



Szakmai összefoglaló jelentés

Egészségügyi dolgozók

(D2.3 Needs assessment reports)

2023. január



**MAGYAR
LGBT+MEDICINA
TÁRSASÁG**



A Sokszínű Egység: Az LGBTQI egyenlőség érvényesítése a szakmai szervezetek munkájában Magyarországon c. projektet az Európai Unió Polgárok, egyenlőség, jogok és értékek programja támogatja. Ez a dokumentum csak a projektpartnerek véleményét tükrözi, kizárólagos felelősséggel ők tartoznak érte. Az Európai Bizottság nem vállal felelősséget a benne található információk felhasználásáért.

Tartalomjegyzék

[Tartalomjegyzék](#)

[1. Összefoglaló](#)

[2. A kutatás kontextusa](#)

[3. Korábbi kutatások](#)

[4. Az interjú kutatás eredményei](#)

[1. Módszertan](#)

[2. Tapasztalatok](#)

[3. Tudás](#)

[4. Attitűdök](#)

[5. LMBTQI szakemberek](#)

[6. Képzési szükségletek](#)

[7. Jó gyakorlatok](#)

[8. Az interjú kutatás összefoglalása](#)

[5. A kérdőíves kutatás eredményei](#)

[1. Módszertan](#)

[2. A minta összetétele](#)

[3. Tapasztalatok](#)

[4. Tudás](#)

[5. Attitűdök](#)

[6. LMBTQI szakemberek](#)

[7. Szükségletek](#)

[6. Következtetések](#)

[7. Felhasznált források](#)

Cím: **UNIDIV - A sokszínű egység: Szakmai összefoglaló jelentés - Egészségügyi dolgozók**

Szerző: **Borissza Eszter**

A kutatás kivitelezője: **Dr Gubán Zsuzsanna**

A kutatásban közreműködött: **Dr Csekő Szél Anna**

Lektorálta: **Bartucz Kristóf, Dudits Luca, Német Erzsébet**

Kiadó: **Háttér Társaság**

Dátum: **2023. január**

Ez a kiadvány ingyenesen letölthető a hatter.hu honlapról.



1. Összefoglaló

A kutatás az egészségügyi szakemberek LGBTQI páciensekkel kapcsolatos tudását és attitűdjeit, valamint az LGBTQI személyek előtt álló kihívásokat kísérelte meg feltárni, ennek során igyekezett beazonosítani a szakemberek képzési szükségleteit és az LGBTQI szakmai szervezetekhez potenciálisan csatlakozó szövetségeket. A kutatásra a Sokszinű Egység: Az LGBTQI egyenlőség érvényesítése a szakmai szervezetek munkájában Magyarországon (UNIDIV) című kutatási, képzési és tudatosságnövelő projekt keretében került sor, amely a szakemberek LGBTQI személyekkel kapcsolatos ismereteinek, készségeinek és attitűdjeinek fejlesztésén keresztül célozza meg az LGBTQI személyekkel szembeni diszkrimináció csökkentését az oktatás, egészségügy, szociális ellátás és pszichológiai támogatás területén. A projekt célul tűzi ki továbbá az LGBTQI személyek igényeinek teljesebb kiszolgálását az érintett területeken, az LGBTQI szakemberek támogatását a munkahelyi beilleszkedésben, előbújásban, valamint a szakemberek, szakmai szervezetek ösztönzését arra, hogy szót emeljenek az LGBTQI egyenlőség mellett. A projekt partnerei a Háttér Társaság, a Magyar LGBT+ Medicina Társaság, a Magyar Pszichológiai Társaság, a Szociális Munkások Magyarországi Egyesülete és a Szimpozion Egyesület.

A kutatásban 12 félig strukturált interjút és 202 kérdőívet vettünk fel egészségügyi dolgozók körében. Az interjúk a következő kérdéskörökre fókuszálnak: i) karrierválasztás (fő motivációk, szexuális irányultság és nemi identitás szerepe a karrierválasztásban), ii) előbújás különböző közegekben (annak előnyei és hátrányai vagy szükségessége) iii) munkahelyi kapcsolatok (munkahelyi közeg, biztonság, elfogadás, homofóbia, diszkrimináció és karrierlehetőségek), valamint iv) az LGBTQI személyek helyzete az egészségügyben (létező vagy szükséges jó gyakorlatok, a helyzet javításának elméleti és gyakorlati lehetőségei). A kérdőív is hasonló témákat ölel fel (identitás, előbújás, biztonság és elfogadás, diszkrimináció, helyzet javításának lehetőségei), emellett az általános LGBTQI kisebbséggel kapcsolatos attitűdökre és véleményekre is rákérdez.

A kutatás fő megállapítása, hogy a magyar egészségügyi ellátórendszer nem képes biztonságos, affirmatív közeget teremteni az LGBTQI páciensek és szakemberek számára, felkészületlen a különleges igényeik ellátására, továbbá a szakemberek ismeretei hiányosak. Az LGBTQI válaszadók nagy része erősen problematizálja a magyar társadalom zártságát és nehezen látja a javulás lehetőségeit, míg a nem-LGBTQI válaszadók (különösen a kérdőívet kitöltők) meghatározó aránya kifejezett érdektelenséget mutat a probléma iránt.

2. A kutatás kontextusa

A kutatás kontextusának ismertetéséhez a Központi Statisztikai Hivatal és a Eurostat egészségügyi dolgozóival kapcsolatos adatait vettük alapul. Ezen adatok alapján Magyarországon az Orvosok Országos Nyilvántartásában szereplő orvosok száma a 2005-ös hirtelen visszaesés óta - a tízezer lakosra arányosított számhoz hasonlóan - lassú tempóban növekszik. 2021- ben számuk 70 683 volt (tízezer lakosra arányosítva 73,0). A dolgozó orvosok számának évről évre történő változása nagyobb szórást mutat, számuk minden évben a nyilvántartásban szereplő orvoshoz képest számottevően alacsonyabb. A nyilvántartásban szereplő orvosok számának lassú növekedésével a különbség egyre nagyobb értéket vesz fel. A dolgozó orvosok száma 2018 és 2021 között az ábrán mutatott módon alakul tételelesen és tízezer lakosra arányosítva (a magánszolgáltatók adataival együtt)¹.

év	dolgozó orvos	
	összesen	tízezer lakosra
2018	39948	40,9
2019	41282	41,3
2020	37188	38,2
2021	38920	40,2

Az adatokból egyértelmű visszaesés olvasható ki a 2020-as évben, ami az arányosított értékben is meglátszik. Ezek az adatok azonban az év közbeni változásokra nem reflektálnak, önmagukban nehezen értelmezhetők az igények ismerete nélkül. Az ellátás állapota és az ellátási igények összefüggéseiről pontosabb képet kapunk, ha a működéshez szükséges és a betöltött állások közötti különbségeket vizsgáljuk. A működéshez szükséges és betöltött orvosi és szakdolgozói állások számának divergenciájáról az alábbi táblázat számol be.

A működéshez szükséges és a betöltött állások közötti különbség minden évben 5.000 fő körül alakul a 2016-os és a 2019-es kilengéseken kívül¹.

¹ KSH STADAT 4.1.1.5. Az egészségügyi ellátás állás és létszám adatai.

https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0005.html [Utolsó letöltés: 2022.09.16.]

év	orvosi			szakdolgozói			össz. különbség
	szükséges	betöltött	különbség	szükséges	betöltött	különbség	
2016	43386,6	41542	1844,6	102724,8	98867,6	3857,2	5701,8
2017	42271,7	40666,5	1605,2	103473	99961,1	3511,9	5117,1
2018	43028,5	41317,5	1711	105002,3	101331,3	3671	5382
2019	43422,3	41676	1746,3	106209,4	102302,2	3907,2	5653,5
2020	41986,6	40451,4	1535,2	104853,1	101305,7	3547,4	5082,6
2021	42596,1	41144,8	1451,3	105344,3	101648,6	3695,7	5147

Az Emberi Erőforrások Minisztériuma KSH által közölt adatai szerint a magyar egészségügyi dolgozók ötvenként felosztott korcsoportba sorolva többé-kevésbé kiegyenlített létszámú csoportokat hoznak létre a 34 év alattiak erős többségével. 2001-ig visszamenőleg az évek túlnyomó többségére elmondható, hogy a 60+ és 65+ korcsoporton kívül minden korcsoportban több a női, mint a férfi egészségügyi dolgozó.²

Az egészségügyi ellátórendszer nem csak humánerőforrásban szegény Magyarországon. A KSH adatai szerint az egy főre jutó egészségügyi kiadások messze alulmúlják az EU27 átlagot³, gyakran annak felét sem érik el. Ezzel együtt elmondható, hogy az egészségügyre fordított kiadások évről-évre növekednek. GDP-arányosan is kiemelkedő a 2020-as év, a 2001 óta történő kis kilengésű trendszerű csökkenés mellett. Az egészségügyre fordított beruházások értéke a 2019-es értékhez képest egy százalékot növekedett⁴ (ezt a világvárvány kezelésére fordított beruházások magyarázzák).

Az Eurostat adatai szerint foglalkozási terület alapján az ápolók száma nagyban meghaladja az összes egyéb foglalkozási területet, lakosságárányos számuk azonban így is az Európai Unió országainak alacsony-közép kategóriájába tartozik. Ez az EU28-hoz/EU27-hez képest való alacsony arányszám gyakorlatilag az összes egészségügyi szakmára érvényes.⁵

Az egészségügyi dolgozók által keresett szakmánkénti átlagkereset ugyancsak elmarad az EU országainak értékeitől. Ezek a többrétű és súlyos strukturális kihívások alapvető és mindennapi nehézségek elé állítják az egészségügyi dolgozókat.

² KSH STADAT 4.1.2.2. A dolgozó orvosok száma korcsoport, nem, megye és régió szerint. https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0045.html [Utolsó letöltés: 2022.09.16.]

³ KSH STADAT 4.1.2.1. Egy főre jutó egészségügyi kiadások [vásárlóerő-paritás, EUR]. https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0054.html [Utolsó letöltés: 2022.09.16.]

⁴ KSH STADAT 4.1.1.2. Egészségügyi kiadások alrendszerenként, a GDP %-ában, egészségügyi beruházási ráfordítás. [Utolsó letöltés: 2022.09.06.] https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0002.html

⁵ Eurostat. (2020). Healthcare personnel statistics—Nursing and caring professionals. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_personnel_statistics_-_nursing_and_caring_professionals [Utolsó letöltés: 2022.09.16.]

Közismert, hogy a magyar nők és férfiak rövidebb és rosszabb minőségű életre számíthatnak európai uniós összehasonlásban és a visegrádi országokban élőkhez viszonyítva is. A betegségek előfordulási gyakorisága, a korai és az elkerülhető halálozás magas aránya nem tükrözi azt, ami az ország gazdasági fejlettsége alapján elvárható volna. Nemzetközi példák sora igazolja, átfogó intézkedésekkel jelentősen javíthatók a rossz egészségi állapotmutatók. Magyarországon azonban továbbra sincs önálló egészségügyi tárca, az egészségügyi szakpolitikai tennivalókat egy, az össze nem illő szakigazgatási feladatköröket egyesítő csúcsminisztérium látja el, így az egészségügyi ágazat közvetlen érdekérvényesítő lehetőségei rendkívül szűkek. Magyarországon a legjelentősebb egészségügyi/ orvosi szakszervezet a Magyar Orvosok Szakszervezete (korábban Magyar Orvosok Szövetsége)(MOSZ), az Orvosegyetemek Szakszervezeti Szövetsége, a Független Egészségügyi Szakszervezet (FESZ) és a Magyarországi Munkavállalók Szociális és Egészségügyi Ágazatban Dolgozók Demokratikus Szakszervezete (MSZ EDDSZ), valamint a vidéki orvosi egyetemek helyi szakszervezetei. Ezek egy része nem vagy csak részben aktív, az aktívak tevékenységének részét képezi a jogsegély, annak iránya azonban nem egyértelmű.

A hazai egészségügyi programok, stratégiák és protokollok nem nevesítik az LMBTQI személyeket. Ez a gyakorlatba is begyűrűzik: az egészségügyi ellátásban hiányoznak az igényeikre szabott szolgáltatások. Egyedül a Magyar LMBT+ Medicina Társaság tűzi napirendre az egészségügyi dolgozók LMBT+ személyekkel szembeni érzékenységének növelését, speciális ellátási szükségleteikkel kapcsolatos tudásának bővítését, valamint az LMBT+ egészségügyi dolgozók érdekvédelmi képviselőit.

3. Korábbi kutatások

A szakirodalomra és korábbi kutatásokra támaszkodva egyértelműen kijelenthető, hogy Magyarországon az LGBTQI személyek társadalmi elfogadottsága alacsony, a magyar ellátórendszer nem képes különleges szükségleteiket kiszolgálni⁶. A hazai szakirodalom elsősorban a szocializációs szintereken megjelenő megkülönböztetésre koncentrált, az LGBTQI személyek egészségügyben megélt tapasztalata viszonylag feltáratlan. Az ilyen jellegű hiánypótló munkák azonban egyaránt figyelmet fordítanak az LGBTQI páciensekre és egészségügyi dolgozókra.

Az MTA Szociológiai Kutatóintézet a Háttér Társasággal és a Labrisz Leszbikus egyesületével több mint 15 éve, 2007-ben végzett kutatást az LGBTQI emberek helyzetével és társadalmi kirekesztettségével kapcsolatban⁶. A válaszadók háromnegyede hátrányosan megkülönböztetett társadalmi csoport tagjaként azonosította magát (ez részben a mintavétel módszertanából is következett), a kutatás így az ő tapasztalataikra és nem a velük szemben konstruált attitűdökre koncentrált. Bár a kutatás fő fókusza a szocializációs intézményekben (család, baráti kör, iskola, média, munkahely, vallási közösség) történő diszkrimináció volt, az eredmények értékelésében az egészségügy is szerepet kapott. A 2007-es kutatás eredményei azt mutatják, hogy családon belül a leszbikus nők gyakrabban tapasztalnak negatív megkülönböztetést, mint a meleg férfiak, míg az oktatási rendszerben ez fordítva van jelen. A fővárosi válaszadók az egészségügyi intézményekben, vallási közösségekben és civil szervezetekben nagyobb, az általános iskolában kisebb mértékű diszkriminációt tapasztaltak, mint a vidéki kitöltők. Az egészségügyben a válaszadók 28%-a szembesült diszkriminációval – főleg véradással és nemi betegségekkel kapcsolatban (ekkor a meleg és biszexuális férfiak még ki voltak zárva a véradásból). Ezt a bánásmódot a szerzők⁶ a dolgozók (orvosok és orvosi testületek) előítéletességéhez és tájékozatlanságához kötik.

A WHO és az ENSZ egyéb szervezetei 2015-ben közös nyilatkozatot⁷ adtak ki a meleg, leszbikus, biszexuális, transznemű és interszex személyekkel kapcsolatos megkülönböztetés mérséklése és az egészségügyi ellátók tudatosságának növelése céljából. Somorjai Noémi tanulmánya⁸ rámutat, hogy a (technológiai) lehetőségek és az információhoz való demokratikusabb hozzáférés jó kiindulási alapot nyújt a tudásbővítéshez és a társadalmi érzékenység növeléséhez. Az (orvos)tudomány fejlődésével a páciensek is egészségtudatosabbá válnak, tudatosságuk révén több esetben és nagyobb biztonsággal jelezhetik a többségitől eltérő szexuális irányultságukat illetve nemi identitásukat, ami egyúttal szükségessé teszi az egészségügyi dolgozók megfelelő tájékozottságát, informáltságát és tudását a különleges

⁶ Takács, J., Mocsonaki, L., & P. Tóth, T. (2008). A leszbikus, meleg, biszexuális és transznemű (LMBT) emberek társadalmi kirekesztettsége Magyarországon. Kutatási Zárójelentés. MTA Szociológiai Kutatóintézet Budapest 16–54.

⁷ World Health Organization. (2015). *Ending violence and discrimination against lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex people*. [Utoljára megnyitva: 2022.09.16.] <https://www.who.int/news/item/29-09-2015-ending-violence-and-discrimination-against-lesbian-gay-bisexual-transgender-and-intersex-people>

⁸ Somorjai, N. (2021). A nemi kisebbségekhez tartozó személyek orvosi ellátásának aktuális kérdései. *Orvosi Hetilap*, 182. évfolyam 32. szám, 1267–1274.



igényekről, a megemelkedett egészségügyi kockázatokról és az egészségmegőrzési lehetőségekről.

Szél, Csekő és Győrffy tanulmánya⁹ az orvosok vulnerabilitásának befolyásoló tényezői között az LMBTQI szakembereket érő stresszt említi. A kutatás rámutat, hogy az Egyesült Államokban az 1980-as években már jelenlévő diskurzus az elmúlt 5 évben kezd Magyarországon is megjelenni. Ennek mentén pozitív irányú változás indul meg, egyre több hallgató és szakember mer előbújni az oktatási vagy a munkahelyi közegben. Bár a témával általánosságban egyre több publikáció foglalkozik, megalapozva a nagyobb mértékű elfogadás felé való mozdulást, általános tendencia, hogy a mai nyugati diskurzushoz és gyakorlatokhoz képest a magyar helyzet jelentősen elmarad. A korábbi kutatások és tanulmányok általános tanulsága tehát, hogy Magyarország úton van az elfogadás és a diszkriminatív gyakorlatok felszámolása felé, de ez a haladás a nyugati országokhoz képest lassú és az erőforrások hiánya csökkenti annak léptékét.

⁹ Szél, Z., Csekő, C., & Győrffy, Z. (2016). Láthatóság és életminőség—Nemzetközi szakirodalmi áttekintés az LMBTQ gyógyítók helyzetéről. *LAM- tudomány*, 2016;26(1-2), 11–18.



4. Az interjú kutatás eredményei

1. Módszertan

A projekt keretében 12, egyenként 30-40 perces félig strukturált interjú készült egészségügyben dolgozó orvosokkal és szakdolgozókkal. Az alanyok kiválasztásánál és megkeresésénél a mintanagyság miatt hangsúlyos szempont volt a sokszínűség nem, életkor, szakterület, településnagyság és LMBTQI érintettség szerint. Az alanyok közel fele – 5 interjúalany – nem tagja az LMBTQI populációnak. A válaszadók nem szerinti megoszlása arányos, öten kezdő orvosok vagy rezidensek, ketten háziiorvosi rendelőben, ketten szakrendelőben, ketten egyéb egészségügyi munkakörben dolgoznak.

Az interjúk összehasonlíthatósága érdekében a kutatás standardizált interjúvázlatot használt. Az alanyok a projektről tájékoztatólapot kaptak, hogy hozzáférjenek az összes releváns információhoz, továbbá az adatvédelmi és etikai alapelvek biztosítása érdekében beleegyezési nyilatkozatot írtak alá. A hanganyagok legépelésre kerültek, a tartalmukról összefoglaló táblázat készült.

Az interjúk elemzése során az elbeszélések jellege, attitűdök és általános tapasztalatok különböző független változók mentén is csoportosulnak. Általános, hogy az egy irányba mutató vélemények és tapasztalatok narrálói hasonló demográfiai kategóriákba tartoznak. A következőkben az interjú vezérfonál által tematizált kérdéskörök a következő vélemény - és attitűdcsoportok mentén lesznek tárgyalva: 1) LMBTQI egészségügyi dolgozók (munkakezdők vagy rezidensek) 2) nem-LMBTQI egészségügyi szakértők – akiken belül 2a) vidékiek vagy alacsonyabb iskolai végzettségűek, 2b) magas iskolai végzettségűek.

A vázlat fő kérdései 1) a karrierválasztás, 2) az előbújás, 3) a munkahelyi kapcsolatok és 4) az LMBTQI személyek helyzete az egészségügyben témák köré szerveződnek. A vezérfonál ezen belül részletesen kitér a szexuális orientáció szerepére a pályaválasztásban, annak hatására a karrierben, a munkahelyi előbújással járó esetleges előnyökre és hátrányokra, továbbá arra, hogy az alany mennyire érzi magát elfogadottnak és biztonságban a munkahelyén, tapasztal-e homofóbiát, diszkriminációt, hátrányt a karrierje építésében. Az utolsó téma magában foglalja az LMBTQI személyek általános helyzetét, a társadalmi/szakmai hozzáállást, valamint az esetleges javaslatokat a jelenlegi helyzet javítására és a már létező jó gyakorlatokat.

2. Tapasztalatok

Demográfiai -és attitűdcsoportól függetlenül, a válaszadók elutasítják az LMBTQI páciensek hátrányos megkülönböztetését. Egy csoportjuk szerint nem szorulnak a sztereotípiától eltérő bánásmódra, így ellátásuk nem igényel különleges tudást, figyelmet. Mások épp ennek ellenkezőjét hangsúlyozzák. Az 1) és 2b) csoportba tartozó válaszadók szerint sztereotípiás ellátásuk nem elégséges: speciális igényeik ismeretével biztosítható a diszkriminációmentes, inkluzív ellátásuk.



Többek szerint az egészségügyi ellátásban a szexuális orientáció nem releváns szempont, rákérdezni csak akkor érdemes, ha olyan a szakterület, ahol számít a kockázat (nemi úton terjedő betegségek). Szinte az összes válaszadó a szexuális orientációra koncentrált, az interszex és transznemű betegek különleges igényeit rákérdezés után fejtik ki. A 2a) attitűdcsoporthoz tartozók szerint ezek az esetek annyira ritkák, hogy specialistára lenne szükség.

A 2b) csoporthoz tartozó válaszadók mindegyike hangsúlyozza, hogy az LMBTQI közösséghez tartozók fiziológiai, pszichikai és környezeti kockázatnak is ki vannak téve a társadalmi élet valamennyi színterén. Erre az egészségügyben jelenlévő diszkrimináció még inkább ráerősít, illetve a betegek eleve nehezebben fordulnak orvoshoz a negatív tapasztalattól való félelem miatt. Szerintük az lenne a cél, hogy destigmatizációval és demisztifikálással a téma semleges kérdéssé váljon az egészségügyben: negatív pszichikai tapasztalatok és következmények nélkül megvitatható legyen.

A mintában szereplő háziorvosok kiemelik, hogy az ő szakterületük a páciensek személyesebb ismeretét kívánja meg, ennek ellenére egyikük sem ismer annyit LMBTQI páciensről, mint amennyit statisztikailag jár hozzájuk. Általánosságban az LMBTQI egészségügyi dolgozók arról számolnak be, hogy gyakran találkoznak LMBTQI páciensekkel, míg a cisz/hetero adatközlők jellemzően azt hangsúlyozzák, hogy egyáltalán nem vagy alig van ilyen páciensük vagy kollégájuk. Ez az egyértelmű törésvonal a heteronormativitásról és az LMBTQI populáció ignorálásáról árulkodik.

A betegeket érő negatív megítélés kapcsán többen említik, hogy a homofóbia gyakran nem explicit a páciensek felé, hanem a vizsgálat után a munkatársak között realizálódik rosszindulatú megjegyzések, viccek formájában. Ugyanakkor a páciens ilyen jellegű kigúnyolása érzékenyen érinti azokat a munkatársakat, akik a munkahelyen (részben ezek miatt) nem vállalják fel szexuális irányultságukat vagy nemi identitásukat.

3. Tudás

Az interjúalanyok többsége eltérő mértékben ugyan, de problematizálja az LMBTQI emberekkel kapcsolatos tudás hiányát. A kisebb városokból származó és alacsonyabb iskolai végzettségű válaszadók úgy gondolják, mivel nagyon kevés esetben találkoznak LMBTQI betegekkel, ezért elég csupán bizonyos esetekben utánanézni, szükségük van-e más ellátásra. Az, hogy az 1 és a 2b) attitűdcsoporthoz tartozók gyakran, míg a 2a) csoport tagjai ritkán találkoznak LMBTQI beteggel vagy kollégával két okra is visszavezethető. Egyrészt a kisebb vidéki városokban kevesebben tudják felvállalni a szexuális orientációjukat, így elrejtik azt a külvilág elől, illetve általános tendencia, hogy fiatalok közül sokan elfogadó(bb) közeget remélve Budapestre költöznek. Másrészt vélhetően a 2a) csoport tagjai társadalmilag kevésbé érzékenyek a szexuális és nemi kisebbségekkel szemben, így nem vesznek tudomást arról, hogy sok páciensük az LMBTQI közösség tagja.

Az 1 és 2b) csoportba tartozó interjúalanyok egyértelműen elégtelennek találják az egészségügyi oktatásban az LMBTQI páciensekről és igényeikről megszerezhető ismereteket, noha a szexuális orientációt vagy nemi identitást releváns kérdésnek tartják a gyógyításban. Megállapítható, hogy ezen csoportok tagjai sokkal nyitottabbak az ilyen irányú képzésekre.



Közülük többen említik, hogy függetlenül az elfogadás mértékétől, Magyarországon nagyon hiányos a tudás arról, hogy a különböző szexuális és nemi kisebbségeket leíró kifejezések mit takarnak. Általánosságban elmondható, hogy azok férnek hozzá tudáshoz és információkhoz LMBTQI témában, akik tudatosan keresik azokat.

4. Attitűdök

Kutatásunkban attitűdön az LMBTQI válaszadók esetében az általuk tapasztalt, feléjük és a közösség más tagjai felé tanúsított hozzáállást, míg a nem-LMBTQI válaszadók esetében a saját, LMBTQI személyekre irányuló viszonyulását értjük. Az interjúalanyok többsége kitér rá, hogy az egészségügyben tapasztalt homofóbia vagy szexizmus kifejezetten szakterület függő. A legrelevánsabb szakterület a pszichiátria és a bőr- és nemibeteg-gondozó. Míg a pszichiátriát többen elfogadóbbnak és kevésbé kirekesztőnek tartják, a bőr- és nemibeteg-gondozóval kapcsolatosan egymással ütköző narratívákkal találkozunk. Néhányan feltételezik vagy tapasztalják, hogy az ott dolgozók sokkal elfogadóbbak, hiszen napi szinten nemi úton terjedő betegségekkel foglalkoznak. Mások szerint azonban az LMBTQI betegeket erősebben érintik az előítéletek és megkülönböztetés ezen a szakterületen: az ott dolgozók nem hoznak létre biztonságos környezetet, gyakran explicit módon tesznek homofób megjegyzéseket.

Többen úgy vélik, hogy már így is túl nagy politikai és társadalmi figyelem hárul az LMBTQI ügyekre, és meglátásuk szerint az LMBTQI emberek jogainak érvényesülése a többségi társadalom jogainak csorbulásával jár. Az 1 és 2b) csoport tagjai ezzel szemben egyöntetűen gondolják azt, hogy az egyenlő bánásmód érdekében magas fokú edukációra lenne szükség, olyan alapvető jelleggel, ahogy más életmódbeli tényezőket is morálisan semlegesnek tart az orvoslás.

Noha a nagy a bizalmatlanság az LMBTQI kisebbséggel szemben (részben a politikai kommunikáció által fűtött társadalmi diskurzusban), az egyének a személyes kapcsolataikban és mikroközösségeikben kevésbé előítéletesek: az ismerőst jellemzően személyisége és munkája alapján ítélik meg. A 2a) attitűdcsoporthoz tartozó egyik válaszadója, noha maga sem különösebben elfogadó, a magyar társadalom diszkriminatív attitűdjét külön kiemeli. Egyedül ő említi, hogy nemcsak az egészségügyi dolgozók és orvosok betegek felé tanúsított attitűdjében jelenik meg az előítéleteség, ha egy orvostól kiderül, hogy az LMBTQI közösséghez tartozik, hanem a páciensek is kevésbé szívesen fordulnak hozzá. Az interjúalanyok narratívái is lekövetik a magyar társadalomra jellemző homofóbiát és előítéleteséget.

Az első csoportnak azon tagjai, akik a munkahelyükön nem bújtak elő, szekunder homofóbiáról számolnak be, ahol nem személyesen őket éri megkülönböztetés vagy negatív tapasztalat – hiszen a munkatársak nem tudják explicit módon, hogy az LMBTQI közösség tagjai – hanem a másokkal szembeni rosszindulatú vicceket vonatkoztatják magukra, esetleg közelebbi kollégáktól hallanak vissza a megjelenésükre vagy habitusukra vonatkozó előítéletes vagy gúnyolódó megjegyzéseket.



5. LMBTQI szakemberek

Az LMBTQI szakemberek tapasztalatainak elemzésében nyilvánvalóan az első csoport interjúi relevánsak csupán. Az érintett kérdést vizsgálva azonban két újabb csoport jelenik meg, amelyek mentén a vélemények konvergálnak egymáshoz. Ezek 1a) akik a munkahelyükön felvállalják szexuális orientációjukat vagy nemi identitásukat és 1b) akik nem vállalják fel. Az interjúalanyok többsége kitér arra, hogy nagyon kevesen tudják a munkahelyükön felvállalni, hogy LMBTQI emberek, ezért egyértelműen olyan általános társadalmi közeget kellene kialakítani, ahol ez nem merül fel problémaként.

A válaszadók egy része kontrasztba állítja a magyar LMBTQI egészségügyi dolgozók helyzetét az általános helyi társadalmi közegben a nyugati, nyitottabb országokéval. Noha a törés a magyar vidék és főváros vagy nagyobb városok között is megjelenik, sok esetben a negatív megkülönböztetés és általános bizalmatlanság fő okaként a kirekesztő magyar politikai retorika szerepel.

Az egészségügyön belül számos szakterület döntően feminin vagy döntően maszkulin szakmaként van számontartva, ezért az ellenkező nemű dolgozókat szexuális orientációtól függetlenül érheti megkülönböztetés. Az interjúalanyok által tapasztalt, de nem feléjük irányuló homofóbia az 1b) csoport tagjait megerősíti abban, hogy továbbra se bújjanak elő.

A két alcsoport válaszadói egyetértenek abban, hogy minél többen bújnak elő a munkahelyükön is, másoknak annál könnyebb lesz a későbbiekben. Ennek ellenére a mintában szereplő LMBTQI alanyok fele nem vállalja fel szexuális orientációját, nemi identitását a munkahelyén. Általános, hogy saját negatív tapasztalataikat nem a munkahelyen szerzik, inkább csak félnek attól, hogy megváltozna a róluk kialakított kép a munkahelyükön, vagy nem érzik azt annyira biztonságos közegnek, hogy ezt az információt is megosszák magukról. Jellemzően nem látják annak veszélyét, hogy a karrierjükre vagy reputációjukra hatással lenne a nemi identitásuk illetve szexuális irányultságuk felvállalása, azonban elmondásuk szerint az erősen hierarchizált magyar egészségügyi rendszerben a kirekesztő attitűd nagyon is jelen van.

Egy irányba mutat a vélemény azt illetően, hogy őket, mint egészségügyi dolgozókat a munkájuk és a személyiségük alapján ítélik meg, akkor is, ha felvállalják az LMBTQI közösséghez való tartozásukat. Az előbújás fontosságát vagy hiányát személyes szinten értékelik. Többen kiemelték, hogy az egyénnek személyesen fontos az, hogy láttattassa magát és megértésben részesüljön, a munkahelyén is önmaga lehessen és a kollégái ezzel együtt fogadják el. A mindennapi beszélgetések és találkozások szintjén is kihívást jelent számukra önmaguk közvetítése úgy, hogy énjüknek ezt a részét háttérben hagyják. Egy válaszadó kiemeli, hogy Magyarországon viszonylag könnyű úgy beszélnie a mindennapjairól, hogy például a párja nemét nem konkretizálja. Azzal együtt, hogy viszonylag sok mindent megoszthat magáról párkapcsolati témában is, úgy érzi, mégsem tud teljesen önmaga lenni. Legtöbben úgy találják, hogy a munkakörnyezetben ez egy rendkívül érzékeny téma, még ha általánosságban elfogadó is a közeg. A betegek vagy alacsonyabb iskolai végzettségű kollégák és egyéb nem-egészségügyi dolgozó kollégák felől közvetlenül nem érzékelnek homofób, kirekesztő hozzáállást, de a hétköznapiakban, az intézményen kívül ez a jellemző tapasztalat.



6. Képzési szükségletek

Az LMBTQI témájú képzések és információhoz való hozzáférési lehetőségek kapcsán sokan azok elégtelenségét és az ehhez szükséges erőforrások hiányát emelik ki. Nagyon kevesen találtak tanulmányaik alatt ilyen irányú képzéssel, előadással, az egyetemi oktatásban a kérdéskör egyáltalán nem jelent meg. Néhányan részt vettek egyéb – civil szervezetek vagy csoportok által szervezett – képzéseken előadásokon, amelyek azonban csak célzott kereséssel érhetőek el.

A 2a) attitűdcsoporthoz nem tartja szükségesnek az ilyen képzéseket és a figyelemfelhívást. A legtöbb válaszadó azonban nagyon fontosnak tartja, hogy minél hamarabb megtörténjen az érzékenyítés és tudásteremtés. Néhányan azt gondolják, hogy az LMBTQI betegek különleges szükségleteit integrálni kellene a tanrendbe, mások azt, hogy visszatetszést kelthet, ha egy ilyen képzés kötelező. Úgy vélik, a széleskörű lehetőséget kellene megteremteni rá, noha vitatják, hogy magas lenne az érdeklődés ilyen lehetőségek iránt.

A képzések témáiként a definíciók tisztázását, az általános érzékenyítést, az LMBTQI személyek szociális és társadalmi helyzetét és a különleges szükségletek ismertetését emelik ki. Többek szerint minden egészségügyi dolgozónak szüksége lenne az ilyen típusú képzésekre iskolázottsági szinttől függetlenül. Közülük is kiemelten az ápolóknak, mivel ők állnak legszorosabb kapcsolatban a betegekkel. Ahhoz, hogy az LMBTQI páciensek igényeikre szabott ellátásához érzékenyítésre és élményalapú képzésekre lenne szükség, mivel sokan nem rosszindulatból elutasítók, hanem egyszerűen bizalmatlanok és előítéletesek az ismeretlennel szemben.

Néhányak szerint nemcsak az egészségügyben lenne ez fontos, hanem az alaptantervbe integrálva kellene elkezdni a kérdés tematizálását, hogy ne alakuljanak ki ismerethiányból fakadó sztereotípiák már fiatal korban. A megvalósulás formájaként többen a képzésnapokat, workshopokat javasolják, továbbá a képzés személyes, élményalapú, kiscsoportos jellegének fontosságát majdnem mindenki kiemeli.

7. Jó gyakorlatok

A válaszadók többsége nem ismer magyarországi jó gyakorlatokat. Sokan csak a negatív intézkedéseket emelik ki (nem- és névváltoztatásról szóló törvény, médiában való megjelenés korlátozása), amik tovább rontják az LMBTQI személyek általános társadalmi megítélését. A jogszabályokat, irányelveket illetően említésre kerül a betegjogi képviselő, az Amerikai Pszichiátriai Társaság affirmatív ellátással kapcsolatos protokollja, egyéb jogvédő szervezetek, és az, hogy intézményi szinten lehet a feletteshez fordulni. Néhányan megjegyzik, tudnak a jogsegély szervezetek és irányelvek létezéséről, de nem tudják megnevezni ezeket.

LMBTQI témájú kutatásokat, kiadványokat sem sokan ismernek. Többen említik, hogy egyetemen belül találtak ilyesmikkel, hogy tudnak kezdeményezésekről, de megnevezni ezeket sem tudták. Néhányan említést tettek a Melegség és Megismerés programról, a Háttér Társaságról és az Amnesty Internationalról. Úgy látják, hogy nehéz ma Magyarországon jó



gyakorlatokat kialakítani és találni, ennek ellenére többen optimisták a jövővel kapcsolatban. Úgy látják, bár az elfogadás és nyitottság mértéke alulmarad a nyugati országokhoz képest, látják a társadalmi változás lehetőségét, és egy kismértékű javulást.

Többen úgy vélekednek, hogy a magyar társadalom idősebb tagjai szocializációs mintázataik miatt sokkal kevésbé elfogadóak, de ahogy idővel a mai fiatalabbak veszik át a munkaerőpiaci helyüket, a helyzet elmozdul egy nyitottabb társadalmi környezet felé.

8. Az interjúkutatás összefoglalása

A kutatás kvalitatív (interjúk) része alapján a következő problémakörök körvonalazódnak 1) a magyar egészségügyi rendszer erősen hierarchizált, bizonyos szakterületek meghatározott nemi szerepeket várnak el, így gyakori a munkahelyi szexizmus és homofóbia, 2) a magyar politikai intézkedések, szakpolitikák és társadalmi diskurzus gyakran az LMBTQI populáció ellen irányuló sztereotípiákra építenek, amelyek begyűrűznek a társadalmi alrendszerekbe, így az egészségügybe is 3) erőforrás, hozzájárulás és nyitottság hiányában nehéz jó gyakorlatokat, képzéseket találni, 4) az egészségügyi dolgozók férnek hozzá LMBTQI betegek ellátási igényeivel kapcsolatos tudáshoz, kiemelten marginális ismeretekkel rendelkeznek az interszex- és transzegészséggel kapcsolatban.

Az előbbieken részletezettek alapján egyértelmű a narratívák demográfiai megoszlása. A vélemény csoportok is az általános demográfiai megoszlást tükrözik: minél kisebb településről származik és minél alacsonyabb iskolázottságú az egyén, annál valószínűbb, hogy az LMBTQI személyek felé negatív attitűdöt képvisel. Ezek a jelenségek az interjúk során is megjelennek a személyes tapasztalatok általánosításánál. Az első csoport közös tapasztalata, hogy Magyarországon a törvényhozás, a politikai retorika és az annak kapcsán kialakuló társadalmi vélemény is kirekesztő, az LMBTQI közösség tagjai napi rendszerességgel szembesülnek implicit vagy explicit homofóbiával, transzfóbiával. A mi és ők törésvonal élesebben jelenik meg az LMBTQI egészségügyi dolgozók és nem-LMBTQI betegek, valamint az LMBTQI betegek és nem-LMBTQI egészségügyi dolgozók között, mint a szakterületen belül. Ezen felül visszatérő probléma az egészségügyben dolgozók hátrányos helyzete, a munkakörülmények, az általános társadalmi, (szak)politikai, és a pénzügyi elégtelenségek következtében egyaránt. Az LMBTQI egészségügyi dolgozókat tehát az interjúk alapján mind szakterületük, mind szexuális orientációjuk vagy nemi identitásuk okán többszörös, interszekcionális hátrányok érik.



5. A kérdőíves kutatás eredményei

1. Módszertan

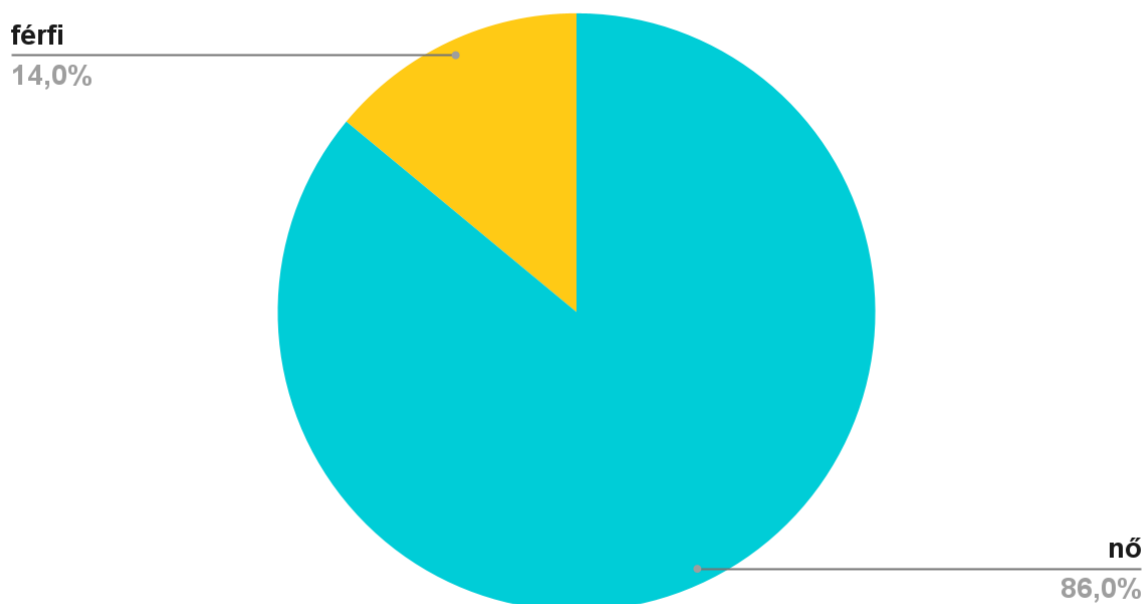
A jelentés kvantitatív adatokra támaszkodva is reflektál azokra a tapasztalatokra, amikről az interjúalanyok beszámolnak. A kérdőíves kutatást kitöltők társadalmi-gazdasági összetétele vegyesebb, így azokat a véleményeket és attitűdöket, amiket az LMBTQI válaszadók az interjújukban kifejtene a többségi magyar társadalommal kapcsolatban a kvantitatív kutatásban a nem-LMBTQI szakemberek részéről tematizálnánk. A kérdőíves módszer eredményeinek elemzése alapján egyértelműen detektálhatók az attitűdök, vélemények és tapasztalatok demográfiai függő változói. Emellett egyértelműen megállapítható, hogy bizonyos vélemények és tapasztalatok rendkívül általánosak a 202 kitöltő között.

A kérdőívek kitöltése önkitöltéses formában zajlott online módon, 202 válaszadóval. Az elemzett minta minden kitöltése érvényes, visszaélés, duplikáció miatt nem kellett egy választ sem törölni. Az adatok elemzése az adatok kódolása és tisztítása után Python program segítségével történt, az attitűd változókat regressziós modellek segítségével vizsgáltuk.

2. A minta összetétele

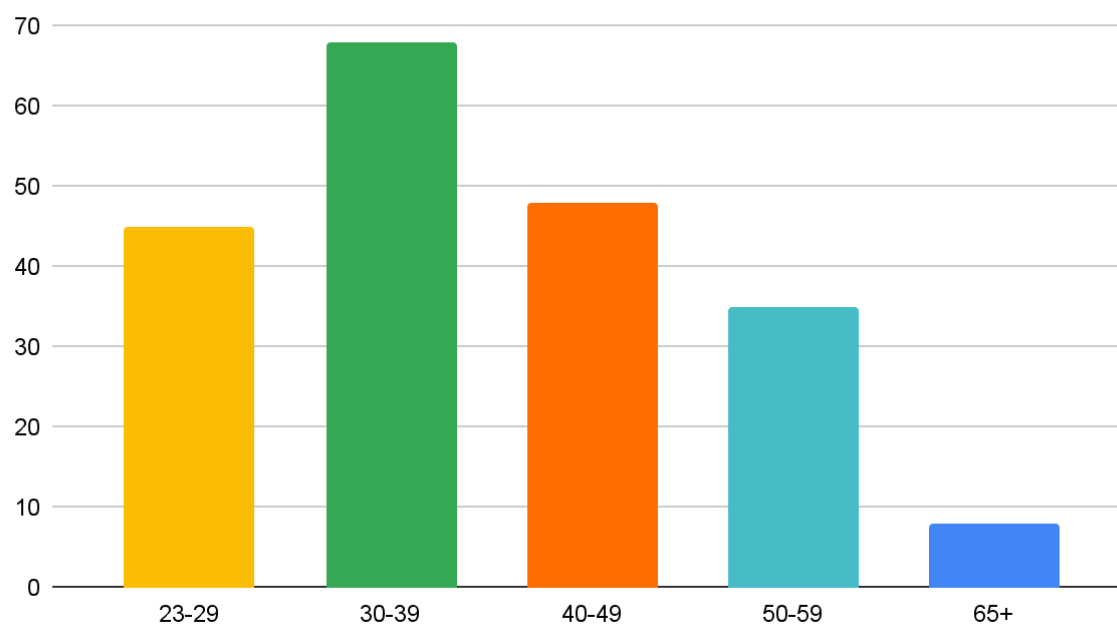
A mintában szereplő demográfiai összetételét az alábbi ábrák szemléltetik.

1. ábra: A minta nemek szerinti megoszlása



A mintában szereplők 86%-a (174 válaszadó) nő, és 14%-a (27 válaszadó férfi). Nem minden válaszadó cisznemű, köztük két transznemű és két nem-bináris személy szerepel.

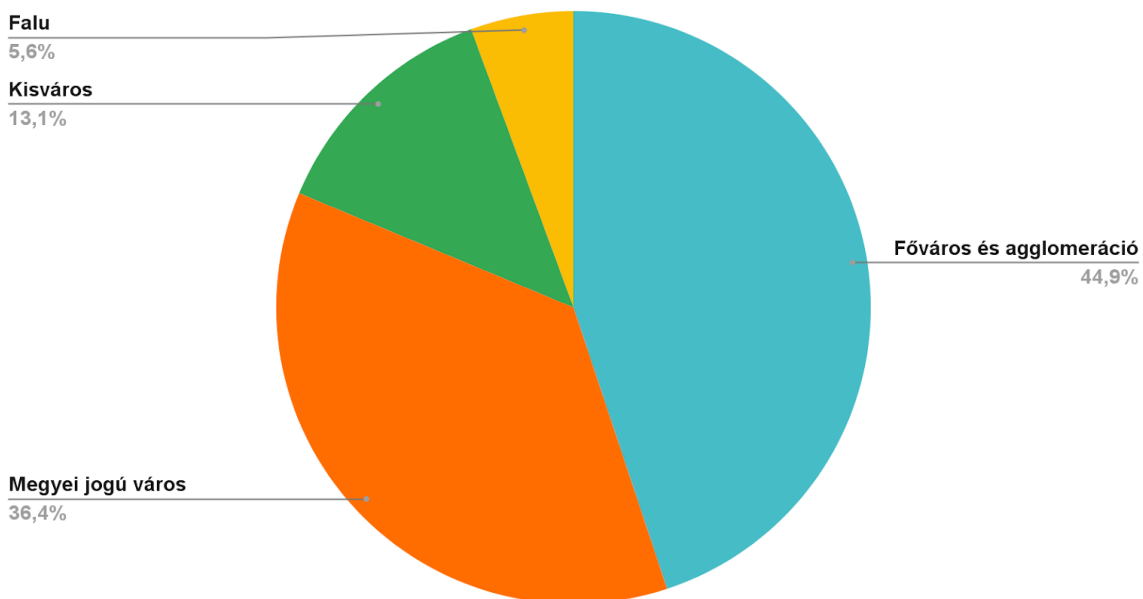
2. ábra: A minta korcsoportok szerinti megoszlása



A korcsoportok szerinti megoszlásban a legtöbben a 30 és 30 éves kor közé eső csoportba tartoznak, a legkisebb a 65+ korcsoport száma.

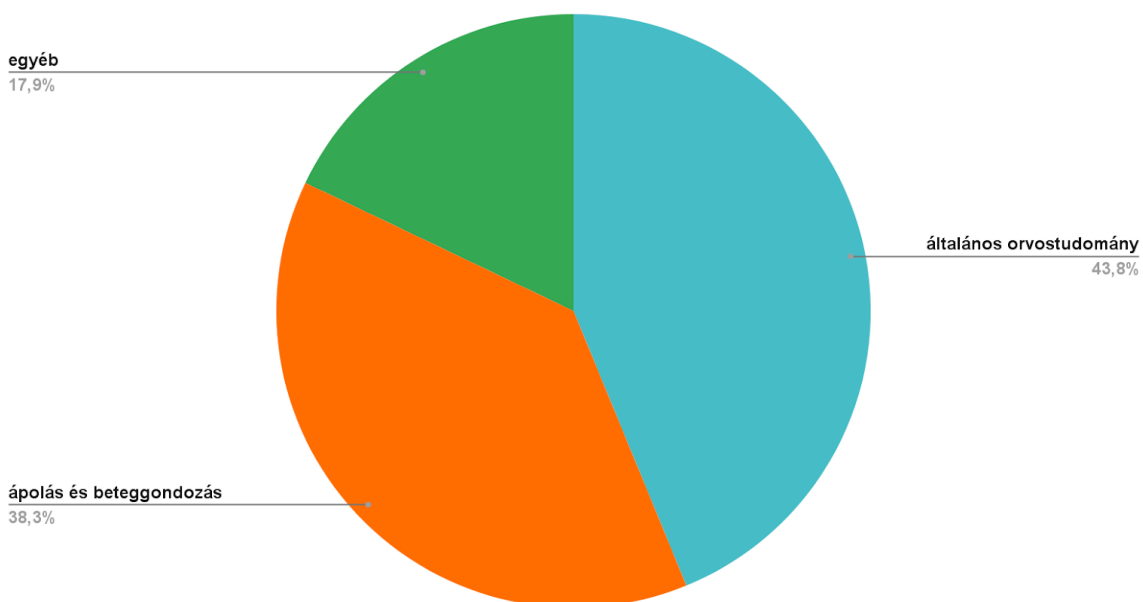


3. ábra: Megoszlás településtípus szerint



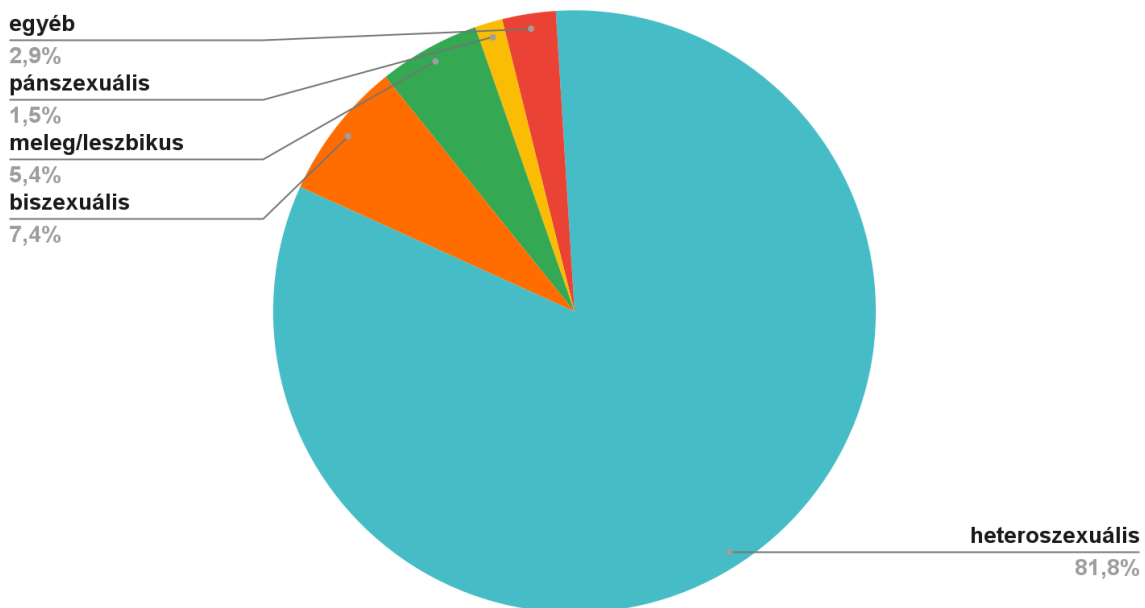
Településtípus szerint a mintában szereplő személyek több mint harmada (44%-a) Budapesten vagy vonzáskörzetében dolgozik, a kisvárosban vagy falun dolgozó kitöltők együtt a minta populáció mindössze 18%-át teszik ki.

4. Ábra: Megoszlás szakterületek szerint



A minta túlnyomó részében általános orvosok, ápoló és beteg gondozó munkakörben dolgozók szerepelnek, ez a két csoport kiteszi a minta több mint kétharmadát. A harmadik legnagyobb csoport az egyéb kategória, aminek fő oka lehet, hogy azt a kategóriát választók munkaköre több szakterületet is magába foglal, így nem mutatkozik akkora elaprózódás.

5. ábra: Megoszlás szexuális orientáció szerint



A minta döntő többsége nem tagja az LMBTQI kisebbségnek, magát heteroszexuálisnak vallja. Az LMBTQI személyek közül legtöbben a meleg/leszbikus vagy a biszexuális kategóriát jelölték meg identitásként. Arra a kérdésre, hogy a saját családjukban vagy közeli baráti körükben van-e LMBTQI személy, a válaszadók 70%-a válaszolt igennel, többségük a fővárosból vagy annak agglomerációjából származik.

3. Tapasztalatok

A "találkozott-e már a következő szexuális vagy nemi kisebbséggel" kérdésre az aszexuális, transznemű, interszex és queer esetében a válaszadók több mint a fele válaszolta, hogy nem, vagy nem tud arról, hogy a páciens ehhez a kisebbséghez tartozott volna, míg a meleg, leszbikus és biszexuális kisebbségre vonatkozóan a válaszadók nagy többsége a "volt már ilyen betegem" vagy a "több ilyen betegem is volt" választ jelölte meg.

A válaszadók az LMBTQI populáció irányába a rezidenseket tartották a legelfogadóbbnak, az ápoókat pedig a legkevésbé elfogadónak, de minden szakmára vonatkozólag a "sem elfogadó, sem kirekesztő" volt a leggyakoribb válasz. Az értékeket összesítve a sorrend (legelfogadóbbtól a legkevésbé elfogadóig) a következő: rezidens, szakorvos, adminisztrátor, mütős, ápoló.

A különböző LMBTQI csoportok közül a válaszadók az egészségügyben a legkevésbé elfogadottnak a transzneműeket tartották, de általánosan alacsonyra tették az elfogadottságát



minden szexuális kisebbségnek. Az összevont értékek alapján a sorrend (legelfogadottabbtól a legkevésbé elfogadottig) a következő: leszbikus, biszexuális, pánszexuális, interszex, meleg, queer és transznemű. Az értékek mindkét esetben kifejezetten alacsonyak, egyértelműen megmutatkozik az egészségügy zártsága és az LMBTQI kisebbsége felé érkező diszkrimináció. Mivel a válaszok között a legtöbb semleges, egyéb szignifikáns demográfiai csoporthoz köthető összefüggés nem figyelhető meg.

4. Tudás

Általánosságban jellemző a kérdőívet kitöltőkre, hogy az LMBTQI páciensek különleges igényeiről keveset tudnak. Noha a leggyakoribb válasz (69%), hogy a magyar egészségügyi oktatásban az LMBTQI témák előfordulása nem elégséges, többen kifejezetten soknak tartják annak megjelenését az egészségügyi diskurzusban.

Az LMBTQI témákhoz való hozzáférés és a tanulásra való lehetőség kapcsán összeállított kérdésblokk egyesével tematizál LMBTQI-specifikus problémákat. A válaszok egyszerre mérik a képzés elérhetőségét és a válaszadó hozzáállását az adott területhez vagy témához. A legtöbb problémával kapcsolatban a leggyakoribb válasz a "még nem tanultam az adott problémáról, de szívesen foglalkoznék vele". Ez alól kivétel a nemi betegségek témaköre, ahol az általánosan adott válasz, a "volt szó róla az oktatás során és elégnék is érzem a kapott információt" volt. Az LMBTQI egészségügyi alapfogalmak, az LMBTQI személyek szexuális, mentális és szomatikus egészsége, valamint az LMBTQI személyeket érintő betegjog kapcsán a második leggyakoribb válasz a "nem volt rá lehetőség, de szívesen foglalkoznék vele" után a "volt szó róla és elégséges is volt a kurzus" volt. Ezzel szemben az összes többi kérdés jóval megosztóbb, esetükben a második leggyakoribb válasz, hogy a kitöltő nem találkozott a témával, de nem is érdeklí őt. A súlyozott átlagérték alapján a legkevésbé támogatott, de eleve jobban ismert témák az előbb említett nemi betegségek és a szív-érrendszeri betegségek az egészségügyben.

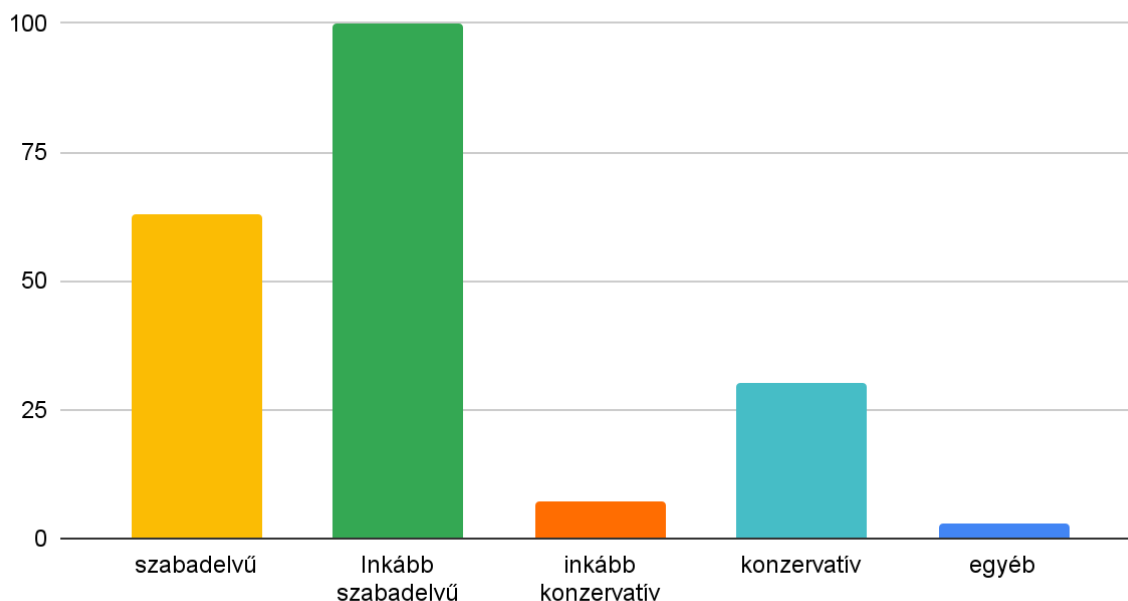
A kérdésre, hogy válaszadó mennyire érzi magát magabiztosnak abban, hogy a szexuális és nemi kisebbségek csoportjaira használt kifejezések tartalmát megfelelően érti hét fokú skálán lehetett válaszolni ennek ellenére nem csak a leggyakoribb, hanem a legmagasabb érték is az ötös, tehát legtöbben viszonylag magabiztosnak érzik magukat, viszont ennél magasabb értéket nem jelölnek.

5. Attitűdök

Az attitűd változók vizsgálatánál feltűnő összefüggés figyelhető meg az értékrendváltóval. Az értékrend változó gyakorlatilag a liberális-konzervatív skála egy formája. Általánosan elmondható, hogy az alacsonyabb iskolai végzettség, a magasabb kor és a kisebb településről való származás valószínűbbé teszi a konzervatív értékrendet az attitűdskálán. Ezt mutatja az is, hogy a válaszadók többsége budapesti, magasabb iskolai végzettségű, így az értékrendváltó értékei is ebben az irányba felülreprezentáltak.



6. ábra: A válaszadók értékrendje



A melegekkel és leszbikusokkal kapcsolatos vélemény változók általánosan egy irányba mutatnak, vannak azonban bizonyos kérdések, amik kiemelkedően különböznek. A kérdések nagyobb része erősen negatív véleményt fogalmaz meg a meleg és leszbikus személyekről és az azokkal való egyetértést méri. Közülük négy vagy erősen pozitív állítást fogalmaz meg, vagy a meleg és leszbikusok egyenlő bánásmódhoz való hozzáféréseinek elégtelenségét hangsúlyozza. Melegekre és leszbikusokra vonatkoztatva ugyanazok a kérdések mutatnak némi eltérést, de nem állapítható meg egyértelműen, hogy valamelyik csoport felé nagyobb lenne az előítéletesség.

A kérdőív az LMBTQI személyek irányába tanúsított attitűdök azonosítását célozta meg. Általánosan elmondható, hogy konzervatív vagy inkább konzervatív válaszadók válaszaik konzisztensen magasabb értéket vesznek fel a negatív megállapítások és alacsonyabbat a pozitív megállapítások kapcsán. A fővárosi magasabb iskolai végzettségű kitöltők felülreprezentáltsága itt is megmutatkozik: a kérdések mindegyikénél – a negatív irányúaknál a legkisebb, a pozitívaknál a legnagyobb – a magasabb fokú elfogadásról tanúskodó válaszok a leggyakoribbak.

Az LMBTQI betegek felé irányuló diszkrimináció és homofóbia mérésére alkalmas kérdésblokk olyan kérdéseket fogalmaz meg, ahol a válaszadónak egy elképzelt szituációban kell értékelni az érzéseit. A válaszok egyértelműen az elfogadásra és egyenlő bánásmódra való törekvésre utalnak. Minden esetben döntően az a legmagasabb érték, ami ellentétes az állítással, mely szerint az egészségügyi dolgozónak kellemetlen lenne kezelni egy LMBTQI személyt. Ez megerősíti az interjúkban megismert általános (de nem mindig megvalósuló) törekvést, hogy az LMBTQI embereknek ugyanolyan minőségű, kirekesztéstől szabad orvosi ellátásra van szükségük. Ugyanez a helyzet a kirekesztésre, az orvosi ellátás megtagadására vonatkozó kérdésblokkal.



A válaszadók többsége nem ért egyet azzal, hogy az orvos vallási, vagy világnézeti alapon megtagadhatja az ellátást egy betegétől. Nem értenek azzal egyet, hogy az orvos számára nagyobb kockázatot jelent egy LGBTQI páciens kezelése, vagy annak okán, hogy megtudta a szexuális orientációját, joga lenne HIV-tesztet kérni. Nem értenek egyet azzal sem, hogy 2020-ig a meleg és biszexuális férfiakat kizárták a véradásból. Ezzel együtt néhány kérdés erősen megosztó, a leggyakoribb választ gyakoriságban a skála másik végpontja követi. Ilyen állítás a négyes számú "Nevetséges az a gondolat, hogy egyetemi képzésen lehessen homoszexualitással és leszbikusussággal kapcsolatos tanulmányokat folytatni és erre diplomát szerezni", és a 12-es számú "A melegek/leszbikus nők a szükségesnél sokkal több összeütközést vállalnak az azonos jogokért való küzdelemben". Ez az egyetlen olyan állítás, ami negatív, mégsem a legkisebb érték a legelső a gyakorisági sorban. Megosztóbb azonban, hogy a TB-nek fedeznie kellene-e a transznemű személyek nemi megerősítő műtétét. A kérdésblokkban ez az egyetlen elem, amire a válaszok nagyjából kiegyenlítettek a négy érték között. Ez is megerősíti azt a megállapítást, hogy a transznemű betegek felé kisebb az elfogadás.

6. LGBTQI szakemberek

A kérdőívet kitöltők közül 45-en válaszolták azt, hogy közeli barátaik előtt felvállalják szexuális orientációjukat. Közeli család előtt 37-en, távoli barátok előtt 27-en, távoli családban 20-an, kollégák előtt 26-an, nem közeli kollégák előtt pedig csak 19-en. Ennek ellenére 15-en válaszolták, hogy teljesen vagy inkább biztonságban, és 8-an, hogy teljesen vagy inkább támogatva érzik magukat a munkahelyükön.

A transznemű vagy nembináris kitöltők közül közeli barátaik előtt 9-en (ez az érintett kitöltők teljes csoportja), távoli barátaik előtt, közeli családtagjaik előtt és távoli családtagjaik előtt 6-an, kollégáik előtt pedig 4-en érzik azt, hogy nyíltan vállalhatják nem.

7. Szükségletek

A válaszadók 79%-a szívesen részt venne a jövőben LGBTQI tematikájú képzésen, a preferált forma pedig egyértelműen a néhány órás workshop vagy az egynapos továbbképzés. Közülük összesen tízen vettek már részt hasonló alkalmon: LGBTQI témájú képzésen a Magyar Pszichológiai Társaságnál és a TASZ-nál, külföldi továbbképzésen, a Háttér Társaság által szervezett képzésen, a Semmelweis Egyetem szabadon választható kurzusán, valamint egy válaszadó rendszeresen az interneten keres információt a témában. Azok között, akik ilyen irányú képzésen már részt vettek 8 válaszadó heteroszexuális és ketten LGBTQI személyek. Azok közül, akik szívesen vennének részt ilyen képzésen a jövőben (161 kitöltő) a legtöbben az online formát részesítenék előnyben. A második legmagasabb számban érkező válasz kitöltőinek pedig nem számítana, hogy milyen formában valósul meg a képzés.



6. Következtetések

A jelentés fő megállapítása, hogy a magyar egészségügyi képzés nagy mértékben elégtelen az LMBTQI betegekről és szakemberekről szükséges tudás átadására és teremtésére. Ennek következtében nem tud Magyarországon elfogadó és biztonságos munkahelyi közeg és egészségügyi ellátás kialakulni. Az LMBTQI szakemberek és betegek negatív megkülönböztetéssel szembesülnek. A megkülönböztetés mértéke erősen szakterületfüggő, azonban a kvalitatív és kvantitatív vizsgálat által is alátámasztott általános megállapítás, hogy az idősebb és kisebb településről származó populáció sokkal elutasítóbb és kevésbé nyitott az LMBTQI közösség felé. Jellemző, hogy a nyitottságot hiányát, az LMBTQI betegek szükségleteire való felkészületlenséget a fiatal, magasabb iskolai végzettségű vagy fővárosi populáció problematizálja.

A válaszadók egy része kifejezetten elutasító az LMBTQI közösség, különös tekintettel a transznemű és interszex betegek szükségleteinek megismerésével szemben. Megállapítható, hogy azok a válaszadók, akik szerint komoly szükség van arra, hogy a társadalom nyitottabbá váljon, erősen problematizálják az erőforrások hiányát. Általános a vélemény az adatközlők körében, hogy szükség lenne széleskörű képzésre, de nem látják azt, hogy ez Magyarországon hogyan valósulhat meg a kirekesztő politikai retorika, törvényhozás és zárt társadalmi közeg miatt.

Magyarországon az LMBTQI embereket érő megkülönböztetés begyűrűzik a társadalmi alrendszerekbe, így az egészségügybe is. A megkérdezett alanyok saját munkakörnyezetükben, munkatársaiktól kevésbé érzékelnek homofóbiát, mint a kevésbé nyitott betegek részéről vagy a betegek a kevésbé nyitott orvosok részéről.

A magyar egészségügy erősen hierarchizált, bizonyos területek egyértelműen feminin vagy maskulin szakmáként tarthatók számon, így nemi orientációtól függetlenül is éri szexista megkülönböztetés a dolgozókat.

A javasolt és említett jó gyakorlatok kapcsán a válaszadók egy része nem tenné kötelezővé a képzést, viszont általánosan elérhetővé tenné az egészségügyi dolgozók, különösen az alacsonyabb iskolai végzettségű munkavállalók részére. A legtöbb megkérdezett a személyes élményen alapuló, kis létszámú képzést tartja megfelelőnek, kiemelik az LMBTQI közösséggel és különleges igényeikkel való személyesen találkozás lehetőségének megteremtését. A jó gyakorlatok kapcsán kiemelkedik az közoktatás szerepe, sokak szerint fontos, hogy minél előbb, már iskolás korban találkozzanak a fiatalok az LMBTQI közösséggel. A kutatás eredményei aláhúzzák többségi társadalom érzékenyítésének, biztonságos és támogató ellátóhelyek kialakításának, valamint az LMBTQ orvosok és egészségügyi dolgozók pszichés támogatásának fontosságát.



7. Felhasznált források

- Eurostat. (2020). Healthcare personnel statistics—Nursing and caring professionals. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_personnel_statistics_-_nursing_and_caring_professionals [Utolsó letöltés: 2022.09.16.]
- KSH STADAT 4.1.1.5. Az egészségügyi ellátás állás és létszám adatai. https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0005.html [Utolsó letöltés: 2022.09.16.]
- KSH STADAT 4.1.2.2. A dolgozó orvosok száma korcsoport, nem, megye és régió szerint. https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0045.html [Utolsó letöltés: 2022.09.16.]
- KSH STADAT 4.1.2.1. Egy főre jutó egészségügyi kiadások [vásárlóerő-paritás, EUR]. https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0054.html [Utolsó letöltés: 2022.09.16.]
- KSH STADAT 4.1.1.2. Egészségügyi kiadások alrendszerenként, a GDP %-ában, egészségügyi beruházási ráfordítás. https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0002.html [Utolsó letöltés: 2022.09.06.]
- Somorjai, N. (2021). A nemi kisebbségekhez tartozó személyek orvosi ellátásának aktuális kérdései. Orvosi Hetilap, 182. évfolyam 32. szám, 1267–1274.
- Szél, Z., Csekő, C., & Győrffy, Z. (2016). Láthatóság és életminőség—Nemzetközi szakirodalmi áttekintés az LMBTQ gyógyítók helyzetéről. LAM- tudomány, 2016;26(1-2), 11–18.
- Takács, J., Mocsonaki, L., & P. Tóth, T. (2008). A lesbikus, meleg, biszexuális és transznemű (LMBT) emberek társadalmi kirekesztettsége Magyarországon. Kutatási Zárójelentés. MTA Szociológiai Kutatóintézet Budapest 16–54.
- World Health Organization. (2015). Ending violence and discrimination against lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex people. [Utoljára megnyitva: 2022.09.16.] <https://www.who.int/news/item/29-09-2015-ending-violence-and-discrimination-against-lesbian-gay-bisexual-transgender-and-intersex-people>

