb:

5. Dolgozott/jelenleg is dolgozik egészségügyben?*

- ☐ Igen
- ☐ Nem

5/b. Ha igen, hány éve dolgozik, vagy hány évet dolgozott az egészségügyben?

Rövid szöveges válasz

6. Honnan hallott eddig a szkizofrénia betegségről?*

- ☐ Filmekből/sorozatokból

- ☐ Szóbeszédből
- ☐ Tudományos cikkből/tudományos könyvből
- ☐ Iskolában tanultam róla
- ☐ Egyéb:

7. Mit gondol, tudja mik a szkizofrénia betegség tünetei?*

- ☐ Igen
- ☐ Nem
- ☐ Hiányos a tudásom

8. Ismer szkizofréniában szenvedő embert?*

- ☐ Igen
- ☐ Nem
- ☐ Nem tudom

9. Jelöljön be az alábbiak közül 3 tünetet, amelyek Ön szerint egy szkizofréniában szenvedőnél leggyakrabban megjelenhetnek!*

- ☐ Kettő vagy több személyiség
- ☐ Hallucinációk
- ☐ Téveszmék
- ☐ Agresszió
- ☐ Bizalmatlanság

10. Mit gondol, ha Ön munkáltató lenne és egy igazoltan szkizofréniában szenvedő ember jelentkezne a meghirdetett állásra, mi lenne az első érzelmi reakciója, amikor a jelentkező betegségéről tudomást szerez?*

- ☐ Nyugodt lennék, de alkalmatlannak tartanám
- ☐ Nyugodt és nyitott lennék az alkalmazására
- ☐ Félelmet, bizonytalanságot éreznék és alkalmatlannak tartanám
- ☐ Félelmet, bizonytalanságot éreznék, de nyitott lennék az alkalmazására

11. A szkizofréniában szenvedő embereknek több személyiségük van.*

- ☐ Egyetértek
- ☐ Nem értek egyet

o Nem tudom

Jelölje be, mennyire ért egyet az alábbi állításokkal:

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

12. Eddigi beszélgetéseik során, amikor szóba jött a szkizofrénia szó, mennyire volt gyakori, hogy a „kettős személyiség” fogalommal társították?*

Egyáltalán nem O O O O O Teljes mértékben

13. Mit gondol, Ön mennyire előítéletes a szkizofréniaval élőkkel szemben?*

Egyáltalán nem O O O O O Teljes mértékben

14. Általában az embereket zavarná, ha szkizofréniaiban élő ember lenne a szomszédja.*

Egyáltalán nem O O O O O Teljes mértékben

15. Zavarna, ha az osztálytársam vagy munkatársam szkizofréniaiban szenvedő lenne.*

Egyáltalán nem O O O O O Teljes mértékben

16. Tettem már degradáló jellegű megjegyzést szkizofréniaiban szenvedő emberekre a másokkal való beszélgetéseim során.*

Egyáltalán nem O O O O O Teljes mértékben

17. Nehezemre esne egy szkizofréniaiban szenvedő emberrel beszélgetni.*

Egyáltalán nem O O O O O Teljes mértékben

18. Biztonságban érezném magam, ha egy szkizofréniaiban szenvedő emberrel kellene beszélgetnem kettesben.*

Egyáltalán nem O O O O O Teljes mértékben

19. Ha valaki súlyos mentális betegségben szenvedett valaha, élete végéig szenvedni fog tőle.*

Egyáltalán nem O O O O O Teljes mértékben

20. A súlyos mentális betegségben szenvedő emberek mind csődtömegek.*

Egyáltalán nem O O O O O Teljes mértékben

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

Egyáltalán nem O O O O O Teljes mértékben

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

Egyáltalán nem O O O O O Teljes mértékben

23. Meglátszik egy emberen, ha súlyos mentális betegsége van.*

Egyáltalán nem O O O O O Teljes mértékben

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

Egyáltalán nem O O O O O Teljes mértékben

25. A súlyos mentális betegségek könnyen felismerhetők.*

Egyáltalán nem O O O O O Teljes mértékben

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

Egyáltalán nem O O O O O Teljes mértékben

27. A súlyos mentális betegségben szenvedő emberek veszélyesek.*

Egyáltalán nem O O O O O Teljes mértékben

28. A súlyos mentális betegség balszerencse.*

Egyáltalán nem O O O O O Teljes mértékben

29. A pszichiátriai gyógyszerek függőséget okoznak.*

Egyáltalán nem O O O O O Teljes mértékben

30. Egy súlyos mentális betegségben szenvedő személy képes dolgozni.*

Egyáltalán nem O O O O O Teljes mértékben

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

Egyáltalán nem ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Teljes mértékben

32. A súlyos mentális betegségben szenvedő emberek nem különböznek más emberektől.*

Egyáltalán nem ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Teljes mértékben

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

Egyáltalán nem ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Teljes mértékben

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

Egyáltalán nem ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Teljes mértékben

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

Egyáltalán nem ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Teljes mértékben

36. A súlyos mentális betegségben szenvedő embereknek nem szabad feladniuk.*

Egyáltalán nem ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Teljes mértékben

37. A súlyos mentális betegségben szenvedő embereknek specialista segítségét kell kérniük.*

Egyáltalán nem ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Teljes mértékben

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

Egyáltalán nem ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Teljes mértékben

39. Jobb a problémákat eltitkolni, hogy elkerüljük a nehézségeket.*

Egyáltalán nem ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Teljes mértékben

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

Egyáltalán nem ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Teljes mértékben

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

Egyáltalán nem ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Teljes mértékben

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

Egyáltalán nem O O O O O Teljes mértékben

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

Egyáltalán nem O O O O O Teljes mértékben

44. A súlyos mentális betegségben szenvedő emberek általában alsóbbrendűnek érzik magukat.*

Egyáltalán nem O O O O O Teljes mértékben

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

Egyáltalán nem O O O O O Teljes mértékben

46. A súlyos mentális betegségben szenvedő embereket hibáztatják a család szenvedéséért.*

Egyáltalán nem O O O O O Teljes mértékben

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

Egyáltalán nem O O O O O Teljes mértékben

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

Egyáltalán nem O O O O O Teljes mértékben

49. Nyitott lennék egy szkizofréniában szenvedő ember megismerésére és tisztább képet kapni a betegségről.*

Egyáltalán nem O O O O O Teljes mértékben

Köszönöm a kitöltést, további szép napot kívánok!

Egészségügyi Tudományos Tanács
Tudományos és Kutatásetikai Bizottság (ETT TUKEB)
Levelezési cím: Belügyminisztérium, 1903 Budapest, Pf.: 314.
Székhely: Budapest 1054 Alkotmány u. 25.

Ügyiratszám: **BM/15386-1/2023**
Ügyintéző neve: **Dr. Kardon Tamás titkár**
Elérhetősége: **tukeb@bm.gov.hu**
Telefon: **+(36) 1 795-1197**

Tárgy: Engedélyező határozat

Kutatóhely neve: *Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar*
Kutatóhely címe:
Szeged
Temesvári krt. 31.
6726

Kutatásvezető: *Dr. Szatmári Angelika részére*

HATÁROZAT

A(z) Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, mint megbízó (6726 Szeged Temesvári krt. 31.) képviselőjében Dr. Szatmári Angelika (6726 Szeged Temesvári krt. 31.) (továbbiakban: Kérelmező) "Szkizofréniával élők stigmatizációja az egészségügyi dolgozók versus az egészségügyön kívüli társadalmi réteg tükrében" című, beavatkozással nem járó vizsgálat engedélyezése iránt kérelmet nyújtott be az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottságához (az ETT TUKEB-hez).

Az ETT TUKEB, mint **elsőfokú** 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 közlést követő 15 napon belül van helye fellebbezésnek az ETT Elnökségéhez. A fellebbezést az ETT TUKEB-hez kell benyújtani.

A fellebbezési eljárás illeték- és díjmentes.

Ügyiratszám: BM/15386-1/2023

INDOKOLÁS

A Kérelmező "Szkizofréniával élők stigmatizációja az egészségügyi dolgozók versus az egészségügyön kívüli társadalmi réteg tükrében" című, beavatkozással nem járó vizsgálat engedélyezése iránt kérelmet nyújtott be ETT TUKEB-hez, ami 2023. május 18-én érkezett meg a Bizottsághoz.

Az eljárás megindult és az ETT TUKEB az általános közigazgatási rendtartásról szóló 2016. évi CL. törvény (továbbiakban: *Ákr.*) 43.§ (1) bekezdésében foglalt intézkedéseket mellőzte, és tekintettel arra, hogy a teljes eljárás feltételei fennállnak, a Bizottság a kérelmet az *Ákr* 43 §-a alapján teljes eljárásban bírálta el. Az ETT TUKEB az *Ákr* 43 § (2) bekezdése alapján 2023. május 26-án erről és az *Ákr* 43 § (2) bekezdésében meghatározott egyéb tényekről tájékoztatta a Kérelmezőt.

Az eljárás során az ETT TUKEB megvizsgálta és megtárgyalta a kérelmet és a csatolt dokumentumokat.

A tervezett, beavatkozással nem járó vizsgálat azonosító adatai:

A vizsgálat címe:

"Szkizofréniával élők stigmatizációja az egészségügyi dolgozók versus az egészségügyön kívüli társadalmi réteg tükrében"

Kutatásvezető, aki az egész vizsgálatot vezeti: Dr. Szatmári Angelika

Kutatásvezető munkahely: Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

Megbízó neve és címe:

Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar
6726 Szeged, Temesvári krt. 31.

A vizsgálat tervezett időtartama: 2023.06.01 - 2023.09.30

A vizsgálatban részt vevő 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 tárgyul szolgáló vizsgálat valóban beavatkozással nem járó vizsgálat-e?
Igen

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

Ügyiratszám: BM/15386-1/2023

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

Igen

c1) A betegtájékoztató 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 az ETT TUKEB a rendelkező résznek megfelelően határozott, és engedélyezte a kutatási engedély iránti kérelemben megjelölt beavatkozással nem járó vizsgálatot.

Felhívjuk a Kérelmező 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 válaszáról. (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.)

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 *235/2009. Korm. 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 *Ákr.* 80. § (1) bekezdésén és az *Ákr.* 81. § (1) és (4) bekezdésein alapul.

A kutatásengedélyezési 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 adópolitikaért felelős miniszterrel egyetértésben kiadott rendeletében meghatározott - igazgatási szolgáltatási díjat kell fizetni." A kérelemben foglaltak alapján az ETT TUKEB megállapította, hogy a tervezett kutatás nem kereskedelmi vizsgálat a *23/2002. EüM. rend.* 20/B. § f) pontja alapján, ezért a Kérelmezőnek eljárási költség, és így igazgatási szolgáltatási díjfizetési 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

Ügyiratszám: BM/15386-1/2023

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 kutatás nem kereskedelmi vizsgálat a *23/2002. EüM. rend.* 20/B. § f) pontja alapján.

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

Budapest, 2023. június 9.

Tisztelettel:

Prof. Dr. Schaff Zsuzsa ETT TUKEB
elnök nevében kiadmányozza:

Dr. Kardon Tamás ETT TUKEB titkár

Kapják:

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

Ügyiratszám: BM/15386-1/2023

Aláíró: Dr. Kardon Tamás Zoltán (2023.06.12. 16:26:41)
ETT TUKEB titkára

ÁBRAJEGYZÉK

Diagramok

1. Diagram Egészségügyi munkaköri tapasztalat (N = 148)	26
2. Diagram Állítás: A szkizofréniában szenvedőknek több személyiségük van (N = 148)	28
3. Diagram Állítás: Tettem már degradáló jellegű megjegyzést szkizofréniára beszélgetéseimben (N = 148).....	29
4. Diagram Állítás: A szkizofréniában szenvedő embereknek több személyiségük van (N = 148).....	30
5. Diagram Állítás: Nehezemre esne egy szkizofréniában szenvedő emberrel beszélgetni. (N = 148).....	30
6. Diagram Biztonságban érezném magam, ha egy szkizofréniában szenvedő emberrel kellene beszélgetnem kettesben (N = 148)	31
7. Diagram Állítás: A súlyos mentális betegségben szenvedő emberek veszélyesek (N = 148)	32
8. Diagram Állítás: Egy súlyos mentális betegségben szenvedő személy képes dolgozni (N = 148).....	32
9. Diagram Mit gondol, ha Ön munkáltató lenne és egy igazoltan szkizofréniában szenvedő ember jelentkezne a meghirdetett állásra, mi lenne az első érzelmi benyomása, amikor a jelentkező betegségről tudomást szerez? (N = 102) Laikusok	33
10. Diagram Mit gondol, ha Ön munkáltató lenne és egy igazoltan szkizofréniában szenvedő ember jelentkezne a meghirdetett állásra, mi lenne az első érzelmi benyomása, amikor a jelentkező betegségről tudomást szerez? (N = 46) Egyézségügyben dolgozók/egykori dolgozók.....	34
11. Diagram Mit gondol, Ön mennyire előítéletes a szkizofréniával élőkkel szemben? (N = 148).....	34
12. Diagram Állítás: Nyitott lennék egy szkizofréniában szenvedő ember megismerésére és tisztább képet kapni a betegségről (N = 148).....	35
13. Diagram Mit gondol, tudja mik a szkizofréniás betegség tünetei? (N = 148).....	35

Táblázatok

1. táblázat A kitöltők lakóhely és végzettség szerinti megoszlása (N = 148).....	27
--	----