

P. TÓTH TAMÁS – TAKÁCS JUDIT – MOCSONAKI LÁSZLÓ

A STIGMATIZÁCIÓ HATÁSAI HIV-VEL ÉLŐ MELEG FÉRFIAKRA MAGYARORSZÁGON

Tanulmányunk célja, hogy mélyinterjúk kvalitatív elemzése alapján rávilágítsunk a – kelet-közép-európai régióban és különösen Magyarországon – HIV-vel élő embereket érintő társadalmi stigmatizációs folyamatok összetevőire és következményeire. Az általunk készített interjúkban ($n=28$) a HIV-vel élő emberek sajátos igényeire és gondjaira, társadalmi beágyazottságukra és intézményi támogatottságukra, megküzdési stratégiáikra és társadalmi működésük mintázataira fókuszáltunk, különös tekintettel a társadalmi stigmatizációra. A HIV-vel élő emberek által megélt tapasztalatok elemzése hozzájárulhat a HIV/SzTB (szexuális úton terjedő betegségek) fertőzések kockázati tényezőinek jobb megértéséhez, és egyúttal ahhoz, hogy célzottabb és hatékonyabb üzeneteket tudjunk megfogalmazni mind a megelőzés területén, mind a már HIV-vel élő embereknek szóló programokban a férfiakkal szexelő férfiaknak Kelet-Közép-Európában és elsősorban Magyarországon.

Bevezetés

Az utóbbi évek európai epidemiológiai adatai továbbra is a HIV-fertőzés terjedésének növekedéséről tanúskodnak (ECDC 2015). Ezek az adatok azonban önmagukban nem tárhatják föl a HIV-fertőzéshez vezető kontextuális, attitűdbeli, társadalmi és motivációs tényezőket, amelyek vizsgálata régióinkban és hazánkban egyaránt a kevésbé kutatott területek közé tartozik. E hiányt némiképp enyhítendő, tanulmányunk HIV-vel élő emberekkel készített mélyinterjúkból származó adatok kvalitatív elemzésének eredményeit teszi közzé.

Az elemzés alapjául szolgáló mélyinterjúkat egy több mint tíz évig tartó nemzetközi kutatási együttműködés keretében vettük fel, melynek fő célkitűzései közé tartozott, hogy hozzájáruljon a korábbiaknál hatékonyabb, nemzetközileg is alkalmazható HIV/AIDS-prevenációs stratégiák kidolgozásához. A kutatás különböző fázisainak tudományos eredményeiről több tanulmány jelent meg az elmúlt évek során (Amirkhanian et al. 2005, 2009, 2015, Takács et al. 2006, 2013, P. Tóth 2011, 2012, 2015, 2016), melyek részletesen ismertetik a kutatás különböző

eredményeit és az alkalmazott módszereket, melyeket az alábbiakban röviden összefoglalunk.

Noha Kelet-Közép-Európa egyes részein az államszocializmus utolsó éveiben a HIV-vírus okozta járvány szinte ismeretlen volt még, a HIV-fertőzés a kilencvenes évek elején gyors terjedésbe kezdett. A régióbeli megjelenése és terjedése ellenére a HIV-fertőzésről, illetve általában a szexuális úton terjedő betegségek (SztB) társadalmi vonatkozásairól alig publikáltak a volt államszocialista országokban az 1990-es évek eleje óta. A régión belül az államszocializmus megszűntével – a politikai, gazdasági és kulturális átalakulásokkal párhuzamosan – a szexuális normák liberalizációja zajlott le: a szexuális aktivitás kezdete egyre korábbi életkorra tevődött, a korábbiakhoz képest változatosabbá vált az emberek számára nyilvánosan megismerhető szexuális gyakorlatok repertoárja, és a népesség szexuális aktivitása is intenzívebbé vált (legalábbis az e témakörrel kapcsolatos kulturális és médiareprezentációk nagymértékű növekedése erre utalt), míg a rendszertelen óvszerhasználat továbbra is jellemző maradt (Amirkhanian et al. 2009).

A posztszocialista országok némelyikében, így Oroszországban és a Magyarországgal szomszédos Ukrajnában is a 21. század első évtizedében drámaian megugrott a HIV- és SztB-fertőzések száma (UNAIDS 2010). Ugyanakkor például Romániában vagy Horvátországban nem volt hasonló emelkedés. A 2001 és 2009 közötti időszakban a regisztrált HIV-fertőzöttek száma más régióbeli országokban is emelkedett: Szerbiában 1900-ról 4900-ra, Szlovákiában kevesebb mint 200-ról közel 500-ra, Szlovéniában kevesebb mint 500-ról közel 1000-re (uo.). A fertőzöttek antiretrovirális kezelésének (*Antiretroviral Therapy* – ART) becsült aránya nagyban eltért ezekben az országokban: ez az arány például Ukrajnában 13, Szerbiában 34, Magyarországon 38, Romániában 69, Szlovákiában 81 százalékos volt (Havliř–Beyrer 2012).

Magyarországon a HIV-vel élő emberek ART-kezelése a társadalombiztosítás által finanszírozott és megbízható módon hozzáférhető a társadalombiztosítással rendelkező érintettek számára. Az ART vagy a HAART (*Highly Active Antiretroviral Therapy*) a nagy hatékonyságú antiretrovirális terápia rövidítése; emellett még a cART (*combination Antiretroviral Therapy*) kombinációs antiretrovirális terápia elnevezéssel is találkozhatunk. Ezek lényege, hogy a HIV életciklusa során egyszerre több helyen avatkoznak bele a HIV szaporodásába, illetve működésébe. A gyógyszerek nem tudják elpusztítani a vírust, de jelentősen lassítják a szaporodását, így a betegség kialakulása is lelassul. A HAART-módszer csak 1996 óta létezik.¹ E kezelések bevezetése jelentős mértékben javította a fertőzöttek egészségügyi helyzetét, s akadályozta meg számos HIV-vel élő ember korai elhalálózását (Kitahata et al. 2009).

Forradalmi lépésnek számított, hogy a vírus felfedezése után csaknem egy évtizeddel már rendelkezésre állt olyan terápia, ami ha nem is eredményezte a beteg-

¹ E témakörrel további részletek itt olvashatók: http://pozitivan.hu/index.php?option=com_content&view=article&id=42&Itemid=104 (utolsó letöltés: 2017. 02. 08.)

ségből való teljes kigyógyulást, de mindenképpen jelentősen javította az életkilátásokat. A hétköznapi életben csak „gyógyszerkocktélnak” nevezett terápia – mely legalább három különböző gyógyszer kombinációjából áll – drámaian csökkentette az AIDS-esetek és ezzel a halálozások számát is. Hazánkban a kilencvenes évek közepétől részesülnek a fertőzöttek kombinált terápiában, soron kívüli hozzáférési lehetőséggel és ingyenesen: e kezeléssel a hazai orvosi szakvélemények szerint „*kb. 35–40 éves jó életminőségű, munkaképes időszak biztosítható*” (Fodor et al. 2011: 153) a HIV-vel élők számára. A kombinációs kezeléssel ugyan sokkal jobb életminőséget és hosszabb élettartamot lehet elérni szigorú gyógyszerfegyelem-tartással, ugyanakkor számolni kell bizonyos mellékhatások megjelenésével is.

Az Egészségügyi Világszervezet 2011-es európai adatai szerint a kiszűrt HIV-fertőzések száma megduplázódott a 2000-es adatokhoz képest Magyarországon, Bulgáriában, a Cseh Köztársaságban, Litvániában, Hollandiában, Szlovákiában és Szlovéniában is (WHO 2011). A fertőzések számának folyamatos emelkedése indokolja a hatékony HIV/AIDS prevenciók stratégiák kidolgozására irányuló erőfeszítéseket. Egy 2010-es Európai Parlamenti határozatban leszögezték: szilárd bizonyítékok alapján kijelenthető, hogy az új HIV-fertőzések száma hatékonyan leszorítható a HIV/AIDS prevenció révén (EP 2010), valamint hangsúlyozták a HIV-vel élő személyekkel szembeni diszkrimináció elleni küzdelem fontosságát.

Ha összevetjük, hogy Magyarországon és a környező kelet-közép-európai országokban miként terjed a HIV-vírus, meglehetősen eltérő mintázatokat figyelhetünk meg. Közép-Ázsiában és Kelet-Európában,² így Ukrajnában is a legjellemzőbb fertőzési mód a kábítószerfüggők közös tűhasználatára. Romániára a kórházon belül szerzett (*nosocomial*) fertőzés a jellemző, ami főleg gyermekeket érintett a nyolcvanas évek végén (Novotny–Haazen–Adeyi 2003). A férfiakról nőkre áterjedő fertőzés aránya azokban az országokban a legmagasabb, ahol a legjellemzőbb a férfiakkal szexelő férfiak közötti fertőzési mód: Magyarországon (15,7) és Szlovákiában (8,3) kiugróan magas értékkel az európai 2,8-as átlaghoz képest (ECDC 2011). Főleg a férfiakkal szexelő férfiak populációjából származnak a horvátországi és a szlovéniai új HIV-fertőzöttek is (Štulhofer et al. 2008). A magyar, cseh, szlovák, horvát és szlovén adatok alapján a HIV-fertőzés terjedési módjai közül a férfiakkal szexelő férfiak közötti kapcsolatok mintegy 35 százalékát teszik ki az összes fertőzésnek; mindez összhangban van a 2009-es európai adatokkal (Likatavicius–van de Laar 2010). Mindemellett nem hagyhatjuk figyelmen kívül, hogy Kelet-Közép-Európa országaiban a férfiakkal szexelő férfiak népességére vonatkozó HIV-epidemiológiai adatok jóval korlátozottabban érhetőek el, mint a többi érintett csoport esetében – ami feltehetően összefüggésbe hozható a homoszexualitás régióbeli – az északnyugat-európai országokhoz

² Az UNAIDS (2010) besorolása szerint a kelet-európai és közép-ázsiai országok csoportjába Örményország, Azerbajdzsán, Fehéroroszország, Észtország, Grúzia, Kazahsztán, Kirgizisztán, Lettország, Litvánia, a Moldovai Köztársaság, Oroszország, Tádzsikisztán, Türkmenisztán, Ukrajna és Üzbegisztán tartozik. Magyarország a nyugat- és közép-európai országcsoport része, mely szintén nagyon heterogén, hiszen idesorolnak Albániától Izlandon át Törökországig 42 országot.

képest jóval negatívabb – társadalmi megítélésével (Rhodes–Simić 2005, Takács et al. 2013, Takács 2015).

Magyarország a statisztikai adatok tanúsága szerint a mérsékelt fertőzött európai országok közé tartozik, a szűrések száma azonban az Európai Unió országai között nálunk az ötödik legalacsonyabb. 2008-ban a lakosság 0,9 százaléka vett részt HIV-szűrésen (ECDC 2009: 60) és ez az arány azóta is 1 százalék körül van (ECDC 2015: 86). Emellett a kiszűrt fertőzöttek mintegy felét későn, AIDS-stádiumban diagnosztizálják, mely esetekben már igen magas, 35–40 százalék a halálzási arány.

Magyarországon 1986-tól 2013 harmadik negyedévéig (OEK 2011, 2013) 2075 HIV-fertőzöttet szűrtek ki, 648 AIDS stádiumú beteget vettek nyilvántartásba, közülük 324-en már meghaltak. 2015 végéig az adatok további jelentős emelkedést mutattak (OEK 2015b): eddig az időszakig 3116 HIV-fertőzöttet szűrtek ki és 839 AIDS stádiumú beteget vettek nyilvántartásba, akik közül 369-en haltak meg. Míg a 2013. március 31-én rögzített adatok szerint 2402 fő volt a regisztrált HIV-fertőzöttek száma, közülük 1840 esetben azonosították a „rizikócsoport”³ szerinti megoszlást, s ebből az 1840 főből szerepel 1359 a „homo/biszexuális rizikócsoportban” (OEK 2013: 238), addig a 2015. december 1-jén közölt adatok szerint már 3046 volt a regisztrált HIV-fertőzöttek száma, közülük 2295 esetben azonosították a „rizikócsoport” szerinti megoszlást. E 2295 fő közül 1747 került ki a „homo/biszexuális rizikócsoportból” (OEK 2015a: 547). A számokból nem látszik, hogy összesen hány AIDS-beteg él az országban, mert a nem AIDS okozta halálózásra és a kifejezetten HIV-szűrésre érkező turistákra vonatkozó adatok, valamint a migrációs adatok nem részei a nyilvántartásnak. Ma körülbelül 2600⁴ HIV-fertőzött került az ellátórendszer látókörébe (OEK 2015a), azonban a valós esetek száma ennek 3–5-szöröse is lehet. Az egészségügyi ellátórendszer által számításba vett terjedési módok közül az intravénás droghasználat következtében fertőzöttek száma elhanyagolható: csupán 26 fő és közülük is 23-an „importált”, azaz külföldi esetek (OEK 2015a, 2015b). A kiszűrt esetekre alapozva a 20–40 éves korosztály tűnik a leginkább veszélyeztetettnak: a 2006 és 2015 közötti időszakban legalábbis e korosztály alkotta az ismert fertőzöttek mintegy háromnegyedét.

Habár az AIDS továbbra is gyógyíthatatlan betegségként szerepel a köztudatban, ma már sokkal jobbak a HIV-fertőzöttek életkilátásai, mint évekkel ezelőtt. A mai kezelésekkal egy fertőzött élete hosszú évekkel, évtizedekkel hosszabbítható meg. A HIV/AIDS helyzet értékelésekor ugyanakkor figyelembe kell vennünk, hogy Magyarországon az újonnan kiszűrt HIV-pozitív esetek száma változatla-

³ A „rizikócsoportos” megközelítés azért veszélyes, mert azt a hamis illúziót keltheti a népességben, hogy a fertőzés kockázata a „rizikócsoport-tagságtól” függ (s e kockázatnak Magyarországon elsősorban a meleg férfiak lennének kitéve, míg a heteroszexuálisok teljes biztonságban lennének) – valójában azonban bárki veszélybe kerülhet, ha bizonyos, a HIV-fertőzés szempontjából kockázatos szexuális magatartásformákat gyakorol, függetlenül attól, hogy meleg-e, vagy sem.

⁴ A regisztrált, azaz kiszűrt esetek száma.

nul nő (OEK 2011, 2012, 2013, 2015a, 2015b): 2010-ben például az előző évhez képest 30 százalékkal növekedett az újonnan diagnosztizált esetek száma, s az emelkedő tendencia látszik a 2012-es vagy akár a 2015-ös adatokból is.⁵

Módszerek

2003–2004 folyamán kutatási programunk keretében 12–12 ($n = 66$) – elsősorban alkohol- és drogfogyasztási, valamint szexuális aktivitási szempontból – kiemelten kockázatos szexuális magatartásformákkal jellemezhető, fiatal heteroszexuális nők és férfiak által alkotott társadalmi hálózatokat (*social networks*) kezdtünk vizsgálni Szentpéterváron és Budapesten. Ebben a kutatási fázisban fókuszcsoport-interjúkat készítettünk az összes hálózat minden szereplőjével, majd a rögzített hanganyag átírt szövegét elemeztük azzal a céllal, hogy a kiemelten rizikós szexuális viselkedésformák minél több meghatározó tényezőjét azonosíthassuk. A kutatási eredmények rávilágítottak arra, hogy a résztvevők bármely szexuális úton terjedő betegségtől kevésbé tartottak, mint a HIV-fertőzéstől, illetve az AIDS-től (Takács et al. 2006). A HIV-fertőzés kockázatának okaival többé-kevésbé tisztában voltak a fiatalok, azonban a veszélyforrások észlelése különböző módon és mértékben jellemezte őket. Például a teherbe eséstől való félelem erősebb motiváló erőnek mutatkozott, mint az SzTB/HIV-fertőzéstől való félelem: így elsősorban a fogamzásgátló tabletták alkalmazása miatt az óvszerhasználat csökkenő tendenciát mutatott az első szexuális aktust követően; az óvszerhasználat ismételt bevezetése pedig olyan partnerek között, akik egyszer már abbahagyták az óvszer használatát, különösen problémásnak tűnt. Emellett az óvszerhasználat komoly akadályozó tényezőiként számoltak be a fiatal felnőttek alkohol és más tudatmódosító szerek fogyasztásáról. A vizsgálat eredményei arra hívták föl a figyelmet, hogy a HIV/SzTB prevenciós programoknak túl kell lépniük a kockázatos magatartásformák ismertetésén, mivel ezekkel az érintettek többsége tisztában van. Ehelyett azokra a – például pszichológiai, szociális és párkapcsolati – tényezőkre kell inkább koncentrálni, melyek révén a kockázatos viselkedésmódok elkerülhetők, illetve amelyekkel a fertőzési kockázatok mérsékelhetők. E fókuszcsoportos vizsgálat eredményei jelentős mértékben hozzájárultak a kutatási program későbbi fázisaiban alkalmazott módszerek kidolgozásához és finomításához, valamint a kutatási adatok kontextualizálásához.

A rendelkezésre álló epidemiológiai adatok ugyanakkor rámutattak arra, hogy a férfakkal szexelő férfiak máig a leginkább kitéttek a HIV-fertőzés kockázatának Nyugat- és Közép-Európában, ezért a kelet-közép-európai férfakkal szexelő férfiak által alkotott népesség kockázatos viselkedési mintázatainak és azok meghatározó tényezőinek feltérképezése kiemelten fontos feladat. Az e populá-

⁵ Fontos hangsúlyozni, hogy mindenkor csak a diagnosztizált esetek számáról beszélhetünk, nem pedig az újonnan fertőzöttek számáról.

ció HIV-fertőződést kockázatos viselkedésmódjainak feltérképezéséhez használt hagyományos mintavételi mód a főként a meleg férfiak által látogatott nyilvános helyeken fölvetett kérdőívészés volt. Fontos hangsúlyoznunk, hogy a szexuális gyakorlatok alapján meghatározott, férfiakkal szexelő férfiak által alkotott populáció nem feleltethető meg teljes mértékben a meleg identitású férfiak társadalmi csoportjával: HIV/AIDS prevenciók kutatásaink során gyakran talákoztunk olyan férfiakkal, akik bár kizárólag férfiakkal tartottak fenn szexuális kapcsolatot, ugyanakkor nem azonosították magukat melegként. Fontos azt is megjegyeznünk, hogy a melegség identitáskategória, míg a férfiakkal szexelő férfiak esetén a csoporttagság viselkedést leíró kategória. Így amennyiben szexuális magatartásformákra vagy gyakorlatokra koncentrálnak a kutatást végzünk, ez utóbbi kategória használata a célszerű.

Noha meleg helyek – melegbárok, -szaunák, -klubok – léteznek Kelet-Közép-Európában is, a homofób társadalmi környezet miatt (Takács–Szalma 2013, 2014, Takács 2015) a régióbeli férfiakkal szexelő férfiak által alkotott népesség java része „nem bújít elő” – azaz rejtőzködik, tehát nem lesz elérhető e nyilvános helyeken keresztül. E rejtőzködő népesség meleg tagjai több okból nem vállalják fel szexuális orientációjukat: lehet ez a diszkriminációtól való félelem, az elutasító vagy annak vélt családi és társadalmi környezet, illetve ezek kombinációja. Így őket olyan toborzási stratégiák alkalmazása révén lehet elérni, ahol ismerősök ajánlási lánc a kulcs. HIV/AIDS prevenciók kutatások során a hatékony mintavételi stratégia fontos része, hogy olyan személy adjon ajánlást, aki már a kutatás résztvevője: azaz egymást ismerő emberek egyike, aki már a kutatás résztvevője, ajánlja egy másik számára a részvételt. Az ún. hólabdamódszer alkalmazása ilyen toborzó láncot ad, amikor egy-egy résztvevő a saját közösségéből szervez be újabbat (Goodman 1961). A jelen tanulmányban elemzett interjúkhoz is hólabdamódszerrel toboroztuk HIV-vel élő kutatási résztvevőket.

A hólabdamódszer továbbfejlesztéseként létrejött módszer, amikor az ismerősök hálózatában egyszerre több ágon zajlik a toborzás: egy-egy résztvevő további új kutatási alanyokat toboroz résztvevőként. Ezzel a módszerrel a kutatás első fázisában ún. egocentrikus hálózatokat (*ego-centric networks*), míg a kutatás következő fázisában szociocentrikus hálózatokat (*socio-centric networks*) tárunk fel. A hálózatok feltérképezéséhez egy szociometriai vizsgálat is hozzájárult, mely révén a vizsgált hálózatokban szereplő összes személy közötti kapcsolatokat közelebbről is megismerhettük (többek között az is kiderült, hogy egy-egy kapcsolat egyirányú-e, avagy kölcsönös). Az egocentrikus hálózatleírás alkalmazása során – amit korábban széles körben alkalmaztak emberi testnedvekkel terjedő vírusokkal kapcsolatos kutatásokban, így a HIV-vel kapcsolatban is (lásd pl. Amirkhanian et al. 2005) – a kutatók először a vizsgált népesség egy, általában a kezdeti megfigyelések alapján népszerűnek tűnő tagját rekrutálják, és e referenciaszemély kapcsolati hálójának tagjait azonosítják tőle kiindulva: első körben az ő barátait, második körben a barátok barátait, harmadik körben pedig a barátok barátainak barátait próbálják minél hatékonyabban bevonni a kutatásba. A szociocentrikus

hálózati megközelítés során a kutatók az első körben a referenciaszemély barátait nemcsak a referenciaszemélyhez fűződő kapcsolatukról kérdezik, hanem a referenciaszemély által megadott többi baráthoz fűződő esetleges kapcsolatokról is, és ugyanígy járnak el a második és a többedik körökben is.

Az *International Social Network Study* (ISN)⁶ nemzetközi kutatási együttműködés Budapesti Esély című magyar alprojektje⁷ volt eddig az egyetlen magyarországi AIDS prevenciók intervenciók kutatás, mely a HIV-fertőzés szempontjából kockázatos viselkedéssel jellemezhető csoportokkal több módszert (survey, szociometria, intervenciók tréning, mélyinterjúzás) együttesen alkalmazva foglalkozott. Továbbá ez volt az egyetlen olyan magyarországi kutatás, mely a társadalmi hálózatok megközelítését alkalmazta a HIV/AIDS prevenció területén. Ennek keretében a kutatási protokoll által előírt módon⁸ évente 100–120 új résztvevő rekrutálása, interjúzása, orvosi tesztelése és intervenciók tréningezése történt meg. A 2007–2012 közötti időszakban több mint 500 fő vett részt a kutatásban, mely egy szociometriai és egy kockázatfelmérő kérdőívvel kezdődött, majd egy kutatási tréninggel folytatódott. Ennek során a résztvevők olyan információk és képességek birtokába juthattak, melyek hatékonyan hozzájárulhatnak a HIV-fertőzés további terjedésének elkerüléséhez az egyelőre mérsékelt fertőzöttséggel jellemezhető Magyarországon. Az intervenciók tréningek befejezése után fél évvel a kockázatfelmérő kérdőívvel megismétlődött, hogy mérni lehessen az intervenciók tréningek gondolkodásra és viselkedésre gyakorolt hatását. A tréningek befejezése után egy évvel ismét sor került a kockázatfelmérő kérdőívek kitöltésére a hosszabb távú hatások meglétének vizsgálata érdekében. Emellett elsősorban a szexuális viselkedést meghatározó tényezőkre fókuszáló mélyinterjúkat is készítettünk meghatározott népességcsoportokban – ennek részei a most tárgyalandó interjúk is –, mely interjúk anyaga segítette a kérdőíves eredmények értelmezését.

Jelen tanulmány alapjául az ISN keretében készült 28 HIV-vel élő ember énelbeszélése szolgált. Az interjúk felvétele Budapesten történt 2007 áprilisa és 2012 júniusa között. A férfakkal szexelő férfiak populációjába tartozó HIV-vel élő kutatási résztvevőkkel elsősorban civil szervezetek és HIV-aktivisták segítségével vettük föl a kapcsolatot, majd hólabdamódszerrel folytatódott a rekrutálás. Emellett online fórumokon és egy melegmagazinban is meghirdettük a kutatásban való részvétel lehetőségét.

A huszonnyolc résztvevő átlagéletkora 37 év volt: a legfiatalabb 22 éves, a legidősebb 67. Iskolázottságukat tekintve tizennyolc résztvevőnek felsőfokú, hatnak középfokú és négynek alacsonyabb fokú végzettsége volt. Tizennégyen rendelkeztek állás-

⁶ A nemzetközi kutatás Jeffrey A. Kelly, az amerikai *Medical College of Wisconsin, Center for AIDS Intervention Research* igazgatójának vezetésével zajlott. A magyarországi kutatást, mely az MTA Szociológiai Kutatóintézet és a Háttér Társaság együttműködésével valósult meg, Takács Judit és Mocsonaki László vezette. 2006 és 2012 között a kutatás magyarországi koordinátora P. Tóth Tamás volt.

⁷ A Budapesti Eséllyel párhuzamosan két másik alprojekt zajlott Bulgáriában és Oroszországban.

⁸ Például beleegyezési nyilatkozat alkalmazásával, mely ismerteti a kutatásban való részvételt, kockázatok, biztosítja a résztvevőt személyes adatainak bizalmas kezeléséről és anonimitása megőrzéséről stb.

sal, hat munkanélküli, hat rokkantnyugdíjas a HIV-státusza miatt, egy nyugdíjas és egy fő volt diák. A minta összes férfi résztvevője melegként határozta meg magát: közülük tizenhat számolt be arról, hogy egy másik férfival van partnerkapcsolata. Kilenc esetben az interjúalanyok fő partnere szintén HIV-vel élt. Az interjúk felvételének időpontjában a legtöbb résztvevő Budapesten élt, ahol az ekkor még Magyarországon egyetlen HIV-kezelésre szakosodott kórház szolgáltatásaihoz is hozzáférhettek.⁹ A legtöbb résztvevő, ha nem élt eleve Budapesten, akkor HIV-státusza miatt költözött a fővárosba, s csupán hárman akadtak közülük, akik még mindig vidéken éltek. Tizenegy férfi együtt élt azonos nemű partnerével, kilenc egyedül egy háztartásban, három hajléktalanszállón, kettő a szüleiével, egy résztvevő egy barátjával bérelt lakásban közösen, egy fő az albérlőjével és egy fő nővérszállón lakott. Etnikai hátterüket tekintve egy fő romaként határozta meg magát, és ketten voltak külföldi állampolgárok, akik tartózkodási engedéllyel éltek Magyarországon. 22 résztvevő sohasem nősült meg, egy házas volt, de külön élt a feleségétől, öt elvált; a korábbi házások közül háromnak volt gyermeke.

Az interjúk átlagosan 90–120 perc hosszúságúak voltak. A félig strukturált mélyinterjúk elkészítéséhez egy olyan kérdéssort használtunk, melynek fő témakörei közé tartoztak a kapcsolati jellemzők, a HIV-fertőzéspercepciók, a szexuális gyakorlatok, a társadalmi kapcsolatok sűrűsége és a *social network* beágyazottság, az intézményi támogatás, valamint a stigmatizációs és diszkriminációs tapasztalatok. Minden résztvevő aláírta a kutatás menetéről részletes tájékoztatást nyújtó beleegyezési nyilatkozatot. Az interjúalanyok egy, a valódi nevüktől eltérő nevet választottak maguknak, amit az interjúfelvétel időpontjában érvényes életkorukkal együtt a kutatás során az azonosításukra használtunk. Az interjúkból azzal a megegyezéssel készült felvétel, hogy a felvett hanganyag szöveghű legépelése után megsemmisítjük a hangfelvételeket. Az interjúleíratok az interjúk felvételénél meghatározott főbb témakörök szerint kerültek kódolásra: azaz a releváns adatokat a fő témaköröknek és az altémáknak megfelelő kódok szerint kódkönyvbe rendeztük. A kvalitatív elemzés e kódkönyv tartalma alapján készült.

Eredmények

Az interjúk szövegeiben mind a homoszexualitással, mind a HIV/AIDS-szel kapcsolatos stigmatizációs tapasztalatok jól azonosíthatóvá váltak. A társadalmi stigmatizáció fogalmát Goffman (1963) nyomán a stigma – azaz a társadalmilag nemkívánatos különbözőség – tulajdonításaként értelmeztük, melynek következtében a társadalom a stigmatizált embert alsóbbrendűként különbözteti meg a

⁹ Az interjúk felvétele és elemzése óta ez a helyzet megváltozott: már nem csak Budapesten van erre lehetőség, mivel időközben három regionális központot is megnyitottak már az országban (Miskolcon, Pécsen és Debrecenben).

többiekétől. Korábbi kutatások már kimutatták, hogy az internalizált homofóbiához hasonlóan a HIV-stigma internalizálása is öngyűlölethez vezethet (Herek 1990, 2004, Lee–Kochman–Sikkema 2002). Az egyik résztvevő például arról számolt be, hogy hosszú éveken keresztül igyekezett – önmaga előtt is – tagadni homoszexuális vonzalmát az AIDS-től való félelmében:

„Nekem az AIDS-től való félelmem, az összetett eléggé. A homoszexualitást és a HIV-fertőzést azonosítottam eléggé. Amikor szép lassan ezt sikerült szétválasztani, akkor megkaptam [a HIV-fertőzést].” (Rudolf 29)

Az interjúalanyok több mint fele állította, hogy élete folyamán őt személyesen sosem érte társadalmi kirekesztés a homoszexualitása miatt. Ugyanakkor az is kiderült, hogy ezek az interjúalanyok gyakran titokban tartották életük azon részét, amely az azonos neműekhez való vonzódásukat felfedhette volna: „*Nem verem sose nagydobra, így megkülönböztetés se ért*” (Zotyá 41). Mások arról számoltak be, hogy főként szóbeli, de olykor fizikai bántalmazás is érte őket szexuális irányultságuk miatt. Többen megerősítették azt a már korábbi kutatások alapján is tudható tény, miszerint a „*melegek és lesbikusok zaklatása otthon kezdődik*” (Nardi–Bolton 1998: 141). A családon belüli homofóbia szóbeli és fizikai erőszakká képes fejlődni, aminek következtében fiatal emberek otthonuk elhagyására kényszerülnek, illetve kettős életre kell berendezkedniük. Három résztvevőnk fiatalkorukban kidobták otthonról, kettőt közülük az örökségből is kizártak. Egyikük így írta le kényszerű előbújását:

„18 éves voltam, mikor (...) elmentünk az apámmal sétálni, és rákérdezett, hogy buzi vagyok-e? Igen, az vagyok, mondtam. Jó, akkor van 10 perced, hogy befejezd. (...) Mert szerintük ez egy olyan, mint az influenza vagy egy megfázás, és szerintük ezen lehet változtatni. (...) és akkor így nem bírták tovább a dolgot. Összehívták a családot, (...) és bemutattak, hogy így néz ki egy buzi. És onnantól kezdve ki lettem tagadva a családból. (...) Majdnem az utcára kerültem. (...) mindent csináltam: a kurvától a szemetesig minden voltam, amiből pénzt lehetett keresni.” (Edömér 38)

Egyik interjúalanyunk, akinek a HIV-pozitív státusza véletlenül, egy műtét kapcsán derült ki, szemléletes példáját nyújtotta annak, ahogy a heteronormatív moralizálás – ami szerint a HIV/AIDS csak a meleg férfiakat érintheti, mert „erkölcstelenek” – mennyire áthatotta „az egész AIDS-ügyet”.

„Nekem nem volt bajom ezzel az AIDS-szel kapcsolatban, mert amikor ezt az egész AIDS dolgot bedobták a köztudatba [a '80-as években], nagyon otromba módon tették. Ez csak a melegeket érinti, azon belül is csak a férfiakat. Teljesen negatívan állították be, morális kérdésként kezelték. Akkor ezt a korosztályomban senki sem vette komolyan, vagy alig. Igazából azt

hittem, hogy tiszták a partnereim és akkor nem is lehet semmi baj. (...) Igazán mi nem hittük el, hogy van ilyen betegség, amely speciálisan a melegeket érinti.” (Egon 40)

Mivel a HIV/AIDS témában megfogalmazott társadalmi üzenetek bővelkedtek moralizáló elemekben, a prevenció szempontjából lényeges információk háttérbe szorultak, vagy nem értek el a lakossághoz, így a HIV/AIDS fertőzés lehetőségeinek valódi kockázatai rejtve maradtak. A társadalmi üzenetek heteronormatív moralizálása így egyúttal komoly egészségügyi következményekkel is járhatott.

Általános mintázatként azonosítható, hogy interjúalanyaink jóval inkább titkolták HIV-pozitív státuszukat, mint azt, hogy azonos nemű partnerekhez vonzódnak. A „HIV-titok” megtartása igencsak praktikus önvédelmi stratégiaként jelent meg az interjúkban, még azok között is, akik nyíltan melegként élnek. Az egyik nyíltan meleg résztvevőnk megfogalmazásában: ő úgy igyekszik elkerülni a HIV-fertőzéssel kapcsolatos társadalmi kirekesztés formáinak megtapasztalását, hogy egyszerűen nem fedi fel HIV-státuszát:

„Ez egy ilyen önvédelmi mechanizmus: ha a HIV-fertőzés valami olyasmi lenne, mint melegnek lenni, akkor elmondanám... De HIV-pozitívnak lenni, az valami egészen más, mert ez ugye egy ilyen fertőző betegség, ami terjedhet, a melegség meg ugye nem fertőző. A melegséggel kapcsolatban fel tudok hozni érveket, hogy miért van ez rendben, miért OK melegnek lenni, de ezt nem tehetem meg a HIV-pozitivitással kapcsolatban. Nem mondhatom, hogy HIV-pozitívnak lenni nem rossz, mert tényleg rossz annak lenni: mindannyian tudjuk, hogy sokkal jobb HIV-fertőzés nélkül élni, mint HIV-fertőzéssel... Ha az egész város tudná a HIV-státuszomat, akkor nem fogadna a fogorvos, és még az utcán is elkerülnének az emberek. (...) Ezért soha senkinek nem árulom el a HIV-státuszomat, és még ha valaki egyenesen rá is kérdezne, akkor sem tájékoztatnám őket, mert semmi közük hozzá.” (György 30)

A titkolózás ismert önvédelmi stratégia a lehetséges diszkriminatív helyzetek elkerülése érdekében, ami megóvhat a stigmatizáltság megtapasztalásától. Nem véletlen, hogy a HIV/AIDS diszkriminációs és stigmatizációs tapasztalatokra történő rákérdezéskor a leggyakrabban említett terep az egészségügy volt, lévén ez az az közeg, ahol a személy HIV-státusza nem titkolható. A HIV/AIDS-hez kapcsolódó társadalmi stigma súlyosságát a HIV/AIDS ellátásban dolgozó szakemberek nézetei is mutatják, akik maguk azt javasolták a pácienseknek, hogy HIV-státuszukat mások előtt ne fedjék föl: *„Hogy miért nem mondom el? (...) a László kórházban az az első, hogy ne mondjam el senkinek. A nővér is, meg az orvos is [ezt tanácsolja]”* (Rudolf 29).

Az egészségügyben a HIV-vel élő emberek által megtapasztalt érzéketlenségről és közönyről – több külföldi kutatás mellett (lásd pl. Kelly et al. 1987, Kegeles et al. 1989, Stutterheim et al. 2009) – interjúalanyaink is beszámoltak, ahogy erre a következő idézet is rámutat:

„Visszarendelt két hétre rá egy másik vizsgálatra, de mondta, hogy a főnővér fogja tudni azt, hogy nekem milyen betegségem van. Odamegyek, a főnővérrel kezdek kommunikálni, és azt mondta, ja, maga az az AIDS-es buzi, és hogy miért nem a László kórházba megyek, és miért oda megyek vissza. Hát azért nem, mert visszarendelt a főorvos. És akkor mondja, hogy megmosakodtam, és tiszta vagyok? Tehát annyira... ő mintha nem lenne tisztában azzal, hogy terjed ez a betegség.” (Krisztián 37)

Interjúalanyaink HIV-pozitív státuszukkal 22 és 52 éves koruk között szembesültek; aki a leghosszabb ideje tudott közülük HIV-fertőzöttségéről, már 17 éve HIV-vel élt, míg egy másik interjúalanyunk mindössze egy hónappal korábban szerzett tudomást HIV-pozitív státuszáról. Ezzel (is) magyarázható, hogy HIV-vel élőként eltérő megküzdési stratégiákat alkalmaztak – eltérő stratégiákat kellett alkalmazniuk.

Az interjúalanyok HIV-fertőzés előtti és utáni társadalmi beágyazottságát vizsgálva kitűnt, hogy kapcsolataik sűrűsége, valamint baráti hálózataik összetétele is jelentősen megváltozott a HIV-fertőzéssel összefüggésben. Általában egyes a baráti körök, bár barátaik többségét rendszerint meleg férfiak alkották. Egyes interjúalanyok élesen elválasztották a barát és a szexpartner kategóriáit, miközben másoknál ezek egymást átfedő kategóriákként jelentek meg. A „szexuális úton szerzett barát” többeknél egy olyan személyt jelölt, akivel eredetileg szexpartnerként találkoztak, ám kapcsolatuk a későbbiekben barátsággá alakult – ahogy erről Etele is beszámolt:

„Általában különválasztom a barát és pasi szót, (...) a barátaimmal általában nem szexelek. Volt persze olyan is, akivel szexpartnerként ismerkedtem meg, és később vált barátsággá.” (Etele 52)

A beszámolók rámutattak a meleg férfiak közötti kapcsolatfelvételi lehetőségek időbeli változásaira is. Az 1990-es évek elejéhez képest több lett a homoerotikus gyakorlatot megengedő közösségi tér, valamint a technológiai fejlődésnek – és főként az internet-hozzáférésnek – köszönhetően az ismerkedési lehetőségek is kibővültek. Korábban legalább egy nemzedéknyi meleg férfi számára, akik a kilencvenes években váltak fiatal felnőtté, a nyomtatott sajtóhirdetések jelentették a leghatékonyabb partnerkeresési formát:

„Az elején az újság volt [a *Mások* magazin] meg a hirdetés, meg az alkalmi, az utcán való ismerkedések. Tehát a szemkontaktus: a kutya-macska játék.

Jött az ember után valaki. Utána a fürdők voltak. És ahogy fejlődött a technika, az ember teljesen átment az internetes ismeretségre.” (Edömér 38)

Miközben a következő nemzedék már eleve az interneten kezd(het)te más melegek társaságának keresését: „17 évesen kezdtem a meleg életet. A barátaimat chatről ismerem. Vagy másik barát révén: akár szórakozóhelyen, akár házi buliban” (Alex 27).

A legtöbb interjúalany baráti körének összetétele jelentősen megváltozott, miután megtudták HIV-pozitív státuszukat. Interjúalanyaink az elszigeteltség meg tapasztalásáról, illetve régi baráti körük leszűküléséről számoltak be:

„Nekem az előző életemből senki nem maradt meg.” (Egon 40)

„Most, hogy HIV pozitív lettem, most derült ki, hogy nincsenek [barátaim]. (...) Majdnem egyáltalán nincsenek. 1–2. (...) [korábban] szexpartnerek, akivel esetleg több aktus is volt. Őket, úgy a barátaimnak neveztem. Ez [barát – szexpartner] az én esetemben összefolyt. (...) a betegségem előtt sokkal több barátom volt... két-háromszáz... Akiről úgy gondoltam, hogy megosztom vele azt, hogy beteg vagyok, és valamilyen együttérzést, vagy valamilyen segítséget próbáltam meg tőle, az a mai napig nem veszi fel a telefont például, és átmegy a másik oldalra.” (Krisztián 37)

„HIV-pozitívágom előtt sok barátom volt, mint miután kiderült, hogy HIV-pozitív vagyok. Barátaimat egy ilyen szűrőn keresztül próbáltam lemérni.” (Edömér 38)

Másfelől olyan új helyszíneket is említettek, ahol HIV-vel élőként új barátokat találhattak: ilyen helyszínek közé tartozott például a kórház vagy az önszolgáltató csoportok. Azonban ezek a „HIV utáni barátok” többnyire szintén HIV-vel élők voltak, és kevésbé jellemezte őket, hogy korábbi szexpartnerből alakultak volna át baráttá, mint ahogy a HIV előtti barátokat ez inkább jellemezte.

„Most már a HIV-pozitívak vannak többen az ismerőseim között.” (Feri 44)

„Vannak olyanok, akiket a HIV-pozitivitásom alkalmával, és ebből az apropóból ismertem meg, de van olyan, akit már ezelőtt is ismertem. Velük inkább szexuális úton kerültem kapcsolatba. De ez a dolog barátsággá vált. (...) [szexpartnerből] nagyon jó barátok lettünk.” (Herki 32)

A legtöbb interjúalany a családi és baráti támogatás hiányáról számolt be, miután tudatták velük HIV-fertőzöttségüket. Korábbi kutatások már felhívták

a figyelmet arra, hogy a családi környezet támogatásának hiánya – leginkább a figyelemre sem méltatás – milyen pszichológiai károkat okozhat (Stutterheim et al. 2009, 2011). A család részéről megtapasztalt mellőzöttséget magyarázhatta a már a HIV-fertőzést megelőzően megromlott, elhidegült viszony korábbi családi konfliktusok miatt, amelyekben gyakran a homoszexualitás is szerepet játszott. Másfelől, akik többé-kevésbé föl vállalt meleg életvitelt folytattak, azok könnyebben osztották meg HIV-státuszukat egyes barátokkal, családtagokkal, és érzelmi támogatást is nagyobb eséllyel kaptak tőlük.

Fontos hangsúlyozni, hogy HIV-stigmával nemcsak a pozitív státusz jár, hanem – interjúalanyaink beszámolóí szerint – az is, ha valakinek HIV-fertőzött ismerőse, barátja, családtagja van. Ezekben az esetekben ugyanis a stigma kiterjed, átragad a stigmatizált személy környezetére is:

„Megdöbrentő, ha azt mondom, hogy október óta 150–180 telefonszámot kitöröltem a telefonomból. Nem jelentkezik az emberek. Nehezebb felvállalni nekik, hogy van egy HIV-pozitív ismerősük, mint nekem beletörödni abba, hogy HIV-pozitív vagyok. Úgyhogy anno a leprás betegséggel egyenlő ez a HIV-pozitív státusz. (...) Volt egy vidéki meleg ismerősöm, aki (...) hisztizett, hogy nem akar a közelembe kerülni, mert esetleg átugranak a vírusok a bőrömön keresztül. (...) Hetero ismerőseim között van, akivel közöltem, hogy HIV-pozitív vagyok, van, akivel nem. Van, aki nem áll velem szóba azóta, van, aki tud velem találkozni azóta is. Tehát ennek is a 80 százaléka úgy lemorzsolódik. (...) Az emberek úgy hiszik, hogy akkor a homlokomra, a kabátomra, mindenhol már ki van írva, hogy HIV-pozitív, és ezzel az emberrel nem lehet mozogni, nem lehet megjelenni.” (Edömér 38)

Eléggyé kivételes esetnek számított, amikor HIV-pozitív státuszát idősödő szülei nem osztotta meg egyik interjúalanyunk, megkímélni akarván őket az aggodástól, ugyanakkor – praktikus okokból – a munkahelyén a főnökével közölte pozitív státuszát, aki ígéretet tett arra, hogy megőrzi a titkát. Ez az interjúalany hangsúlyozta, hogy számára fontos volt, hogy legalább egy ember tudjon az állapotról a munkahelyén, ha esetleg valamilyen egészségügyi vészhelyzet állna elő.

Az intézményi támogatás a HIV-vel élő emberek számára jóformán az orvosi ellátásra korlátozódik a mai Magyarországon. Azt a tényt, hogy kutatásunk idején az egész országban csupán egyetlen budapesti kórházi rendelő foglalkozott a HIV/AIDS-kezeléssel, és mindenkit ideirányítottak pozitív eredményű HIV-teszt után, több interjúalanyunk is problémaforrásként azonosította:

„Külföldön már más a helyzet. Például ott megválaszthatom a kezelőorvosom, itthon ezt nem tehetem meg. Nincs is nagy választék: két orvos van, meg egy rezidens. Akihez én kerültem, neki eléggyé furá a stílusa. (...) Ha rossz napja van, akkor nem kommunikál a beteggel. Nekem az elején

nem mondták azt, hogy igen, te barom, neked háromhavonta kell jönnöd szűrésre.” (Edömér 38)

Az anonim teszthelyeket gyakran említették, mint azt a környezetet, ahol szeropozitív státuszukat megtudták, különösen azok az interjúalanyok, akik – vagy akiknek az ismeretségi köre – rendszeresen jártak anonim szűrésre:

„Ez úgy történt, hogy az előző barátommal való párkapcsolatomnak a vége felé egy nagyon régi ismerős barátommal találkoztam, és valahogy nem merült fel az óvszer használata. Ő valószínűleg bízott abban, hogy tartós kapcsolatból jövök, én meg nem tudom, miben bízom, és ő volt az, aki utána elment egy tesztre, és kiderült, hogy pozitív. Ki lehetett számolni, hogy nagyjából mikorra tehető a fertőzés, és én voltam az egyedüli, aki benn volt a képben, és aztán elmentem én is szűrésre, és kiderült, hogy pozitív vagyok.” (Feri 34)

Azok, akik anonim teszthelyen szereztek tudomást HIV-pozitív státuszukról, jobb eséllyel kerültek kapcsolatba a HIV/AIDS-re specializálódott egészségügyi szakemberekkel, mert az eredményt megerősítő tesztet már abban a kórházban kellett elvégezni, ahol a (kutatás idején még az országban) egyetlen HIV-osztály működött. Annak ellenére, hogy így ugyan megnőtt az esély arra, hogy a megfelelő orvosi ellátásban részesüljenek, ez egyáltalán nem volt biztosíték arra, hogy bármiféle szimpátiát, vagy együttérzést tanúsítson feléjük a hírt közlő személyzet:

„Elégé futószalag-szerűen működött a dolog. Nem kezelték ott az ember lelkét egy pillanatig sem. Jó, közölték, ez van, vizslát, jöhet a következő ember.” (Krisztián 37)

Számos hely létezik Magyarországon, ahol ingyenes és anonim HIV-szűrést végeznek, és még több nemibeteg-gondozó, ahol – ugyan nem anonim módon, de – ingyenesen HIV és más nemi úton terjedő betegségek szűrésével foglalkoznak. Ugyanakkor pozitív teszteredmény után anonim szűrés esetén is fel kell fednie személyazonosságát mindenkinek, aki a társadalombiztosítás igénybevételével kíván az orvosi kezeléshez hozzáférni. Jelenleg Magyarországon a társadalombiztosítás állja az összes HIV/AIDS-kezeléssel kapcsolatos orvosi költséget.

Egyes interjúalanyaink meg voltak győződve arról, hogy a HIV-vel élő embereknek egymás társaságát kellene keresniük. Ez azonosítható mintázatként jelent meg különösen azok körében, akik nem túl rég tudták meg fertőzöttségüket. Egyikük arról is beszámolt, hogy hozzájárult egy HIV-vel élő emberek önszűrés csoportjának létrehozásához nem sokkal azután, hogy megkapta pozitív teszteredményét. Számára lényegi elemét képezte saját megküzdési stratégiájának az, hogy másoknak segítsen. A civil szervezetek munkájában való aktív részvételt – főként, de nem kizárólag a HIV/AIDS gondozási és prevenció területen –

gyakran értékelték interjúalanyaink úgy, mint saját megküzdési stratégiáik újrahasznosításának hasznos terepét, ahol az általuk kipróbált módszereket megoszthatták mindazokkal, akiknek erre szükségük volt.

Egy másik interjúalany azt hangsúlyozta, hogy a pozitív státusz ismertté válását követő hetekben egy olyan időszakot élt át, amikor előnyben részesítette (volna) más HIV-vel élő emberek társaságát:

„Most olyan szakasz van az életemben, amikor egy másik HIV-pozitívval érezném jól magam. Bennem ez a megrendült ego most... mert megrendült, hisz összeszedtem egy olyan tulajdonságot, amivel most nagyon népszerűtlen lehetek. Ahogy nem nyerő öregnek lenni, nem nyerő HIV-pozitívnek sem lenni. Pár napra rá létesítettem társskereső oldalakon olyan regisztrációt, amin feltüntettem, hogy HIV-pozitív vagyok.” (Etele 52)

A HIV-vel élő embereket nemcsak a szélesebb értelemben vett társadalom stigmatizálja, hanem az olykor szorosan összefonódott meleg baráti körök is. Interjúalanyaink általános vélekedése szerint igencsak figyelni kell arra e meleg körökben is, hogy kik előtt fedhetik fel pozitív státuszukat, hiszen nem mindenki megbízható. Ugyanakkor az is előfordulhat, hogy azért nem tud valaki ezzel az információval mit kezdeni, mert nincs meg hozzá a szükséges ismerete a HIV-ről: *„Feltehetően úgy értékeltem, hogy nem biztos, hogy jól fogadná, esetleg az intellektusa nem olyan, hogy érdemes legyen ilyen információ birtoklására”* (Feri 44). Emiatt több interjúalanyunk hangsúlyozta, hogy a „beavatottak” körét igyekezzenek szűkre szabottan tartani annak érdekében, hogy megelőzzék a pletykát:

„Ha az ember rossz személynek mondja el, vagy egy olyan személy tudja meg, az olyan lenne, mintha a TV-be mondanánk be. (...) Ha bizonyos helyeken kitudódik, mint például a munkahelyen, az sem egy jó dolog. (...) Ott [a munkahelyemen] még azt sem tudják, hogy meleg vagyok.” (Herki 32)

Ahogy erre korábbi kutatások is rámutattak (Alonzo–Reynolds 1995, Herek 2002, Kegeles et al. 1989), interjúalanyaink is beszámoltak arról, hogy amennyiben felfedik pozitív státuszukat szexuális partnereik előtt, akkor az stigmatizációs tapasztalathoz vezethet és negatív hatással lehet kapcsolatuk kimenetelére. Néhányuk számára annak érdekében, hogy ne kelljen HIV-státuszukat fölfedni, inkább az tűnt a járható útnak, hogy egyáltalán nem is élnek szexuális életet. Ők arról számoltak be, hogy a HIV-pozitív státuszuk hosszú távon is olyan közösségi és szexuális bénító hatása van, ami elmagányosodáshoz és depresszióhoz vezethet:

„Egy évvel azután, hogy megtudtam, hogy fertőzött vagyok, még simán azt gondoltam, hogy én most beköltözöm a lakásba, és akkor ott majd ülök

a komputer előtt és pasziánszozom, és várom, hogy meghaljak. Majdnem egy évvel a diagnózis után – akkor még bőven úgy gondolkoztam, és még most is néha így gondolkozom, így is cselekszem. És hát ez alapján azért sok mindent fel is adtam, tehát mit tudom én, nem olvasok, nem tanulok, nem csinállok semmit, nem művelem magam egyáltalán. Amit úgy gondolnék, hogy talán az embernek kéne csinálnia – merthogy minek. És ismerek olyan HIV-pozitív embert, aki tanul és képzi magát, és én mindig azt mondom és azt gondolom, hogy szerintem tök fölösleges.” (Rudolf 29)

„Szexuális kapcsolatomban nem volt hét éve.” (Gyuri 37)

Csupán néhány esetben fordult elő, hogy a HIV-státusz fölfedéséhez nem csak negatív élmények társultak. Etele például még pozitív diagnózisa előtt szervezett meg egy randevút valakivel, de mire találkoztak, már tudta magáról, hogy HIV-pozitív:

„Neki elmondtam, hogy HIV-pozitív lettem. Nagyon megrendült, de azért szeretkeztünk. Nekem ez nagyon felkavaró és meghatározó élmény volt, hogy van, akinek még így is kellek”.

Elek (27) is hasonló élményt említett:

„Általában neten szoktam elmondani, amikor ismerkedek, fordulnak az emberek, de meglepő, hogy vannak olyanok, hogy nem fordulnak el, tudja, hogy pozitív vagyok, meg szexelünk, nem pozitív, szexelünk, de vigyázunk. Nagyon ritka, de mondjuk vannak ilyen emberek is.”

Egyesek pedig azt hangsúlyozták, hogy időbe telt, míg megszokták új – *„se nem egészséges, se nem beteg, és egyáltalán nem biztonságos”* (Paicheler 1992: 22) – szeropozitív személyes és szexuális karakterüket, valamint újratanulták és újraértelmezték egyes szexuális gyakorlataikat:

„Szexeltem nagyon régen egyszer még külföldön [valakivel egy szaunában], aki közölte velem, hogy HIV-pozitív, és ez semmi problémát nem jelentett, hanem inkább nagyra becsültem az őszinteségét, illetve azt is lehet mondani, hogy nagyobb biztonságban éreztem magam, mint hogyha végig azon kellett volna gondolkodnom, hogy ő vajon HIV-pozitív-e, vagy sem, mert így tudtam, hogy az. És akkor tudtam, hogy mit lehet csinálni, mit nem. Tehát ez ilyen szempontból megnyugtató volt. (...) Másrészt meg közben most aztán annyira nem gondolom így, mert az aktus közben azért van egy ilyen állandó (...) állapot: figyelés, nagyon erős figyelés, hogy mi történik, és nem az aktusra, hanem arra, hogy most hogy történhet valami fertőzés mondjuk. És mondjuk, nyilván amíg nem mondja el, addig csak

ő figyel. Viszont, hogyha mind a ketten figyelünk, akkor az, hát nem tudom... Az lehet, ha két ember szereti egymást, az lehet hogy jól működik, de azt nagyon sokat kell gyakorolni.” (György 30)

Az interjúkban feltűntek a saját megfertőződési esélyek retrospektív tárgyalása kapcsán a korábbi kutatások által sorsszerűségként és megalapozatlan optimizmusként azonosított értelmezési keretek; valamint megjelent a kognitív elkerülés több eleme is: köztük a fatalizmus, a rövid távú gondolkodás, a gondolatelnyomás és a figyelem másfelé irányítása (Gold 2004, Nemeroff et al. 2008). György például egy olyan partnerrel élt együtt sok évvel korábban külföldön, aki *szociális munkás, egy szociálpedagógus volt, aki HIV-pozitívokat gondozott. És ő saját magáról nem tudta megmondani, hogy HIV-pozitív, vagy sem [mert nem akarta tudni]. Nem volt hajlandó elmenni tesztre.*

A saját meg-nem-fertőződéssel kapcsolatos megalapozatlan optimizmus érzetet erősíthette az alkoholfogyasztás és a droghasználat, mint például Krisztián esetében:

„Bennem nem motoszkált soha az, hogy megfertőzhetnek, illetve hogy beteg lehetek. (...) Soha. (...) Blokkoltam azt a veszélyérzet-központot, hogy veszély, és nincs veszély. (...) Elnyomtam. (...) Elnyomtam a szerekkal. (...) Ez az *én nem kaphatom el* kategória volt. (...) Most így nagyon szégyellem, de hát ez az igazság.” Krisztián (37)

Míg a kognitív elkerülés témakörét Egon társadalomtörténetileg beágyazva így részletezte:

„...mikor ezt az egészet bedobták a köztudatba (az 1980-as évek végén), nagyon otromba módon tették: ez csak a meleget érinti, azon belül is csak a férfiakat... teljesen negatívan állították be, morális kérdésként kezelték. Akkor ezt a korosztályomban senki sem vette komolyan vagy alig. Igazából azt hittem, hogy tiszták a partnereim, és akkor nem is lehet semmi baj. (...) Tényleg, mikor láttam az első HIV-pozitívot a TV-ben, akkor azt mondtam a barátaimnak, hogy én ilyen nem lehetek soha, én ügyelek a részletekre. Nem volt elegáns dolog erről beszélni a 80-as években. A többség nem is tudott arról, hogy a HIV hogyan terjed. (...) nem is érdekelt, nem is olvastam erről. Azt gondoltam, hogy én nem járhatok így. Nem vettem ezt az egészet komolyan. Hülye módon bebeszéltem magamnak, hogy én így nem járhatok. (...) Hittem abban, hogy rendelkezem azzal a képességgel, hogy észre fogom venni a jeleket: végignézttem a partneremen, és ha nem voltak rajta ilyen csúnya piros foltok, akkor nyugtáztam, hogy nincs baj. Nem használtunk óvszert.” (Egon 40)

E beszámoló a több mint negyedszázaddal ezelőtti magyarországi helyzetre reflektált, amikor még jóval nagyobb információhiány jellemezte a HIV/AIDS témákat, mint napjainkban. Azt is hozzá kell tennünk, hogy a kognitív elkerülés Magyarországon, egy szellemileg és gyakorlatilag is elszigetelt államszocialista országban, általános társadalmi gyakorlatnak tűnt a HIV/AIDS témán túlmenően az élet számos más területén is.

A fatalista hiedelmeket más nézőpontból mutatták be interjúalanyaink, amikor arról számoltak be, hogy „valahogyan” tudatában voltak annak, hogy „ez” megtörténhet velük, mivel rendszeresen kerültek olyan kockázatos helyzetekbe, ahol reális eséllyel megfertőződhetnek. Az általában számos szexuális partnerrel és droghasználattal fűszerezett szexpartik és a „nem szokványos szexuális gyakorlatok” a fertőződés kockázatát fokozó tényezőkként jelentek meg ezekben az elbeszélésekben:

„Mert ez egy szexpartin volt – védekezni védekeztem, viszont fölsértettem a hátam, és utána belefeküdtem mindenbe... azt tudtam, hogy a házigazda HIV-pozitív, s úgy gondoltam, hogy a barátai is azok. Tehát ezek után én úgy gondoltam, hogy ez így megtörtént... sperma, vér, váladék, bármi lehetett ott, hiszen hosszú parti volt.” (Tomi 30)

„Furcsa volt számomra [megtudni, hogy HIV-pozitív lettem]. Azt nem mondanám, hogy készültem rá a furcsa szexuális életem miatt, de megfordult a fejemben, miután nem az átlagos szexuális viselkedést folytatom: (...) keményebb szex, szado-mazó, bőrös bárok látogatása, ökölszex, vibrátorszerű játékszerek alkalmazása.” (Ákos 22)

A biztonságos(abb) szex gyakorlásának potenciálisan eltérő motivációról HIV-pozitív és HIV-negatív státuszú partnerek esetében korábbi kutatások is beszámoltak (Shuper et al. 2009): a HIV-pozitív státuszú partner inkább altruista normákat követ arra törekedve, hogy elkerülje a HIV-fertőzés továbbadását, míg a HIV-negatív státuszú partner önvédelmi céllal némileg önző módon inkább saját magát félti. Interjúalanyaink közül többen megfertőződésüket megelőzően annak érdekében, hogy „biztonságban maradjanak”, azt az egyszerűnek tűnő stratégiát követték, hogy elkerülték – illetve próbálták elkerülni – a fertőzött partnereket. Erre egyrészt úgy próbáltak törekedni, hogy nem létesítettek szexuális kapcsolatot olyan partnerekkel, akikről tudták, hogy HIV-pozitív a státuszuk, másrészt pedig úgy, hogy csak a számukra megbízható partnerekkel szexeltek: „Szórakozóhelyen, ha tudtam, hogy valaki HIV-pozitív, inkább elkerültem a társaságát” (Krisztián 37). Bár e stratégiák a gyakorlatban legtöbbször megbízhatatlannak bizonyultak:

„Nem, nem mondta senki, hogy ő az [HIV-pozitív] lenne [de]... így utólag tudom, hogy szexeltem jó párszor HIV-pozitívval.” (Tomi 30)

„Persze, a volt barátommal [szexeltem], akitől elkaptam. De akkor nem tudtam róla [hogy ő HIV-fertőzött].” (Zsiga 40)

„A barátomtól kaptam el, bíztam benne. Hát meg végül is úgy voltam vele, hogy ha már ő úgyis pozitív lett, akkor most elhagyni nem fogom emiatt, ahogy ő se engem... vagy legalábbis remélem. S gondoltam, megkapom én is.” (Móric 31)

Amikor megkértük interjúalanyainkat, hogy beszéljenek arról, mennyiben változott meg a biztonságos(abb) szexhez való viszonyuk, illetve történt-e változás szexuális gyakorlataikban miután megtudták HIV-pozitív státuszukat, arról számoltak be, hogy a szexuális partnerek előtt való státuszfeltárásnak különböző fokozatai lehetnek:

„Hát... végül is, akivel szexuális kapcsolatot létesíték, azoknak elmondom, mert az ő... egy ember életét esetleg én nem akarom azzal tönkretenni, hogy éntőlem elkapjon valami újabb fertőzést, és nem akarom továbbadni.” (Zolcsi 26)

„Van egy [partner] akivel szexeltem, mielőtt kiszűrtek... de neki nem szóltam [a fertőzésről], azért... még mindig azon gondolkodom, hogy szóljak-e, vagy ne szóljak. De azért ő... fűvel fával. Ha én szólok neki, mindjárt rá fogja fogni, pedig nem biztos, hogy tőlem kapta el.” (András 34)

Egyes esetekben a felelősség megosztása és a partnerek közötti megállapodás hangsúlyt kapott, míg az óvszerhasználatot mellőzték:

„Nem befolyásolt [a HIV-státuszom]. Persze, szexeltem. Ha ők bevállalták, akkor óvszer nélkül. De csak a pozitív partnerekkel nem használtam gumit. Illetve az előző kettő nem pozitívvá csak azért, mert ők így döntöttek.” (Alex 35)

Interjúalanyaink körében a legtöbb esetben a HIV/AIDS-stigmával való megküzdés fő elemeiként azonosíthatók: *a)* az eltitkolás – felváltva alkalmazva azzal, hogy körültekintően és óvatosan mért bizalommal fed fel HIV-pozitív státuszát mások előtt; *b)* a kapcsolatkeresés más HIV-vel élő emberekkel; és *c)* az arra való törekvés, hogy mások sikeres megküzdési tapasztalatait „újrahasznosítsák” úgy, hogy egyúttal másokon segíthessenek. A titkolózás egyrészt segíthet a társadalmi integritás megőrzésében, hiszen így a stigmatizáció elkerülhető, ugyanakkor e titkolózásnak súlyos negatív hatásai is lehetnek: az információ menedzselésének nehézsége és a kettős életvitel stresszhez vezethet, korlátozza a hozzáférést a társadalmi támogató rendszerekhez és az önszolgáltató körökhöz is, illetve késleltetheti az egészségügyi ellátórendszerbe való bekapcsolódást (Alonzo–Reynolds 1995).

Mindemellett, igen kellemetlen helyzetet teremthet az is, ha az alkalmi találkozások során eltitkolt HIV-pozitív státuszát kénytelen valaki fölfedni akkor, amikor a kapcsolat kezd komolyra fordulni. Interjúalanyaink többségének az nyújtott megfelelő támaszt a HIV-stigmával való küzdelemben, ha olyan párkapcsolatban éltek és/vagy olyan baráti kör vette őket körül, akikkel teljesen őszinték lehettek.

Mind a megalapozatlan optimizmus, mind a kognitív elkerülés formái – a fatalizmus, a rövid távú gondolkodás, a gondolatelnyomás vagy a figyelem másfelé irányítása – arra mutatnak rá, hogy interjúalanyaink a stigma elkerülésének érdekében fordultak e technikák alkalmazásához. Kijelenthető tehát, hogy a társadalmi stigmatizációnak komoly egészségkárosító hatásai lehetnek mind a HIV-vel élők pszichológiai jóllétére, mind a fertőzésnek kitett egyénekre és csoportokra nézve.

Összegzés és következtetések

A nemzetközi HIV/AIDS prevenciós kvalitatív kutatási eredményekkel összhangban e tanulmány is ahhoz kívánt hozzájárulni, hogy jobban megérthessük, hogyan strukturálódnak a szexuális magatartásformák, a HIV/AIDS-szel kapcsolatos kockázati tényezők és kockázat-észlelések, valamint a HIV/AIDS-stigmához kapcsolódó társadalmi kirekesztő mechanizmusok eddig kevésbé kutatott szociokulturális területeken. Az önmagukat melegként azonosító, Magyarországon HIV-vel élő férfakkal készült interjúkban megjelentek mind a HIV/AIDS-szel, mind pedig a homoszexualitással kapcsolatos stigmatizáció nyomai. A legtöbb olyan interjúalany esetében, akik nem számoltak be a homoszexualitással vagy a HIV-pozitív státusszal kapcsolatos társadalmi kirekesztésről, feltételezhetjük, ennek „csupán” az az oka, hogy szexuális irányultságukat és HIV-pozitív státuszukat egyaránt titokban tartották. Az is kiderült, hogy a melegségükkel kapcsolatban kevésbé voltak titkolózóak, mint a HIV-státuszukkal kapcsolatban: a HIV-titok megtartására praktikus önvédelmi stratégiaként tekintettek, ami megvédheti őket a stigmatizációtól és a diszkriminációtól. Döntőrészt a titkolózás volt a kulcs a stigmatizáció elkerüléséhez, miközben az esetleges negatív hatásokat, mint például a kettős életvitel okozta stresszt, nem emelték ki elbeszéléseikben. A HIV-pozitív státusz elfedése többek számára nehezzé vált, amikor egy hosszabb távú tartós kapcsolat volt kialakulóban. Az elbeszélésekben az észlelt stigmatizáció negatív hatásait lehetett azonosítani, amikor HIV-státuszukat potenciális szexuális partnerek előtt fedték föl, ami esetenként a szex elmaradásához vezetett – ugyanakkor néhányan arról is beszámoltak, hogy olyan partnerük is akadt, akit nem rettentett el ez az információ a kapcsolat folytatásától. Visszatekintve a HIV-fertőzés előtti időszakukra, az interjúalanyok többsége az általuk fertőzöttként ismert partnerek elkerülésével próbálta hárítani saját megfertőződésük veszélyét: velük nem szexeltek, illetve csak olyan partnerrel létesítettek szexuális kapcsolatot, akiben megbíztak. Mindez azonban nem bizonyult

eredményes HIV-elkerülési stratégiának, hiszen a kutatás idején már mindegyik interjúalanyunk hosszabb-rövidebb ideje HIV-vel élt.

Interjúalanyaink leginkább olyan közegben szereztek HIV/AIDS diszkriminációs és stigmatizációs tapasztalatokat, ahol HIV-státuszukat nem tudták titokban tartani és éppen az egészségügy volt az egyik olyan közeg, ahol ennek kapcsán ellenségességgel, negatív hozzáállással és elutasítással találkoztak az ott dolgozók részéről. Ez a megállapítás egybecseng egy magyarországi közösségi mintán végzett korábbi kérdőíves felmérés eredményeivel, ahol a megkérdezett 1222 magyar LMBT (leszbikus, meleg, biszexuális és transz) ember 28 százaléka számolt be arról, hogy az egészségügyben diszkriminációt tapasztalt: közöttük például olyan esetek fordultak elő, amikor homoszexuális jelentkezőktől megtagadták a véradás lehetőségét éppen az – automatikusan – feltételezett HIV-pozitív státusz miatt (Takács–Mocsonaki–P. Tóth 2008).

Interjúalanyaink beszámolóí hasonlóságot mutattak más posztszocialista országbeli HIV-vel élő emberek diszkriminációs tapasztalataival is például a munkához való hozzá nem férés területén: akár elbocsátás, akár a megbízás elmaradása formájában (Amirkhanian et al. 2003, Bernays–Rhodes–Janković–Terzić, 2010). Ugyanakkor egyetlen magyarországi interjúalany sem számolt be arról, hogy bármely hatóság vagy az egészségügyi alkalmazottak bármikor arra kényszerítették volna őket, hogy érzékeny adatokat szolgáltatassanak magukról vagy partnereikről, és arra sem akadt példa, hogy alá kellett volna írniuk bármilyen nyilatkozatot HIV-fertőzöttségükről, ahogy erről egy orosz kutatás résztvevői panaszkodtak (Amirkhanian–Kelly–McAuliffe 2003). Emellett fontos szempont, hogy más posztszocialista országokkal összehasonlítva Magyarországon ingyenesen és teljes körűen elérhető a HIV-kezelés, és a szükséges gyógyszerek is kellő mennyiségben megbízható módon rendelkezésre állnak (Bernays–Rhodes 2009, Bernays–Rhodes–Janković–Terzić 2010).

Egy korábbi tanulmány (Amirkhanian 2011) több olyan akadályt is azonosított, amelyek hátráltatják a hatékony HIV/AIDS prevenciók megvalósítását: a nemzeti HIV/AIDS prevenciók törekvések infrastruktúrájának hiányát; országspecifikusan azt a társadalmpolitikai és kulturális közeget, ahol a HIV/AIDS fertőzés alapvetően moralizáló diskurzusban jelenik meg; valamint a „veszélyeztetett csoportok” erőteljes stigmatizációját, ami ellehetetleníti, hogy közösségi programokkal elérhetőek legyenek e csoportok tagjai. Ezen akadályok megléte Magyarországon is igazolható eredményeink alapján. A legtöbb interjúalany a támogatás hiányáról számolt be mind a család és a barátok, mind a civil szervezetek és az állam részéről. A HIV-vel élő emberek számára nyújtott intézményi támogatás jelenleg Magyarországon az egészségügyi ellátásban merül ki. Az egyetlen magyar állami szerv, a Nemzeti HIV/AIDS Munkacsoport, amelyet a kormány a „*hazai HIV/AIDS elleni küzdelem elősegítésére, szakmai irányításának fejlesztése érdekében*” hozott létre, nem rendelkezik olyan célzott programmal, amely hozzájárulna a HIV-vel élő emberek minél teljesebb társadalmi (re)integrációjához: elvileg ugyan feladatai közé tartozik, hogy „*javaslatot tesz a Nemzeti*

HIV/AIDS Stratégia, valamint az ahhoz kapcsolódó cselekvési terv kidolgozására, közreműködik azok végrehajtásában”, gyakorlatilag azonban úgy tűnik, hogy már évek óta nem létezik Magyarországon semmiféle működőképes HIV/AIDS-stratégia, ami biztosítani tudná, hogy (egyelőre mérsékeltten fertőzött) hazánkban ne nőjön tovább a HIV-fertőzések száma.¹⁰

Eredményeink alapján kijelenthető, hogy több komoly változtatásra lenne szükség ahhoz, hogy a jelenlegi helyzeten javítani lehessen a HIV/AIDS-szel és a homoszexualitással kapcsolatos stigmák ártó hatásainak csökkentésével a meleg közösségekben és az egész társadalomban, különösen pedig az egészségügyi szolgáltatók körében. Általános tudatosságnövelés lenne szükséges, ami kiemeli, hogy a társadalmi elszigeteltség gyakran vezet kockázatos viselkedésformák gyakorlásához az érintettek körében: az interperszonális és társadalmi támogató rendszerek hiánya meggátolhatja e viselkedésformák megváltoztatását, azaz a kockázatminimalizálás alkalmazását a HIV-vel élő meleg férfiak körében. A tudatosságnövelés csak egy olyan szélesebb körű közegészségügyi szakpolitikai tervezés részeként képzelhető el, ahol figyelem irányul arra is, hogy a HIV/AIDS-szel kapcsolatos ügyek olyan formában jelenjenek meg, amely a HIV-vel élő érintettek számára is elfogadható, mivel ők azok, akiknek leginkább szükségük van ezekre a társadalmi változásokra. Ebben a kontextusban igen fontos kérdés, hogy miként növelhető a magyar népesség, és azon belül is a férfiakkal szexualó férfiak körében a HIV-szűrésen való részvételi hajlandóság. Ehhez speciális programokat kellene tervezni és megvalósítani annak érdekében, hogy minél többen vegyenek részt rendszeresen HIV-szűrésen. E mellett azt is szükséges lenne megvizsgálni, hogy miként lehetne minimalizálni a HIV-szűrésen való részvétellel járó stigmatizációt.

A tudatosságnövelés különböző formái, mint az információcsere, az oktatás és képzés, valamint a személyes részvételi lehetőségek megteremtése, mind elősegíthetik a HIV-vel élő emberek bekapcsolódását az – egyelőre kevésbé működő – támogatórendszer részeit képező programokba. Fontos lenne civil szervezetek számára állami támogatások révén teret és infrastruktúrát biztosítani ahhoz, hogy a HIV/AIDS prevenció területén támogató programokat indíthassanak, különös tekintettel a családi és/vagy baráti támogatás szükségére. E célok megvalósításához folyamatos anyagi támogatásra is szükség lenne az állam részéről.

Kormányzati szervek külön programokat indíthatnának, amelyek hozzájárulhatnának a HIV-vel élő emberek teljesebb társadalmi (re)integrációjához a homofóbia és a társadalmi kirekesztő mechanizmusok elleni kampányok szervezésével, párhuzamosan a teljes társadalmat, illetve bizonyos csoportokat – például az egészségügyben dolgozókat – célzottan is megszólítva. Az egészségügyi dolgozók

¹⁰ A Nemzeti HIV/AIDS Munkacsoportot egy 2012-es, EMMI által kiadott utasítás hozta létre 2013. január elsejei hatállyal a korábban e területen működő egyetlen szervezet, a Nemzeti AIDS Bizottság helyett. Az idézetek forrása a 23/2012. (XII. 29.) EMMI utasítás a Nemzeti HIV/AIDS Munkacsoportról – lásd: http://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/1414/fajlok/23_2012_emmiutasitas.pdf (utolsó letöltés: 2016. 11. 27.)

szerepe kulcsfontosságú, hiszen elvileg jó esélyük lenne bizalmi kapcsolatok kialakítására a hozzájuk fordulókkal, akik a legtöbbször nem rejthetik el státuszukat előtűk. Így az egészségügyi dolgozóknak fel kellene ajánlani HIV/AIDS témájú érzékenyítő tréningeket és betegápolási szakismereteket, hogy a közvetlen fizikai szükségletek ellátásán túl a felmerülő mentálhigiénés igényeket is ki tudják elégíteni. Továbbá a kormányzati és a civil szervezetek erőfeszítéseinek hatékony koordinációjára lenne szükség ahhoz, hogy a HIV-vel élő emberek teljesebb társadalmi integrációja a leginkább költséghatékonyan és egyúttal magas színvonalon működhessen.

E tanulmány egyik legnagyobb korlátja, hogy az általunk használt közösségi minta nem teszi lehetővé, hogy általánosítsuk eredményeinket a magyarországi HIV-vel élő emberekre. Meggyőződésünk azonban, hogy e korlát ellenére tanulmányunk hozzájárulhat a stigmatizáló társadalmi környezetben HIV-vel élő meleg emberek stigmakezelési stratégiáinak jobb megértéséhez.

Jelen tanulmány eredményei annak a szükségességére mutatnak rá, hogy integrálni kell a HIV-vel élő emberek szükségleteit a számukra tervezett szolgáltatásokba, az orvosi, egészségügyi és más társadalmi környezetben is. Az egészségügyben dolgozóknak minél inkább hozzá kell járulniuk a stigma csökkentéséhez, hogy a lehető legnagyobb számú potenciális fertőzött ember juthasson el szűrővizsgálatokra, illetve juthasson hozzá kezelési lehetőségekhez. Ugyanezen okból a stigma csökkentése az egész társadalom érdeke is.

A járvány mértékét tekintve Magyarország jelenleg a mérsékelten fertőzött országok közé tartozik: vagyis (még) van lehetőség a megelőzés továbbfejlesztésére annak érdekében, hogy elkerüljünk egy súlyosabb járványhullámot és a fertőzöttségi szintet olyan alacsonyan tartsuk, amilyen alacsonyan csak lehetséges. A társadalmi kirekesztés és a stigmatizáció mechanizmusait fokozottan kell figyelembe venni HIV/AIDS prevenciós programok tervezésekor. A titkolózás mint a stigma elkerülésének fő módozata ugyanis ahhoz vezethet, hogy kockázatos – szexuális – magatartásformák felé mozdulnak el a stigmatizáltságtól tartó és azt elkerülni igyekvő emberek, ezért kettős életvitelt alakítanak ki, és például úgy próbálják eloszlatni fertőzöttségük gyanúját, hogy óvszerhasználat nélkül létesítenek szexuális kapcsolatokat. A hatékony HIV/AIDS prevenciós programoknak tehát a HIV/AIDS-szel és a homoszexualitással kapcsolatos társadalmi stigmatizáció csökkentéséhez való hozzájárulást is célul kellene tűzniük Magyarországon és régióink más országaiban egyaránt.

Irodalom¹¹

- Alonzo, A. A. – Reynolds, N. R. (1995): Stigma, HIV and AIDS: An exploration and elaboration of a stigma trajectory. *Social Science & Medicine*, 41 (1), 303–315.
- Amirkhanian, Y. A. – Kelly, J. A. – Kabakchieva, E. – Kirsanova, A. V. – Vasileva S. – Takács J. – DiFranceisco, W. J. – McAuliffe, T. L. – Khoursine, R. A. – Mocsonaki L. (2005): A randomized social network HIV prevention trial with young men who have sex with men in Russia and Bulgaria. *AIDS*, 19, 1897–1905.
- Amirkhanian, Y. A. (2011): Review of HIV vulnerability and condom use in central and eastern Europe. *Sexual Health*, 9 (1), 34–43.
- Amirkhanian, Y. A. – Kelly, J. A. – McAuliffe, T. L. (2003): Psychosocial needs, mental health, and HIV transmission risk behavior among people living with HIV/AIDS in St Petersburg, Russia. *AIDS*, 17, 2367–2374.
- Amirkhanian, Y. A. – Jeffrey, J. A. – Takacs, J. – Kuznetsova, A. V. – DiFranceisco, W. J. – Mocsonaki, L. – McAuliffe, T. L. – Khoursine, R. A. – P. Toth T. et al. (2009): HIV/STD Prevalence, Risk Behavior, and Substance Use Patterns and Predictors in Russian and Hungarian Sociocentric Social Networks of Men Who Have Sex with Men, *AIDS Education and Prevention*, 21 (3), 266–279.
- Amirkhanian, Y. A. – Kelly, J. A. – Takacs, J. – McAuliffe, T. L. – Kuznetsova, A. V. – P. Toth T. – Mocsonaki, L. – DiFranceisco, W. J. – Maylakhs, A. (2015): Effects of a social network HIV/STD prevention intervention for MSM in Russia and Hungary: a randomized controlled trial. *AIDS*, 29 (5), 583–593. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4497559>
- Bernays, S. – Rhodes, T. (2009): Experiencing uncertain HIV treatment delivery in a transitional setting: qualitative study. *AIDS Care*, 21 (3), 315–21.
- Bernays, S. – Rhodes, T. – Janković-Terzić, K. (2010): “You should be grateful to have medicines”: continued dependence, altering stigma and the HIV treatment experience in Serbia. *AIDS Care*, 22, Suppl 1, 14–20.
- ECDC (2009): *HIV/AIDS surveillance in Europe 2008*. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control. http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0912_SUR_HIV_AIDS_surveillance_in_Europe.pdf
- ECDC (2011): *HIV/AIDS surveillance in Europe 2010*. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control. http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/111129_SUR_Annual_HIV_Report.pdf
- ECDC (2015): *HIV/AIDS surveillance in Europe 2014*. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control. <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/hiv-aids-surveillance-in-Europe-2014.pdf>

¹¹ A megadott internetes hivatkozások utolsó letöltésének időpontja a kézirat lezárásának dátuma: 2017. 02. 08.

- EP [European Parliament] (2010): European Parliament resolution on a rights-based approach to the EU's response to HIV/AIDS 2010 July 8 – P7_TA(2010)0284. <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+MOTION+B7-2010-0428+0+DOC+PDF+V0//EN&language=EN>
- Fodor K. – Bognár P. – Kiss J – Holló P. – Marschalkó M. – Szlávik J. – Bánhegyi D. – Kárpáti S. (2011): Bőrtünetek alapján diagnosztizált HIV esetek. *Bőrgyógyászati és Venerológiai Szemle*, 87 (5), 149–154.
- Goffman, E. (1963): *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Gold, R. S. (2004): Explaining gay men's unrealistic optimism about becoming infected with HIV. *International Journal of STD & AIDS*, 15 (2), 99–102. <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1258/095646204322764280>
- Goodman, L. A. (1961): Snowball sampling. *Annals of Mathematical Statistics*, 32, 148–170.
- Havlic, D. – Beyrer, C. (2012): The Beginning of the End of AIDS? *The New England Journal of Medicine*, July 18, 2012 (10.1056/NEJMp1207138).
- Herek, G. M. (1990): Illness, Stigma, and AIDS. In G. R. Van den Bos (ed.): *Psychological Aspects of Serious Illness*. Washington, DC: American Psychological Association, 103–150.
- Herek, G. M. (2002): Thinking About AIDS and Stigma: A Psychologist's Perspective. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 30 (4), 594–607.
- Herek, G. M. (2004): Beyond "Homophobia": Thinking About Sexual Prejudice and Stigma *Kegeles, S. M. – Herek, G. M. (1990): in the Twenty-First Century. Sexuality Research & Social Policy*, 1 (2), 6–24.
- Kegeles, S. M. – Coates, T. J. – Christopher, T. A. – Lazarus, J. L. (1989): Perceptions of AIDS: the continuing saga of AIDS-related stigma. *AIDS*, 3, Suppl 1, S253–S258.
- Kegeles, S. M. – Herek, G. M. (1990): Illness, Stigma, and AIDS. In G. R. Van den Bos (ed.): *Psychological Aspects of Serious Illness*. Washington, DC: American Psychological Association, 103–150.
- Kelly, J. A. – St Lawrence, J. S. – Smith, S. Jr. – Hood, H. V. – Cook, D. J. (1987): Stigmatization of AIDS patients by physicians. *American Journal of Public Health*. 77(7):789–791.
- Kitahata, M. M. – Gange, S. J. – Abraham, A. G. – Merriman B. et al. (2009): Effect of Early versus Deferred Antiretroviral Therapy for HIV on Survival. *The New England Journal of Medicine*, 1815–1826.
- Lee, R. S. – Kochman, A. – Sikkema, K. J. (2002): Internalized stigma among people living with HIV-AIDS. *AIDS and Behavior*, 6 (4), 309–319.
- Likatavicius, G. – van de Laar, M. J. (2010): HIV and AIDS in the European Union, 2009. *Euro Surveill.*, 15 (48), pii=19737. <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19737>

- Nardi, P. M. – Bolton, R. (1998): Gay-Bashing: Violence and Aggression Against Gay Men and Lesbians. In P. M. Nardi (ed.): *Social Perspectives in Lesbian and Gay Studies*. London: Routledge, 412–433.
- Nemeroff, C. J. – Hoyt, M. A. – Huebner, D. M. – Proescholdbell, R. J. (2008): The cognitive escape scale: Measuring HIV-related thought avoidance. *AIDS and Behavior*, 12, 305–320.
- Novotny, T. – Haazen, D. – Adeyi, O. (2003): HIV/AIDS in Southeastern Europe. Case Studies from Bulgaria, Croatia, and Romania. The World Bank: Washington, D.C.
- OEK [Országos Epidemiológiai Központ] (2011): HIV/AIDS Magyarország. *Epinfo*, 46, 532–536. <http://www.oek.hu/oek.web?to=839&nid=41&pid=11&lang=hun>
- OEK [Országos Epidemiológiai Központ] (2012). HIV/AIDS Magyarország. *Epinfo*, 28, 333–336. Elérhető: <http://www.oek.hu/oek.web?to=839,1572,1991&nid=41&pid=12&lang=hun>
- OEK [Országos Epidemiológiai Központ] (2013): HIV/AIDS Magyarország. *Epinfo*, 22, 237–248. <http://www.oek.hu/oek.web?to=,839&nid=41&pid=13&lang=hun>
- OEK [Országos Epidemiológiai Központ] (2015a): HIV/AIDS Magyarország. *Epinfo*, 47, 571–582. <http://oek.hu/oek.web?nid=41&pid=16&to=839&lang=hun>
- OEK [Országos Epidemiológiai Központ] (2015b): HIV/AIDS Magyarország. *Epinfo*, 23, (16), 197–208. <http://oek.hu/oek.web?nid=41&pid=17&to=839&lang=hun>
- Paicheler, G. (1992): AIDS: A problem for sociological research: Society facing AIDS. *Current Sociology*, 40 (3), 11–23.
- P. Tóth T. (2011): *HIV-pozitív önmeghatározási stratégiák*. In Dupcsik Cs. – Kovách I. – P. Tóth T. – Takács J. (szerk.): *Nézőpontok – Fiatal kutatók tanulmányai*. Szociológiai Tanulmányok 1. Budapest: MTA Szociológiai Kutatóintézet, 24–34.
- P. Tóth T. (2012): *A HIV-pozitívok társadalmi integrációs esélyei Magyarországon*. In Kovách I. – Dupcsik Cs. – P. Tóth T. – Takács J. (szerk.): *Társadalmi integráció a jelenkori Magyarországon*. Budapest: Argumentum – MTA Társadalomtudományi Kutatóközpont Szociológiai Intézet. 398–411.
- P. Tóth T. (2015): Szexuális gyakorlatok és biztonságosabb szex értelmezések HIV-vel élők én-elbeszéléseiben. *Socio.hu Társadalomtudományi Szemle*, 3, 52–177.
- P. Tóth T. (2016): Család, választott család? HIV-vel élő meleg férfiak tapasztalatai. *Magyar Tudomány*, 2, 188–197.
- Rhodes T. – Simić, M. (2005): Transition and the HIV risk environment. *British Medical Journal*, 331, 220–223.
- Shuper, P. A. – Joharchi, N. – Irving, H. – Rehm, J. (2009): Alcohol as a correlate of unprotected sexual behavior among people living with HIV/AIDS: Review and meta-analysis. *AIDS and Behavior*, 13(6), 1021–1036.

- Stutterheim, S. E. – Pryor, J. B. – Bos, A. E. – Hoogendijk, R. – Muris, P. – Schaalma, H. P. (2009): HIV-related stigma and psychological distress: the harmful effects of specific stigma manifestations in various social settings. *AIDS*, 23 (17), 2353–2357.
- Stutterheim, S. E. – Bos, A. E. – Pryor, J. B. – Brands, R. – Liebrechts, M. – Schaalma, H. P. (2011): Psychological and Social Correlates of HIV Status Disclosure: The Significance of Stigma Visibility. *AIDS Education and Prevention*, 23 (4), 382–392.
- Štulhofer, A. – Baćak V. – Bozicević, I. – Begovac J. (2008): HIV-related Sexual Risk Taking Among HIV-negative Men Who Have Sex with Men in Zagreb, Croatia. *AIDS and Behavior*, 12 (3), 502–512.
- Takács J. (2015): *Homophobia and Genderphobia in the European Union*. Policy contexts and empirical evidence. Stockholm: SIEPS (Swedish Institute for European Policy Studies).
- Takács J. – Amirkhanian, Y. A. – Kelly, J. A. – Kirsanova, A. V. – Khoursine, R. A. – Mocsonaki L. (2006): “Condoms Are Reliable but I Am Not”: A Qualitative Analysis of AIDS-Related Beliefs and Attitudes of Young Heterosexual Adults in Budapest, Hungary and St. Petersburg, Russia, *Central European Journal of Public Health*, 14 (1), 59–66.
- Takács, J. – Kelly, J. A. – P.Tóth T. – Mocsonaki, L. – Amirkhanian Y. A. (2013): Effects of Stigmatization on Gay Men Living with HIV/AIDS in a Central-Eastern European Context: A Qualitative Analysis from Hungary. *Sexuality Research and Social Policy*, 1, 24–34.
- Takács J. – Mocsonaki L. – P. Tóth T. (2008): A leszbikus, meleg, biszexuális és transznemű (LMBT) emberek társadalmi kirekesztettsége Magyarországon. *Esély*, 19 (3), 16–54.
- Takács, J. – Szalma, I. (2013): How to Measure Homophobia in an International Comparison? *Družboslovne razprave*, 29 (73), 11–42.
- Takács J. – Szalma I. (2014): A homoszexualitással kapcsolatos társadalmi attitűdök vizsgálata Magyarországon és Romániában. *Erdélyi Társadalom*, 12 (1), 9–30.
- UNAIDS (2010): *UNAIDS Report on the global AIDS epidemic*. UN Joint Programme on HIV/AIDS: Geneva. http://www.unaids.org/globalreport/documents/20101123_GlobalReport_full_en.pdf
- WHO (2011): *Global HIV/AIDS Response*. Epidemic Update and Health Sector Progress towards Universal Access: Progress Report 2011. WHO Press: Geneva. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502986_eng.pdf