

A középiskolákban megvalósuló szuicidprevenációs lehetőségek elérhetőségének vizsgálata

Mitrik Laura

mlaura12311996@gmail.com

SZTE JGYPK Alkalmazott Pedagógiai Intézet

A dolgozat a középiskolákban megvalósuló szuicidprevenációs lehetőségek elérhetőségét, hatékonyságát vizsgálja. Az öngyilkosság, mint problémamegoldási stratégia jelen van az ifjúság körében, még ha ezt a jelenséget tabuként is kezeljük. Leendő szociálpedagógusként fel szeretném hívni a figyelmet erre a problémára. Vizsgálatom tárgya a középiskolákban elérhető szuicidprevenációs lehetőségek, valamint azok elérhetősége és hatékonysága volt. Két hipotézist állítottam fel. Ezekkel kapcsolatban végeztem kutatást 14-19 éves diákok körében a Google kérdőív alkalmazásával.

Az első hipotézisem szerint a középiskolákban biztosított prevenációs tevékenységek, és azok elérhetősége elmarad attól a szinttől, melyet az ismert szakmai módszerek használatával el lehetne érni. A vizsgálatban a válaszadók többségének legalább egy módszer rendelkezésére állt az adott intézményben (prevenációs előadás, kihelyezett tájékoztatók, segítő beszélgetés). Így e hipotézisem megdőltnek tekinthető. A második hipotézisem szerint a magyar középiskolákban biztosított preventív szolgáltatások/tevékenységek beágyazottsága alacsony, a tanulók nem ismerik a lehetőségeket, vagy nem veszik igénybe a segítők munkáját. Ezen hipotézisemet a kutatásom adatai alátámasztották. Vizsgálatomból kiderült, hogy a fiatalok nem ismerik, valamint nem használják ki teljes mértékben a szakemberek (iskolapszichológusok, szociálpedagógusok, szociális munkások) segítségét. Ennek okaira is rávilágítok. Dolgozatomban a prevenáció sikerességéhez hozzájáruló javaslataimat is kifejtem. Célom a fiatalkorúak körében elkövetett öngyilkosságok megelőzésével kapcsolatos kérdések felvetése, megoldási lehetőségek vázolása. Bízom benne, hogy majdani munkámban kamatoztatni tudom a kutatás eredményeit.

Kulcsszavak: *prevenáció, öngyilkosság, középiskolások*

*

Bevezetés

Jelen kutatás a középiskolákban megvalósuló szuicidprevenációs lehetőségek elérhetőségét, hatékonyságát vizsgálja. Témaválasztásomat elsősorban az indokolta, hogy a gimnáziumi éveim alatt szinte tabuként kezelték az öngyilkosság fogalmát. Többször is részesítettek minket szexuális felvilágosításban, illetve a drogok használatát megelőző oktatásban, azonban abban hiányt véltem felfedezni, hogy a lelki egészségünk megőrzésére, károsításának megelőzésére nem, vagy elhanyagolható mértékben tettek lépéseket. Így leendő szociálpedagógusként fontosnak tartom felhívni a figyelmet erre a problémára.

Az elmúlt 20 év adatai alapján megállapíthatjuk, hogy minden évben több, mint 1600 magyar ember vetett véget életének. 2018-ban az öngyilkosságot elkövetők közül körülbelül 30 áldozat fiatalos volt (Balázs, 2018). Ez egy megdöbbentő adat, hiszen ameddig ez a szám nem csökken nullára, addig foglalkoznunk kell az öngyilkossággal, azon belül is a tinédzserkori öngyilkossággal. Ezért kiemelten fontos mind felnőtt-, mind serdülőkorban az öngyilkossággal kapcsolatos prevenció.

A kutatás aktualitását az is alátámasztja, hogy a középiskolákban éppen azzal a veszélyeztetett csoporttal, a tinédzserekkel találkozhatunk, akiknek személyisége még kiforratlan, önvédő mechanizmusaik korukból adódóan még fejletlenek, valamint problémamegoldó képességeiknek spektrumát szélesíteni kell. E kutatás egy problémafelvetés, ahol elsősorban annak hangsúlyozására kerül sor, hogy az öngyilkosság jelensége egy multidiszciplináris probléma, amely több tudományágat is érint. Ezzel a ténnyel rá kívánok mutatni arra, hogy szükséges a többi társterület (köztük a szociálpedagógia) szakembereinek összefogása, azon cél elérése érdekében, hogy évről-évre csökkenő tendenciát mutasson az önkézéség általi halálozások száma.

Vizsgálatom tárgya a középiskolákban elérhető szuicidprevenációs lehetőségek, valamint azok elérhetősége és hatékonysága, melyhez két hipotézist állítottam fel. A kutatást 14-19 éves diákok körében végeztem, ahol a vizsgálat módszerül a kikérdezést választottam, annak eszközül pedig a kérdőívet. Kutatásom célja a fiatalosok körében elkövetett öngyilkosságok megelőzésével kapcsolatos kérdések felvetése, megoldási lehetőségek vázolóása.

A tanulmány első felében az öngyilkosság definícióját részletezem, majd ezt követően mutatom be az öngyilkosság elkövetésének lehetséges magyarázatait. Ezután különböző szuicidprevenációs lehetőségeket, majd az öngyilkossági kísérlet utáni kezeléseket ismertetem. Végül a szociálpedagógus hazai szuicidprevenációban betöltött szerepére világítok rá. A tanulmány második felében a kutatást vázolóom fel és végül annak eredményeit összefogzem.

2. Az öngyilkosság definíciója

Az öngyilkosság fogalmát több tudományterület tárgyalja. Ezen területek közé tartozik például az orvostudomány, a vallás, filozófia, irodalom, pszichológia és a szociológia. Ebből kifolyólag eltérő definíciókat találhatunk. Munkámban elsősorban a pszichológia és szociológia aspektusából szeretném megközelíteni az öngyilkosság témáját. Ennek oka, hogy leendő szociálpedagógusként a kliensekkel a különböző ellátórendszerekben (például ápolást és gondozást nyújtó otthonok, iskolák, rehabilitációs intézmények, lakóotthonok) találkozhatok majd. Pethő (1989) meghatározása is jól tükrözi, hogy az öngyilkosság számos aspektusból megközelíthető, mivel szerinte az öngyilkosság egy olyan társadalmi jelenség, amely egyéni sorsban mutatkozik meg számos, – például kulturális, pszichológiai vagy környezeti – komponens komplex eredményeként.

A pszichológiában *Edwin Shneidman* (1993) szerint öngyilkosság az, amikor az egyén szándékosan keresi a pusztulást, tehát az öngyilkosság olyan akaratlagosan, közvetlenül és tudatosan elkövetett cselekmény, mely az egyén saját életének kioltásához vezet. A szociológiában „*öngyilkosságnak nevezünk minden olyan halálesetet, amelyet közvetlenül vagy közvetve magának az áldozatnak valamilyen pozitív vagy negatív tette idézett elő, ha tudta, hogy aktusa szükségképpen erre az eredményre vezet*” (*Durkheim*, 2000. 19. o.). Láthatjuk, hogy a pszichológiai definíciót kiegészítette a szociológia azzal, hogy az egyén közvetett tette is öngyilkosságnak számít, amennyiben ez élete elvesztéséhez vezet. E meghatározás szerint az is öngyilkosságnak számítana, ha az egyén már több tíz éve, naponta több doboz cigarettát elszív, mivel ez a szokása különböző rákos elváltozásokat okoz a szervezetében, amely az esetek túlnyomó részében halálhoz vezet. Ezzel szemben mégsem állíthatjuk, hogy valaki azért dohányzik, mert meg szeretne halni. A fent olvasott definíciók alapján öngyilkosnak számítana az a tűzoltó is, aki tudatában van annak, hogy életét is vesztheti, ha bemegy az égő házba, hogy kimentse az áldozatokat. Ugyanakkor egy bővebb értelmezésben a burkolt halál is öngyilkosságnak számít, mivel a halál közvetett, burkolt, részleges vagy tudattalan előidézését jelenti (*Buda*, 2001). E fogalom azért kapcsolódik az öngyilkossághoz, mert ahhoz hasonlóan a burkolt halállal is elérheti az egyén a saját életének megrövidítését. Erre példa a fent említett láncdohányos, illetve az olyan ember, aki huzamosabb időn át végez olyan tevékenységet, vagy él olyan életmódot, amely olyan mértékben károsítja a szellemi- és testi egészségét, hogy ez az élete elvesztéséhez vezethet. A hazai szakirodalomban *Buda Béla* összegezte először az akkor ismert nemzetközi definíciókat. Az általa végzett összegzés szerint „*mind a mindennapi, mind a tudományos fogalomhasználat szerint öngyilkosságot követ el az az ember, aki életének saját maga vet véget*” (*Buda*, 2001. 13. o.). Ezen kívül az öngyilkossághoz három kritériumot is rendelt. Az első a meghalás tudatos szándéka, a második kritérium a fantáziálás, képzelgés arról a módszerről, amellyel az életét az egyén kioltani szándékozik, a harmadik, egyben utolsó kritérium pedig e módszer átültetése a gyakorlatba, e módszer megvalósítása.

3. Az öngyilkosság magyarzatai

Az öngyilkosság okára a mai napig sem lehet egyértelmű választ adni. Azonban ettől függetlenül – az öngyilkosság fogalmának meghatározásához hasonlóan – a különböző tudományterületek kísérletet tettek a saját rendelkezésre álló információikhoz és ismereteikhez mérten megválaszolni, hogy mi készíthet egy embert saját életének kioltására. Az öngyilkossággal részletesen foglalkozó tudományágak közé a pszichológiát, a szociológiát és az orvostudományt sorolhatjuk, ezért ezen területek szakembereinek megközelítéseit részletezem a következő bekezdésekben.

3.1 Pszichodinamikus megközelítés

A pszichodinamikus elméletet *Wilhelm Stekel* (1910) fogalmazta meg. Szerinte a mások iránt érzett gyűlöletet fordítja maga felé az egyén. E feltevés szerint egy szeretett személy elvesztése után az ember megpróbálja azt magába integrálni és akaratlanul is, de a saját személyisége részévé tenni, ezt követően pedig olyan érzéseket fog saját maga iránt táplálni, mint amit a szeretett személy iránt táplált volna. Az elvesztése miatt dühöt érez az elvesztett személy iránt, amelyet maga felé irányít, ami szélsőséges esetekben kontrollálhatatlan öngyűlöletbe csaphat át. Ezt az elméletet támasztja alá Adam és munkatársainak (1982) vizsgálata, melynek keretében 200 családot vizsgáltak, és megállapították, hogy azon személyek körében, akik öngyilkosságot követtek el felnőtt korban, kiugróan magas volt valamelyik szülőnek a gyermekkorban történő elvesztésének az aránya (*Buda*, 2001).

3.2 Durkheim-féle szociokulturális megközelítés

Ezt a mai napig helytállónak elfogadott megközelítést *Émile Durkheim* (2000) dolgozta ki. Szerinte az öngyilkosság elkövetésének mértéke függ attól, hogy az egyént mennyire integrálja a közösség. Valaki minél jobban a társadalom periferiáján áll, annál nagyon valószínűséggel fog öngyilkosságot elkövetni, mivel nem része szorosán egy közösségnek sem. Durkheim az egyén és a társadalom kapcsolatának zavarát veszi osztályozása alapjául, és két társadalmi dimenziót használ a csoportosításában: a társadalmi integrációt és a társadalmi szabályozást. Kiemeli, hogy az egyént nem lehet a társadalomtól különálló részként tekinteni, amikor az öngyilkosságának okát vizsgáljuk. Durkheim az egyén és a társadalom kapcsolatából kiindulva az öngyilkosság három fő kategóriáját különítette el. Ezek az egoista, altruista és anómiás öngyilkosság. Az egoista öngyilkosság esetén nagymértékű individualizmus van jelen, amely negatív hatással van a társadalmi kontrollra nézve. Ez a fajta öngyilkosság a társadalmi integráció elégtelenségének következménye. Ez a típus azokra az egyénekre jellemző, akik magányosak, izoláltan élnek, a társadalom nem, vagy csak nagyon kis mértékben képes kontrollt és hatást gyakorolni rájuk. Az altruista öngyilkosság kiváltó oka ezzel szemben a túlzott társadalmi integráció, azaz a nem megfelelő individualizáció. Ez a típusú öngyilkosság a primitív népeknél fedezhető fel, mégpedig a társadalmi fejlődés korai szakaszában. Erre példa az idős vagy betegséggel küzdő emberek öngyilkossága, vagy a vezető halálakor a szolgák, követők önmaguk által okozott halála. Ezt az öngyilkosságot akkor követi el az egyén, ha már olyan mértékben meghatározó részét képezi a közösségnek, ahová tartozik, hogy mártír módjára a saját életét is képes feláldozni érte. Ez különösen a keleti kultúrákra jellemző, ahol az ilyen halált halt embereket nagy tisztelet övezi. Ilyen emberek például a japán kamikazék, háborús hősök és katonák. Harmadik kategória az anómiás

öngyilkosság, amikor az öngyilkosság oka, hogy az adott társadalom nem képes kontrollálni tagjait, ha fellazulnak, vagy hirtelen megváltoznak a törvények, szabályok, az egyén pedig elveszíti igazodási pontjait. Ezt a típusú öngyilkosságot azok az emberek követik el, akik az egoista öngyilkosságot elkövetőkkel szemben nem saját akaratukból kerültek a társadalom perifériájára, ezáltal megfosztva az egyént a valahová tartozás érzésétől, amely nagymértékben erősíti fel az öngyilkosságra való hajlamot. Az anómiás öngyilkosság utalhat az adott társadalom, közösség diszfunkciójára, illetve azok is ezt a típusú öngyilkosságot követik el, akiknek a közvetlen környezetében hirtelen változás áll be, és erre a változásra reagálva fordulnak maguk ellen.

3.3 Biológiai megközelítés

Kimutatták, hogy a vérrokonok között elkövetett öngyilkosság vagy annak kísérlete szintén egy klinikailag feltárható rizikófaktor, amely a halmozódó depresszióval függ össze. *Brent* (1996) kutatása során megállapította, hogy az öngyilkosságot elkövetett személyek közvetlen családjában és rokonságában több öngyilkosságot és autoagresszív magatartást tanúsító személyt találtak, mint azon személyek családjában, akik nem követtek el öngyilkosságot. Az állatvilágban vagy koragyermekkorban azért nincs még jelen az öngyilkosság, mert ez csak az emberi fejlődés egy bizonyos szintjén jelenik meg. A másik biológiai befolyásoló biokémiai tényező a szerotonin alacsony szintje az öngyilkosságot elkövetők szervezetében.

4. Öngyilkossági kísérlet megelőzésére irányuló prevenció

A prevenció esetében a hangsúly a kezelés helyett értelemszerűen a megelőzésre tevődik át. A prevenció fontossága az 1950-es évek elején kezdett kirajzolódni. Az Amerikai Egyesült Államokban Norman Farberow és Edwin Shneidman alkalmazta az első öngyilkosság-megelőző módszereket, míg Európában két évvel hamarabb a Szamaritánusok tették ugyanezt Angliában (*Ajtay, Bérdi, Szilágyi és Perczel-Forintos, 2012*). Napjainkban a fejlett országokban, köztük Magyarországon is, az öngyilkosság-megelőző programokat már a kórházakban, egyházi karitatív szervezeteknél, detoxikálóállomásokon, mentálhigiénés központokban, valamint az interneten hivatalos egészségügyi felületeken igénybe vehetjük. Ezen kívül a nap 24 órájában működik egy ingyenesen hívható krízisvonal (Magyar Lelki Elsősegély Telefonszolgálatok Szövetsége), ahol mentálhigiénés szakember felügyelete alatt olyan személyek fogadják a hívásokat, akik annak ellenére, hogy nem rendelkeznek szakképesítéssel, a telefonhívások fogadásával és a krízissel kapcsolatos tanácsadással kapcsolatban megfelelő képzésben részesültek. Ezeket a személyeket paraprofessionális személyeknek nevezzük (*Ajtay, Bérdi, Szilágyi és Perczel-Forintos, 2012*). A Los Angeles-i Öngyilkosság-megelőző Központ céljai és módszerei alapjául szolgálnak világszerte a

többi, különböző krízisintervenció centrum működésének (Buda, 2001). A centrumok különbözősége abból adódik, hogy eltérőek a demográfiai adatok, más-más földrajzi- és kulturális területen helyezkednek el, valamint a kezelt betegek összetétele is eltérő.

A krízisintervenció öt lépésből áll. Első lépés, hogy a segítő és a segítséget igénylő személy között kialakuljon egy bizalmi kapcsolat, bensőséges hangulat. A második lépés, hogy a beteg pontosan leírja problémáját, mely segítségével a segítője át tudja látni a problémát és azonosíthatja a krízis kiváltó okát. Harmadik lépés, hogy a klienssel egy letalítás-skálát töltenek ki, amely segít megállapítani, hogy mekkora a veszélyeztetettség mértéke és a stressz-vulnerabilitás modelljében hányadik szakaszban tart az illető. Ezt követően a negyedik lépésben, a teszt kiértékelése után megvizsgálják, hogy a kezelt személy milyen mozgósítható erőforrásokkal rendelkezik. Ez lehet belső és külső erőforrás is. Belső erőforrás közé tartozik a beteg személyiségéből adódó olyan tulajdonságok, amelyek hozzájárulnak a krízisből való kilépéshez. Ilyen például a problémamegoldó képesség, önbizalom vagy az önerő, amely a korábban átélt traumákból való felépülésből fakad. Külső erőforrások közé tartozik a családból, barátokból, ismerősökből álló támogatórendszer vagy egy olyan elfoglaltság vagy közeg, amely építő jellegűen hat az egyénre. Utolsó lépésként a terápiás terv kidolgozása következik. Ezt a segítőnek és a segítettnek együttműködve kell megalkotnia, alternatív megoldási lehetőségeket keresve. Ezek a tervek lehetnek rövidebb- vagy hosszabb távúak, a beteg állapotától függően. A terv konkrét változtatásokat igényel a betegről, valamint a támogatórendszer, azaz a család, barátok bevonása is megtörténhet. Amennyiben nincs lehetőség az adott intézményben hosszú távú tervek megvalósítására, úgy kötelesek a beteget más központokban fogadni (Szabó, 2008).

5. Öngyilkossági kísérlet utáni kezelés

Közvetlenül a kísérlet után orvosi segítségre van szükség, hogy regenerálják az áldozat saját maga által okozott sérüléseket, állapotát stabilizálják. Amennyiben a fizikai panaszokat sikerül megszüntetni, következhet a pszichoterápia és gyógyszeres kezelés. Ez a kezelés történhet osztályos és járóbeteg-kezelés keretein belül. A terápiák célja, hogy megszüntessék a betegek szuicid gondolatait, valamint megismertessenek velük és megtanítsanak nekik különböző stresszmegoldó és problémakezelő módszereket, melyek segítségével önkárosítás nélkül, hatékonyan megküzdhetnek az eléjük gördülő akadályokkal. A terápiás módszerek igen sokrétűek, többek között megtalálható a pszichoterápia, szükség esetén gyógyszeres kezeléssel kiegészítve. Ezen kívül lehetőség van az érintett hozzátartozók bevonására családterápia keretein belül, valamint sorstársakkal közösen is részt vehetnek csoportterápián. Nordstörn, Åsberg, Åberg-Wistedt és Nordin (1995) kutatása kimutatta, hogy azok az emberek közül, akik valamilyen terápián vettek részt, 16 százalékuk újra megpróbálkoztak öngyilkossági kísérlettel, azonban azok, akik semmilyen terápián sem vettek részt, ez a szám szinte a duplája, 30 százalék (Sebestyén, 2010).

6. A szociálpedagógus szuicid prevencióban betöltött szerepe hazánkban

A szociálpedagógia a segítő szakmák közül az egyik legfiatalabb részdiszciplína. Az iskolai szociálpedagógiai munka lényege az oktatási intézmény tanulóinak kezelése. Erre akkor lehet szükség, amikor a gyermek szociális problémákkal, viselkedési- vagy beilleszkedési nehézségekkel küzd, vagy olyan családi körülmények között él, amelyek gátolják őt a testi-, lelki-, és szellemi fejlődésben, ezáltal már gyermekvédelmi szervek bevonása is elkerülhetetlen. Ekkor a szociálpedagógus az összekötő kapocs a hivatalos szervek, a gyermek és a szülők között. Míg az iskolapszichológus a gyermek mentális egészségéért és pszichéjéért felelős szakember, addig a szociálpedagógus gyermekvédelmi szakemberként definiálható, hiszen szaktudása magában foglalja a pszichológiai, pedagógiai, szociológiai, jogi és szociálpolitikai ismereteket.

Az öngyilkosság prevenciójában vállalt feladatai közé tartozik, hogy csökkentse vagy megszüntesse azokat a munkámban fentebb említett tényezőket és rizikófaktorokat, melyek növelik az öngyilkossági kísérlet elkövetésének esélyét. Ebből kifolyólag egy igen összetett pszichológiai, pedagógiai és szociális munkáról beszélhetünk (Fodor, 2005).

7. A kutatás során felállított hipotézisek és módszerek

A kutatás során a következő hipotéziseket állítottam fel:

1. A magyar középiskolai rendszerben biztosított preventív szolgáltatások/tevékenységek módszertani spektruma, valamint elérhetősége elmarad attól a szinttől, melyet az ismert szakmai módszerek használatával el lehetne érni.
2. A magyar középiskolai rendszerben biztosított preventív szolgáltatások/tevékenységek beágyazottsága alacsony, a tanulók nem ismerik a lehetőségeket, vagy nem veszik igénybe a segítő munkáját.

Vizsgálatom mintáját magyar középiskolás tanulók képezték (N=83). Ebből 22 fő férfi (26,5%) és 61 fő nő (73,5%) (1. ábra). A megkérdezettek átlagéletkora 16,6 év. A legfiatalabb válaszadó 14, a legidősebb 20 éves. A mintavételelem szakértői kiválasztás alapján történt, ahol a kérdőívet a középiskolába járó ismerőseimnek küldtem el. Ezután ők, hólabda módszer alapján a hasonló korú barátaiknak, illetve osztálytársaiknak továbbították azt.

A vizsgálat módszerül a kikérdezést választottam, annak eszközeül pedig a kérdőívet. A kérdőív 18 kérdésből áll. Ebből 5 zártvégű, 13 pedig nyílt végű kérdés volt.

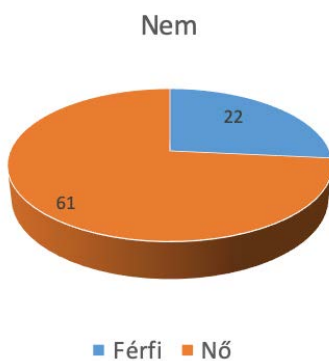
A kérdőív több szerkezeti egységre osztható. A kérdőívet a demográfiai adatokra vonatkozó bevezető kérdésekkel kezdtem, majd a tanuló adott középiskolájában

fennálló prevenciók helyzetére kérdeztem rá. Ezután információt szereztem arról, hogy amennyiben a serdülő iskolájában elérhetők a szuicidprevenációs lehetőségek, azok milyen formában találhatók meg. Ezt követően arra kérdeztem rá, hogy a fiatalnak van-e affinitása élni a fenti lehetőségekkel. Amennyiben nincs, annak is szeretném megtudni az okát. A következő kérdéssel arra kerestem a választ, hogy a középiskolás gyermek kihez fordulna vagy fordult a múltban segítő beszélgetéssel kapcsolatban. Rákérdeztem annak okára, hogy sok esetben ez miért nem egy képesítéssel rendelkező szociális szakember volt (szociálpedagógus, szociális munkás)? Levezető kérdésként a kitöltő egyéni véleményére, igényeire voltam kíváncsi, hogy milyen prevenciók lehetőségeket látna szívesen az iskolájában.

Kérdőívemet a Google Kérdőív alkalmazás segítségével online formában juttattam el az alanyokhoz. A kérdőív 2020. április 22-től 25-ig volt elérhető az interneten.

7.1 Eredmények

1. ábra – A megkérdezett hallgatók nemi megoszlása (N=83)



A kutatásomban szereplő adatok alapján megállapíthatjuk, hogy a kitöltők nagy része, 67 fő (80,7%) gimnáziumban tanul. 15 fő (18,1%) jár szakközépiskolába, és csupán 1 válaszadó (1,2%) végzi középiskolai tanulmányait szakiskolai keretek között. (2. ábra)

2. ábra – A válaszadók középiskolájának jellege (N=83)



A megadott középiskolai intézmények közül 45 (54,2%) helyezkedik el városban, 34 (41%) megyeszékhelyen, 3 (3,6%) faluban és 1 (1,2%) a fővárosban, Budapesten.

Arra a kérdésre, hogy milyen ismeretterjesztő vagy társadalmi problémákkal kapcsolatos prevenciós oktatásban részesültek a középiskolájuk keretei között, az összes tanuló adott választ. Ebben az esetben a kitöltő több válaszlehetőséget is megjelölhetett.

A válaszadók közül 59 fő (71,1%) részesült különböző káros szenvedélyek (drogfogyasztás, alkoholfogyasztás, szerencsejáték, dohányzás, stb.) kialakulásának megelőzésére irányuló oktatásban. A diákok közül 45 fő (54,2%) vett részt szexuális felvilágosításban. A kitöltők közül 22 fő (26,5%) részesült fizikai egészségük megőrzésével vagy helyreállításával kapcsolatos oktatásban. A tanulók közül 12 fő (14,5%) kapott oktatást az öngyilkosság, önsértés elkövetését megelőzésével kapcsolatban. A válaszadók közül 29 fő (34,9%) részesült saját és társai lelki problémáinak felismerésére és kezelésére irányuló oktatásban. A diákok közül 1 fő (1,2%) részesült az állampolgári jogainak megismerésére irányuló oktatásban. 13 fő (15,7%) nem részesült semmilyen jellegű prevencióban. 1 fő (1,2%) válasza nem volt értékelhető.

Az összes válaszadó közül 12 fő (14,4%) vett részt kétféle prevenciós oktatásban. 27 fő (32,5%) részesült a felsorolt prevenciós oktatás közül háromban. 5 fő (6%) részesült négyféle prevenciós oktatásban. 1 fő (1,2%) részesült az összes, a kérdőívben általam megemlített prevenciós oktatásban.

Arra a kérdésre, hogy a diáknak van-e tudomása arról, hogy a középiskolájában lehetősége van-e ismereteket szerezni az öngyilkosság vagy önsértés elkövetésének megelőzése vagy megakadályozása tekintetében, az összes kitöltő választ adott. 59 tanuló (71,1%) válaszolta azt, hogy tudomása van arról, hogy középiskolájában elérhető ez a lehetőség. 24 fő (28,9%) azt állította, hogy nincs tudomása arról, hogy iskolájában létezne ez a prevenciós lehetőség.

Arra a kérdésre, hogy a válaszadó iskolájában milyen formában elérhetők az öngyilkosság vagy önsértés elkövetésének megakadályozásával kapcsolatos prevenciós lehetőségek, a 83 kitöltő közül 66 fő (79,5%) adott választ. Ebben az esetben 7 fő (10,6%)

középiskolájában érhető el mindhárom, a kérdőívben felsorolt prevenációs lehetőség (prevenációs előadás, tájékoztatók kihelyezése, szakemberrel történő segítő beszélgetés). Kétszer ennyi, 14 ember (21,2%) intézményében érhető el kétféle formája az öngyilkossággal kapcsolatos prevenációnak. 4 tanuló (6%) középiskolájában csak a kihelyezett nyomtatványok, szórólapok szolgálnak prevenációs módszerként. 12 diák (18%) válasza alapján a gimnáziumában, szakközépiskolájában vagy szakiskolájában a prevenációs előadás az egyedüli prevenációs módszer. 29 fő (44%) oktatási intézményében pedig csupán a szakemberrel történő segítő beszélgetés áll rendelkezésre az öngyilkossággal kapcsolatos prevenáció módszereként.

Arra a kérdésre, hogy a kitöltő iskolájában elérhető prevenációs lehetőségeket kihasználták-e a diákok, 68 ember válaszolt. A válaszadók közül 42 fő (61%) nem élt egyetlen prevenációs módszerrel sem. 15 fő (22%) csak a prevenációs előadással, 2 fő (2,9%) csak a szakemberrel történő segítő beszélgetéssel és 4 tanuló (5,8%) csak a tájékoztató kiadványok adta lehetőségekkel élt. 4 fő (5,8%) élt két, 1 fő (1,5%) pedig mindhárom prevenációs módszer lehetőségével.

Arra a kérdésre, hogy ha a diák iskolájában elérhetőek, vagy ha elérhetőek lennének a kérdőívben felsorolt lehetőségek, a jövőben tervezné-e, hogy él azokkal, a 83 kitöltő közül 77 fő adott választ. 1 kitöltő (1,2%) válasza nem volt alkalmas a kiértékelésre. A válaszadók közül 29 fő (37,6%) a jövőben sem fog egy prevenációs módszerrel sem élni. 21 fő (27,2%) szeretne részt venni a prevenációs előadásokon, 5 fő (6,5%) szívesen venne részt segítő beszélgetésen a jövőben, illetve 6 fő (7,8%) olvasná el a kihelyezett kiadványokat. 12 fő (15,5%) két módszert is kipróbálna, illetve 3 fő (3,9%) mindhárom említett módszer nyújtotta lehetőséggel élne.

Arra a kérdésre, hogy mi volt annak az oka, amennyiben a középiskolás nem élt az iskolában található lehetőségekkel, az összes, 83 kitöltő közül 58 fő válaszolt. A válaszadó diákok közül 47 fő (81%) azért nem élt az iskola által nyújtott prevenációs lehetőségekkel, mert nem volt érintett az öngyilkosságban. 3 fő (5,1%) azért nem élt egyik prevenációs módszerrel sem, mert nem érdekelte az öngyilkosság témája. 2 fő (3,4%) azért utasította vissza a lehetőségeket, mert nem talált olyan módszert, amely megfelelt volna neki. 4 fő (6,9%) abból kifolyólag nem használta egyik prevenációs módszert sem, mert nem volt rá ideje, esetleg más elfoglaltsága volt. 2 fő (3,4%) károsnak érezte volna, ha a társai megtudják, hogy érdeklí ez a téma, ezért nem használta ki a prevenáció által nyújtott lehetőségeket.

Arra a kérdésre, hogy mi annak az oka, hogy a serdülő a jövőben sem szeretne élni az iskolában található lehetőségekkel, az összes, 83 kitöltő közül 49 fő válaszolt. A válaszadók közül 1 fő válasza nem volt alkalmas a kiértékelésre. A kitöltők ennél a kérdésnél több választ is megjelölhettek, ezért a válaszok százalékos arányának összege meghaladja a száz százalékot. A válaszadók közül 44 fő (89,8%) azért nem élne a prevenációs módszerekkel, mert nem érintett a témában. Ez azt jelenti, hogy sem ő, sem az ismeretségi körében élő személy nem küzd az öngyilkossággal összeköthető problémával. 4 fő (8,2%) azért utasítaná vissza a rendelkezésére álló lehetőségeket, mert

nem érdekli az öngyilkosság kérdése, külső szemlélőként az érdeklődési körébe ez nem tartozik bele. 2 fő (4%) azért nem élne a jövőben a jelenleg felsorolt lehetőségekkel, mert nem talált olyan módszert, amely megfelelné számára. 4 fő (8%) azért nem élne egy prevenciósi opcióval sem, mert kínosnak éreznék, ha iskolatársai megtudnák, hogy őt érdekli ez a jelenség.

Arra a kérdésre, hogy a prevencióban történő részvétel esetén hasznosnak találta-e azt, az összes 83 kitöltő közül 33 fő válaszolt. 21 fő (63,6%) találta hasznosnak, 12 fő (36,4%) pedig nem a részvételt. Ebből a 33 főből 18 diák (54,5%) fejtette ki részletebben tapasztalatait. A pozitívan értékelő válaszok közül néhány konkrét indoklást kiemeltem:

„A mi gimnáziumunkban a legjobb keretet a kötetlen beszélgetésre az etika, illetve az osztályfőnöki óra biztosította. Ilyenkor mindkét minket tanító pedagógus felkészült az adott témával kapcsolatban, mi pedig hozzászólhattunk, elmondhattuk a véleményünket a témában. Szerintem a kötetlen jelleg és „családias” hangulat miatt volt a leghatékonyabb, mert a minket ismerő osztálytársak és tanárok előtt nyiltabbak lehettünk, mint ha egy külsős szakember érkezett volna.”

„Hatékonyan találtam, mert bár engem közvetlenül nem érint a téma (csak érdeklődés szempontjából vettem részt előadáson, vagy olvasnék kihelyezett szórólapot), mások, akiket igen, hasznát vehetik. Ugyanis, ha bárkinek problémája van, azt egy osztályszinten tartott előadás során nem fogják kifejtteni, de bármikor tudatosulhat bennük, hogy szakembert kell keresniük.”

„Hatékonyan találtam hiszen mindennapokban egyre nagyobb veszélyt jelenthet ez a fiatalok számára és megtanít arra, hogy hogyan ne legyünk depressziósak, illetve lehet tanulni mások példájából is.”

„Hatékony volt, mert gyakran történtek ilyen előadások és érdekes módon közelítették meg a kérdést, ezért felkeltette a figyelmünket.”

A következőekben azokat az indoklásokat olvashatjuk, amelyek azt ismertetik, hogy miért nem találták hasznosnak:

„A prevenciósi előadásokat nem frissítik eléggé, és emiatt a nem nekünk fontos dolgokról beszélnek.”

„Unalmas volt, nem volt probléma a közösséggel”

„Nem szakértőktől érkezett az információ”

Arra a kérdésre, hogy a segítő beszélgetésen való részvétel esetén kihez fordultak, az összes, 83 kitöltő közül 23 fő válaszolt. 1 fő (4,3%) válasza nem volt alkalmas a kiértékelésre. A válaszadók közül 5 fő (21,7%) fordult csak külsős, az iskolában nem dolgozó

szakemberhez. 3 fő (13%) fordult csak az osztályfőnökéhez. 1 fő (4,3%) fordult csak a szaktanárához. 1 fő (4,3%) fordult csak szociális munkáshoz, 1 fő (4,3%) fordult csak szociálpedagógushoz és 6 fő (25,8%) fordult csak az iskolapszichológushoz problémája esetén. 2 fő (8,6%) fordult kettő, 1 fő (4,3%) fordult három és 1 fő (4,3%) fordult öt szakemberhez. Emellett egy válaszadó (4,3%) az egyéb kategóriában a szülőjét jelölte meg, mint szakember, akihez fordult, azonban ismereteim szerint a szülő-gyermek között zajló beszélgetés nem professzionális segítő beszélgetés.

Arra a kérdésre, hogy mi volt az oka annak, amennyiben nem az iskolapszichológushoz, szociális munkáshoz vagy szociálpedagógushoz fordult a gyermek a segítő beszélgetés tekintetében, az összes 84 kitöltő közül 22 fő válaszolt. 1 fő (4,5%) válasza nem volt alkalmas a kiértékelésre. A válaszadók közül 7 fő (31,8%) azt az indokot jelölte, hogy nem volt információjuk arról, hogy a fent említett szakemberek egyáltalán megtalálhatók az iskolában. 4 fő (18,2%) válaszául az szolgált, hogy nem állt rendelkezésére információ, hogyan tudna velük kapcsolatba lépni. Szintén 4 fő (18,2%) választotta azt az opciót, hogy nem ismerte személyesen a professzionális segítőket, ezért nem velük osztotta meg a problémáját. 1 főnek (4,5%) nem voltak szimpatikusak a szakemberek és ezért nem hozzájuk fordult. 2 fő (9%) a megadott opció közül kettőt, 1 fő (4,5%) pedig hármát is megjelölt elutasítása okaként. Az egyéb opciót 2 fő (9%) választotta, ahova olyan válaszok érkeztek, mint „Nem voltak szimpatikusak számomra” vagy „Annyira mélyen nem érintett a téma hogy az előadás után szakemberrel is beszéljek”.

Arra a kérdésre, hogy ha a jövőben segítő beszélgetésen szeretne részt venni a középiskolás, akkor kihez fordulna legszívesebben, az összes 84 kitöltő közül 69 fő válaszolt. Mivel a kérdésre válaszként több lehetőséget is megjelölhetett a kitöltő, ezért a válaszok százalékos arányának összege meghaladja a száz százalékot.

A válaszadók közül 29 fő (42%) fordulna csak külsős, az iskolán kívül dolgozó szakemberhez. 4 fő (5,7%) fordulna csak az osztályfőnökéhez. 2 fő (2,9%) fordulna csak a szaktanárához. 1 fő (1,4%) fordulna csak szociálpedagógushoz és ugyanennyi fő (1,4%) csak szociális munkáshoz. 6 fő (8,7%) fordulna csak iskolapszichológushoz. 12 fő (17,4%) fordulna két szakemberhez a felsoroltak közül, azonban ebből csak 7 fő (10,1%) volt, akinek iskolapszichológus és 1 fő (1,4%), akinek szociális munkás is szerepelt a választottjai között. 10 fő (14,5%) fordulna három szakemberhez a felsoroltak közül, azonban ebből 9 fő (13%) volt, akinek iskolapszichológus, 4 fő (5,8%), akinek szociálpedagógus és 2 fő (2,9%), akinek szociális munkás is szerepelt a választottjai között. 1 fő (1,4%) fordulna négy szakemberhez a felsoroltak közül, azonban ebben nem szerepelt sem a szociális munkás, sem a szociálpedagógus, viszont az iskolapszichológus igen. 2 fő (2,8%) fordulna öt szakemberhez a felsoroltak közül. Egyéni válaszként 1 fő (1,4%) azt nyilatkozta, hogy olyanhoz fordulna „aki jobban belelát a depresszió témájába, esetleg ő is szenved/szenvedett tőle”.

Arra a kérdésre, hogy mi lenne az oka, ha a jövőben nem az iskolapszichológushoz, szociális munkáshoz vagy szociálpedagógushoz fordulna a diák, az összes 84 kitöltő közül 47 fő válaszolt. 1 fő (2,1%) válasza nem volt alkalmas a kiértékelésre. 4 fő (8,5%)

azért nem fordulna hozzájuk, mert nincs információjuk arról, hogyan tudnának kapcsolatba lépni velük. 4 fő (8,5%) válaszolta azt, hogy azért nem fordulna hozzájuk, mert nem szimpatikusak számára. A legtöbben, 22 fő (46,8%) azt válaszolta, nem ismeri személyesen őket, ezért nem velük osztaná meg a problémáját. 2 fő (4,3%) korábbi rossz tapasztalatuk miatt nem hozzájuk fordulna. 6 fő (12,8%) azért nem fordulna hozzájuk, mert nincs is információjuk arról, hogy egyáltalán megtalálhatók az iskolában. 3 fő (6,4%) két opciót jelölt meg a felsoroltak közül. 3 fő (6,4%) három opciót is megjelölt a felsoroltak közül, hogy miért nem fordulna hozzájuk. Két fő (4,3%) jelölt meg egyéb opciót. Az egyéni válaszok közül a következő érkezett:

„Mivel alapból nem szeretek a közvetlen környezetemben lévőknek, ismerősöknek panaszkodni, ezért szívesebben megnyílnék olyannak, akivel például az iskolában nem találkozom. Frusztrációval töltene el a jelenléte.”

Arra a – csak egyéni válaszlehetőséggel kitölthető – kérdésre, hogy a kérdőívben felsorolt prevenciók lehetőségeken kívül van-e olyan módszer, amellyel szívesen találkozna a serdülő az iskolában, az összes 83 kitöltő közül 16 fő válaszolt. A következő válaszokat olvashattuk:

„Olyan iskolai környezet megteremtése amely nem sarkallja az arra hajlamos diákokat önsértésre/öngyilkosságra (valamilyen szintű tehermentesítés, kölcsönös tisztelet A TANÁROK RÉSZÉRŐL IS, a diákok egymás közötti bántalmazásának hatékony szűrése és megszüntetése)”

„Nincs, szerintem az iskolában nem igazán tudják ezek a módszerek elérni a céljukat.”

„Pályaorientáció és tanulási nehézségek kezelése, iskolai zaklatás megelőzése.”

„Egy külsős szakember mondjon el mindent amit tudnunk kell.”

„Csoportos life coach foglalkozással”

„Igen, tájékoztató kiadványokkal.”

7.2 Konklúzió

7.2.1 Az első hipotézis vizsgálata

A magyar középiskolai rendszerben biztosított preventív szolgáltatások/tevékenységek módszertani spektruma, valamint elérhetősége elmarad attól a szinttől, melyet az ismert szakmai módszerek használatával el lehetne érni.

Kérdőíves módszerrel vizsgáltam, hogy az alanyok iskoláiban egyrészt elérhetőek-e a prevenciók lehetőségei (prevenciók előadás, kihelyezett tájékoztató, szakemberrel történő segítő beszélgetés) szolgáltatások, másrészt azt is szerettem volna feltárni, hogy tudnak-e arról, hogy ezek a szolgáltatások igénybe vehetők és egyáltalán találkoztak-e

már velük. Amennyiben a vizsgálat eredményei azt mutatják, hogy a megkérdezettek fele, vagy annál kevesebb találkozott a prevenció e formáinak valamelyikével, akkor a hipotézisemet igazoltnak tekintem. Ennek oka, hogy ezek a prevenciók módszerek valóban viszonylag egyszerűen biztosíthatók, emiatt hiányuk azt mutatja, hogy a prevenciók szolgáltatások szintje elmarad az elérhetőtől. Fontos ugyanakkor hangsúlyozni, hogy vizsgálatom nem ad lehetőséget általános, az egész oktatási rendszerre vonatkozó következtetések levonására, az eredmények érvényessége szigorúan a vizsgált alanyokra és iskolákra korlátozódik.

Az első hipotézisem szerint a magyar középiskolai rendszerben biztosított preventív szolgáltatások/tevékenységek módszertani spektruma, valamint elérhetősége elmarad attól a szinttől, melyet az ismert szakmai módszerek használatával el lehetne érni. A kutatás azon kérdésére, hogy tudomása van-e arról, hogy középiskolájában a diáknak lehetősége van ismereteket szerezni az öngyilkosság vagy önsértés elkövetésének megelőzése vagy megakadályozása tekintetében, az összes 84 kitöltő közül 59 fő (71%) adott igenlő választ. Ezzel a hipotézisem az a része, hogy a magyar középiskolai rendszerben biztosított preventív szolgáltatások/tevékenységek elérhetősége elmarad attól a szinttől, melyet az ismert szakmai módszerek használatával el lehetne érni, nem bizonyosodott be. A kutatás azon kérdésére, hogy milyen prevenciók módszerek találhatók a tinédzser közoktatási intézményében a 66 válaszadó közül 22 fő (33,3%) számára legalább két prevenciók módszer elérhető. 28 fő (44%) számára lehetőség van szakemberrel történő segítő beszélgetésre, 12 főnek (18%) lehetősége van prevenciók előadásán részt venni. Ezen kívül 4 fő (4,8%) olvashat kihelyezett tájékoztatókat. Tekintve, hogy a 66 válaszadóból minden kitöltőnek van lehetősége valamilyen prevenciók módszer közül választani, így a hipotézisem azon része, miszerint a magyar középiskolai rendszerben biztosított preventív szolgáltatások/tevékenységek módszertani spektruma elmarad attól a szinttől, melyet az ismert szakmai módszerek használatával el lehetne érni, nem igazolódik be, így a hipotézis ezen része is megdőlt.

7.2.2 A második hipotézis vizsgálata

A magyar középiskolai rendszerben biztosított preventív szolgáltatások/tevékenységek beágyazottsága alacsony, a tanulók nem ismerik a lehetőségeket, vagy nem veszik igénybe a segítőik munkáját.

Két, általánosabb kérdés is vonatkozott az első hipotézisben felsorolt prevenciók módszerekre: korábban igénybe vette-e a kitöltő az adott szolgáltatást, illetve van-e olyan személy az iskolájában dolgozók közül, akihez bizalommal fordulna, ha segítségre lenne szüksége, és ha igen, akkor ki ez a személy? A fenti kérdésekkel azt igyekeztem vizsgálni, hogy az elérhető szolgáltatásokat mennyire ismerik az alanyok, mennyire vannak tisztában a lehetőségeikkel, illetve mennyire tartják az iskolát olyan közegnek, ahonnan segítségre számíthatnak. Csakúgy, mint az első hipotézis esetében, itt is érvényes az a kitétel, mely szerint vizsgálatom nem ad lehetőséget általános, az egész

oktatási rendszerre vonatkozó következtetések levonására, az eredmények érvényesége szigorúan a vizsgált alanyokra és iskolákra korlátozódik.

A második hipotézisem szerint a magyar középiskolai rendszerben biztosított preventív szolgáltatások/tevékenységek beágyazottsága alacsony, a tanulók nem ismerik a lehetőségeket, vagy nem veszik igénybe a segítők munkáját.

Arra a kérdésre, hogy a középiskolások kihasználták-e az iskolájukban elérhető lehetőségeket, 68 válaszadóból 43 fő (63,2%) nem élt semmilyen lehetőséggel sem. Ebből arra következtetek, hogy a hipotézisem azon része, hogy a magyar középiskolai rendszerben biztosított preventív szolgáltatások/tevékenységek beágyazottsága alacsony, a hipotézis igazolódott. Arra a kérdésre, hogy a segítő beszélgetés során kihez fordultak a 23 kitöltő közül csupán 9 fő (39,1%) fordult az iskolában megtalálható professzionális szakemberhez (iskolapszichológus, szociális munkás, szociálpedagógushoz). Arra a kérdésre, hogy a kitöltő miért nem iskolapszichológushoz, szociális munkáshoz vagy szociálpedagógushoz fordult, ugyanaz a 22 fő adott választ. A 22 fő közül 10 fő (45,5%) azért nem hozzájuk fordult, mert nem volt információjuk arról, hogy a segítő szakemberek egyáltalán megtalálhatóak az iskolában, 6 fő (27,3%) pedig azért, mert nem ismerte őket személyesen, ezért nem velük osztotta meg a problémáit. Ezek az adatok azt bizonyítják, hogy a középiskolások nem megfelelő kapcsolatban állnak a szakemberekkel, tehát a hipotézisem azon része, hogy a tanulók nem veszik igénybe a segítők munkáját, ezáltal igazolást nyert.

Összegzés

A kutatásom célja az volt, hogy a magyar középiskolákban megvizsgáljam a prevenciók lehetőségei jelenlegi helyzetét, valamint információt szerettem volna gyűjteni a tinédzserek öngyilkossághoz és annak megelőzéséhez való viszonyáról. A feltárt szakirodalom alapján törekedtem arra, hogy az öngyilkosság fogalmát tisztázzam, majd egy közelebbi, tőlünk nem is olyan távol álló jelenségként bemutassam azt. Ezután ismertettem az öngyilkosságra hajlamosító tényezőket, majd összegeztem az utóbbi évtizedekben létrejövő néhány prevenciók kezdeményezést.

A kérdőívem, amit 83 fő töltött ki, az interneten volt elérhető, és összesen 18 kérdésből állt, melyben a kitöltők demográfiai jellemzői után a válaszadók prevenciók lehetőségeinek kihasználtságát és a szociális szakemberekhez való viszonyulását vizsgáltam. A válaszadók középiskolába járó tinédzserek voltak, akik átlagéletkora 16,6 év. A legfiatalabb kitöltő 14 és a legidősebb 20 éves.

Két hipotézisemet a szakirodalom és a saját tapasztalataim alapján állítottam fel. Az első hipotézisem esetében azt feltételeztem, hogy a magyar középiskolákban lévő prevenciók lehetőségei elérhetősége és módszereinek spektruma nem megfelelő. Ez a hipotézis megdőlt, mivel a kutatás alapján a kitöltők több, mint fele részt vett többféle prevencióban

is, melyek számos módszer keretei között (prevenációs előadás vagy nyomtatványok kihe-lyezése, illetve szakemberrel való célzott beszélgetés) valósulhattak meg.

A második hipotézisemnél azt feltételeztem, hogy a prevenció beágyazottsága ala-csony, a fiatalok nem a segítő szakemberekhez fordulnak lelki problémáik megoldásá-ért, ezáltal a hipotézisem beigazolódott. A kutatásban résztvevő diákok 32 százaléka válaszolta azt, hogy nincsenek azzal tisztában, hogy lehetőségük van a szociális munkás és szociálpedagógus személyén keresztül olyan problémamegoldó módszerekkel meg-ismerkedni, amelyek átsegíthetik őket az életükben fennálló krízis megoldásában.

A vizsgálati eredményeim alapján elmondható, hogy a hipotéziseim fele igazolható, amely azt bizonyítja, hogy a prevenció megkedveltetésének folyamata jó irányba halad a középiskolákban, azonban nagy szükség van arra, hogy a diákok megismerhessék a szociális munkások és szociálpedagógusok tevékenységét és munkáját, ezáltal a diákok nem érzik majd idegennek az érintett szakembereket, és képesek lesznek a bizalmi kap-csolaton alapuló segítség kérésre.

Megállapíthatjuk, hogy a középiskolákban jelen van a prevenció. Napjainkban, amennyiben prevenőról beszélünk, inkább a káros, függőséget okozó szokások meg-előzésén van a hangsúly. Az öngyilkosság megelőzésére is ugyanilyen figyelmet kel-lene fordítani, ha a sikeresség a cél. Probléma esetén a segítség az esetek nagy részében rendelkezésre áll szociális munkás vagy szociálpedagógus formájában. Kihívást jelent azonban, hogy ezeket a szakembereket és a segítségre szoruló serdülőket a lehető leg-közelebb hozzuk egymáshoz. A cél egy olyan bensőséges viszony kialakítása a két fél között, amely során a középiskolások megtapasztalják azt az érzelmi biztonságot, ami segíti, hogy bizalommal forduljanak ezekhez a szakemberekhez. Az akadályt az képezi a kutatásban adott válaszok alapján következtetve, hogy a diákok zömének még infor-mációja sincs arról, hogy ez a fajta támogatás létezik. Amennyiben tudnak is arról, hogy ilyen szakemberek dolgoznak az iskolában, személyesen nem ismerik őket, ezért opcióként sem tekintenek arra, hogy hozzájuk forduljanak.

Végezetül a kutatási eredmények rávilágítottak arra, hogy az öngyilkossággal kap-csolatos preventív intézkedések elvégzése nem csupán a szociális területen dolgozó szakemberek feladata. A középiskolákban történő prevenió sikerességében a pedagó-gusoknak is ugyanolyan szerepe van, mint a szakembereknek. Azonban a pedagógusok ismerete az öngyilkossággal és annak megelőzésével kapcsolatos valóban annyira szél-eskörű, amennyire szükséges? Véleményem szerint egy átfogó kutatásra lenne szükség, melyben arra a kérdésre kereshetnének választ, hogy a jelenleg állományban lévő közép-iskolai tanárok milyen tudással rendelkeznek e jelenséggel kapcsolatban. A vizsgálat azt a célt szolgálná, hogy az eredmények elemzése után a pedagógusok képzését aktu-alizálja, módosítsa, figyelembe véve a szuicid viselkedés felismerésével és kezelésével kapcsolatos hiányosságokat.

Irodalom

- Ajtay Gyöngyi, Bérdi Márk, Szilágyi Simon és Perczel-Forintos Dóra (2012): Egy hatékony beavatkozás szuicid prevencióban: A problémamegoldó tréning alkalmazása a klinikumban. *Psychiatria Hungarica*, 27. 2. sz. 92-102.
- Balázs Judit dr. (2018): *Évente egy osztálynyi gyermeket veszítünk el öngyilkosság miatt* – Dr. Balázs Judit a fiatalok pszichiátriai betegségeiről. <http://vadaskert.hu/2018/05/02/evente-egy-osztalynyi-gyermeket-veszitunk-el-ongyilkossag-miatt-dr-balazs-judit-a-fiatalok-pszichiatriai-betegsegeirol/> (2020. április 27.)
- Brent, David (2006): Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of child psychology and psychiatry*. 47. 372-394. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x> (2020. április 7.)
- Buda Béla (2001): *Az öngyilkosság. Orvosi és társadalomtudományi tanulmányok*. Animula Kiadó, Budapest.
- Comer, Ronald J. (2005): *A lélek betegségei. Pszichopatológia*. Osiris tankönyvek, Budapest.
- Durkheim, Émile (2000): *Az öngyilkosság*. Osiris Kiadó, Budapest
- Fodor László dr. (2005): *Az iskolai szociális munka szakembere - a szociálpedagógus*. <http://www.oracler.ro/fodlink/szocialpedagogus.html> (2020. április 16.)
- Nordstöm, P., Åsberg, M., Åberg-Wistedt, A. és Nordin C. (1995): Attempted suicide predicts suicide risk in mood disorders. *Acta Psychiat Scand*. 92. 345-350.
- Pethő Bertalan (1989): *Részletes Pszichiátria. Funkcionális betegségek és zavarok*. Magyar Pszichiátriai Társaság, Budapest.
- Sebestyén Beáta (2010): *Az öngyilkosságok szezonálisának alakulása és az antidepresszívumok forgalomnövekedésének összefüggése Magyarországon 1998 és 2006 között a nemi és területi különbségek tekintetében*. PhD értekezés, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Pécs.
- Shneidman, E. S. (1993): *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*. Northvale, NJ.
- Szabó Lajos (2008): Krízisintervenció a szociális esetmunkában. In: Feuer Mária (szerk.): *A családsegítés elmélete és gyakorlata*. Akadémiai Kiadó, Budapest.