

VARGA ZSÓFIA KATALIN – BAKSA DÁNIEL – K. SZILÁGYI ADRIENN

A halál iránti attitűd és összefüggéseinek vizsgálata kritikus állapotú betegek ápolásával foglalkozó populációkban: intenzívterápiás osztályon illetve hospice-ellátásban dolgozó nővérek körében

Összefoglalás ♦ *Keresztmetszeti kérdőíves kutatásunk a halál iránti attitűdöket, a halálfélelmet és ezek korrelátumait vizsgálja, foglalkozik a halállal, haldoklással kapcsolatos érzelmekkel, gondolatokkal és az életvégi döntésekkel két, egymástól eltérő ápolási szemlélet összehasonlításában: intenzívterápiás osztályon (ITO), illetve hospice-ellátásban dolgozó nővérek magyar mintáján. Az eredmények szerint a halál menekülésként való elfogadása a hospice- nővérekre, míg a halálelkerülés az intenzívterápiás osztályon dolgozóakra jellemzőbb, a tudatos halálfélelem mértékében nem mutatkozott szignifikáns különbség. A vallásosakra, illetve a túlvilágban hívőkre a halál megközelítő elfogadása jellemzőbb. Az ITO-s nővéreket jobban megviseli egy közeli hozzátartozó halála, mint a hospice-nővéreket, akik sokkal inkább képesek a haldoklás idejét a búcsúzásra való alkalomnak tekinteni. Az életfenntartó kezelések leállítása kapcsán a hospice-os nővérek körében hangsúlyosabb a palliatív terápiára való átállás, míg az ITO-s nővéreknél a beteg jogainak érvényesítése. Az étellel való elégedettségben nem volt különbség, azonban a kiegészre veszélyes pszichoszomatikus tünetek nagyobb mértékben jellemzőek az intenzív osztályon dolgozókra. A szülői neveléssel kapcsolatos emlékek vizsgálatában az eredmények szerint minél nagyobb a szülői elutasítás, valamint a túlvédés mértéke, annál magasabb a pszichoszomatikus tünetek mértéke. Minél kevésbé meleg az anyai, apai és szülői nevelési stílus, annál nagyobb mértékű a kiegészre hajlamosító tünetek megléte. Az ITO-s nővérek esetében nagyobb mértékben jellemző a szülői elutasítás, mint a hospice-nővéreknél. A gyerekkori családi mintázat a felnőttként átélt mintázattal szignifikáns pozitív kapcsolatot mutatott, ami az előnytelen mintázatokban problémás, hiszen összefüggésbe hozható az elégtelen megküzdési stratégiával, ami hosszútávon depresszív, illetve neurotikus megbetegedésekre hajlamosít.*

I. Elméleti bevezetés

Haláltabu. A laikusok számára megdöbbentőnek tűnhet ez a szóösszetétel, de a tanatológiában ma már jól ismert, hogy a nyugati világban aktuálisan jellemző halálképre leginkább ez a kifejezés érvényes. Kulcsár (1998, idézi Kolosai – Bognár, 2001: 19) definíciója szerint *„tabu az, amit a szokás, a kultúra és nem a törvény tilt. Gondolata félelmet ébreszt, illetve nem beszélnek róla, ha gondolnak is rá.”* Tényleg így viszonyulunk manapság a halálhoz? Marie de Hennezel (2007: 15) szerint rettegünk a haláltól, *„fölidézése legtöbbször félelmet és nyugtalanságot kelt. Igyekszünk még a gondolatát is elhessegetni magunktól. Iszonyodunk tőle, ezért minél messzebb akarjuk tudni magunktól.”* Mai világunkban sajnálatos módon egyre inkább távol kerülünk a méltóságos halál és a szeretteinktől való meghitt végső búcsúvétel lehetőségétől. Az élet vége felé közeledve, köszönhetően az egyre fejlődő orvostudománynak, az emberek egyre gyakrabban részesülnek egészségügyi ellátásban, ami pozitív és negatív következményekkel egyaránt jár: az élet az orvosi beavatkozásoknak köszönhetően meghosszabbítható, tehát védjük azt (Pénzes – Lencz, 2003); ugyanakkor a betegek végül gyakran a kórházban, magukra maradva búcsúznak az élettől, s halnak *„egyenhalált”* (K. Szilágyi, 2007: 9).

A halállal kapcsolatos attitűdök és halálfélelem

Az ember félelmeinek hátterében számos elméletalkotó szerint a halálfélelem áll. Yalom a halálfélelmet legalapvetőbb meghatározónknak tartja, a megsemmisüléstől, a „nemléttől” való rettegésnek, amely a „lét törekenységének tudata” (2003: 38). Mindannyiunk életében központi szerepet kap, hiszen senki sem kerülheti el a halált, valamint ez titokzatosságában és ismeretlenségében is felülmúlja az összes többi félelmet, valami olyasmit takar, amit senkinek sincs módja megismerni (Mannoni, 1991). Kierkegaard az érzés tárggyal való rendelkezése alapján szembeállította a félelmet és a szorongást. A félelmet egy konkrét tárgyhoz köthető érzésként határozta meg, míg a szorongást „tárgy nélküli félésnek, a semmi félelmének” nevezte (1957, idézi Yalom, 2003: 39). A halált pedig nem lehet lokalizálni és konkretizálni, így az ember diffúz érzésként éli meg, szorong attól, hogy egyszer semmivé lesz. A halállal azonban képtelenség szembeszállni, s ez a tehetetlenség-érzés további szorongáshoz vezet. Ezzel az érzéssel csakis úgy van módunk megküzdeni, ha tárggyal látjuk el, áthelyezzük valamire, Yalom (2003) ezzel magyarázza a további félelemfajták kialakulását. A halálfélelem mindent átható, nagyon erős érzés, a halál motívuma benne van életünkben a legszemélyesebbtől (célok, időtöltés) a tág, makroszociális struktúrákig (temetők, hittudomány) - azonban nem betegség, nem kell gyógyítani. Problémák akkor jelentkeznek

csupán, ha a halálfélelem olyan mértékben eluralkodik az egyénen, hogy képtelenné teszi az élet örömeinek átélésére, s a nap egészében és minden élethelyzetben jelen van (Popper, 1999).

Choron (1964, idézi Yalom, 2003) a halálfélelem három típusát különbözteti meg: 1: mi lesz a halál után; 2: meghalás eseménye; 3: a lét megszűnése. Ez utóbbit tekinti a halálfélelem központi kérdésének. Emellett a halálszorongás megnyilvánulásának egyéb szintjei lehetnek: félelem a fizikai fájdalomtól, bevégezetlen tervek fájjalása, személyes élmény megszűnésétől való rettegés. Ezzel ellentétben az epikureus filozófusok szerint nincs mitől félni, hiszen „ahol én vagyok, ott nincs halál, ahol halál van, ott meg én nem vagyok” (Yalom, 2003).

A halál tagadására energiáink nagy hányadát fordítjuk, leküzdésére már kisgyermekkorban beindulnak elhárító mechanizmusaink, s áttolással, tagadással átalakítjuk „valamitől való félelemmé”. Konvencionális és adaptív elhárító mechanizmusaink közé tartozik pl. az elfojtás, az eltolás és a racionalizálás. Azonban ha ezek segítségével nem tudjuk kellően sikeresen megvalósítani a megküzdést, speciális elhárító mechanizmusokat alkalmazunk: ilyen a személyes omnipotencia hite (vagyis személyes különlegességünkben és sebezhetetlenségünkben való hit), valamint a társadalmilag elfogadott hiedelmek átvétele (hit a végső megmentő létezésében). Ám azoknál, akiknél mindezen megküzdési módok eredménytelennek bizonyulnak, szélsőséges elhárítási módok, különböző klinikai tünetek alakulhatnak ki, pl. depresszió, neuroticizmus vagy skizofrénia (Yalom, 2003).

A halálfélelem két aspektusát vizsgálja a szakirodalom: a tudatos illetve nem tudatos szintet. A tudatos halálfélelem a verbalizálható aspektust vizsgálja közvetlen, önbeszámoló eljárásokkal, míg a nem tudatos, nem verbalizálható dimenziók feltérképezésére projektív / indirekt módszereket alkalmaznak. Kapcsolati vizsgálatokat végeznek különböző személyiségjellemzők, intelligencia, vallásosság, élethez való viszony, pszichológiai jóllét, foglalkozás illetve különféle demográfiai mutatók és a halálfélelem között (Békés, 2003). A halálfélelem szorongással való összefüggése talán mindezek közül a leginkább magától értetődő, hiszen a legfőbb ismeretlennel kapcsolatos szorongásunk mindenre kiterjed, az összes szorongásunkkal összefüggésbe hozható (Békés, 2000). Szerepe meghatározó, hiszen önmagában és a stresszel együttesen mediálják a kiegészítő kapcsolatos pszichoszomatikus tünetek kialakulását. A *vallásosság* mint lehetséges védőfaktor és a halálfélelem kapcsolatával foglalkozó vizsgálatok egymással nehezen összeegyeztethető eredményeket hoztak, ám Leming (1980, idézi Békés, 2000) 23 kutatás eredményeit elemezve arra jutott, hogy az összefüggés fordított U-alakú: a vallásosság skálákon közepes pontszámot elérők szignifikánsan magasabb halálfélelmet mutatnak mind a magas, mind az alacsony

pontszámúakhoz képest. Békés (2003) azt találta a Halálattitűd-Profillal végzett vizsgálatában, hogy a vallásosakra jellemzőbb a halál megközelítő illetve semleges elfogadása a nem vallásosakhoz képest; ugyanez igaz az erősen vallásosakra a közepesen vallásosakhoz képest, s utóbbiakra jellemzőbb a halálelkerülés. Ugyanilyen fordított U-alakú összefüggés feltételezhető leginkább a halálfélelem és a *túlvilágba vetett hit* között (Békés, 2000): mind az abban erősen hívők, mind az egyáltalán nem hívők halálfélelme alacsonyabbnak tűnik a bizonytalan(abb) álláspontúakéhoz képest.

A halál iránti attitűd alakulása a történelem során és a hospice-mozgalom megjelenése

A következőkben érdemes röviden áttekintenünk a halál iránti attitűd alakulását a történelem során, a halál ugyanis nem számított mindig tabunak.

A leghíresebb áttekintés Philip Ariès (1977, idézi Kolosai – Bognár, 2001) nevéhez fűződik, aki a 6. századtól napjainkig tartó időszakban a halállal kapcsolatos közösségi attitűdök területén négyféle halálviszonyt különített el: 1. *megszelídített halál*; 2. *önmagunk halála*; 3. *másik halála* és 4. *tiltott halál* korszaka, mely leginkább a 20. század sajátossága. Ennek a folyamatnak a lényege, hogy abból a kezdeti állapotból, amikor a halál az élet természetes része volt, a halál egyre személyesebbé válásával és fokozódó elhárításával eljutunk napjaink haláhtagadó világképehez, a tartalomvesztett, félelmetes halálhoz (Zana – Szabó – Hegedűs, 2008). A kórházak falai közé kerül a haldoklás és a halál; az ember nem ura többé saját halálának, csupán alanya, elszenvedője annak. Megjelenik a haldoklóval szembeni őszintétlenség, mivel a halállal való szembesülés félelmetessé vált, s a haldoklással és a gyással járó érzelmi megterhelést elhárítjuk. A halál tehát tabuvá lett, kivéve a durva, erőszakos és a hirtelen halált, amelyekkel – a szórakoztatóipar kedvelt témáiként – nap mint nap találkozhatunk (igaz, csak közvetett módon). Ezt jól példázza az, amire Kearl (1995, idézi Durkin, 2003) hívja fel a figyelmet: az Amerikai Egyesült Államokban nagyjából 18 ezer gyilkosságot lát a tévében egy átlagos ember, mire eléri a 16 éves kort.

Szerencsére az utóbbi évtizedekben tudatosodni kezdett mindez, a tudósok felfigyeltek a problémára, így a haláltabu felszámolásának érdekében az utóbbi 10-15 évben rengeteg publikáció jelent meg a témában, ezt mutatja a halállal és a haldoklással kapcsolatos oktatás (death education) fejlődése (Hegedűs – Zana – Szabó, 2007) is. A tanatológia fejlődésével nőtt a társadalmi érdeklődés, s a hatvanas évektől kezdtek megjelenni a haldoklók humánus gondozását végző *hospice-programok*, amik fokozatosan integrálódtak az egészségügybe. A hospice-mozgalom a mai kor követelményeinek megfelelően próbálja visszaadni a halál

méltóságát (Kolosai – Bognár, 2001), általános alapelvei az alábbiakban foglalhatók össze¹: 1. *Holisztikus, sokoldalú gondoskodás*; 2. *Palliatív kezelés, fájdalomcsillapítás*; 3. *A beteg és a családtagok érzelmi és lelki támogatása*; 4. *Életigenlő alapállás*; 5. *Az emberi méltóság tiszteletben tartása*; 6. *A multidiszciplináris team és a család együttműködése*; 7. *Ingyenesség* és 8. *Szemléletformálás*. Hazánkban a kilencvenes évek közepén kezdődött meg a halállal és haldoklással kapcsolatos kérdések oktatása egészségügyi szakemberek számára, de csak az utóbbi néhány évben indult igazán fejlődésnek (Hegedűs és mtsai, 2007). 1991-ben alakult meg Polcz Alaine vezetésével a Magyar Hospice Alapítvány, s 1995-ben létrejött a Magyar Hospice-Palliatív Egyesület.

Az eddigiek során láthattuk tehát, hogyan alakult a halál iránti attitűd a történelem során, s ez a folyamat hogyan vezetett el a tanatológia fejlődésével a hospice-mozgalom megjelenéséhez. Nem szabad azonban megfeledkeznünk arról, hogy a haldokló emberek többsége nem a hospice által biztosított körülmények között távozik az élők sorából: hazánkban 2003-ban a főleg rosszindulatú betegségben szenvedő haldokló emberek kevesebb, mint 1%-a részesült hospice-ellátásban, az igény ennek többszöröse volt (Sipiczki, 2003). Emellett van az egészségügynek egy olyan területe, ahol az életvégi kérdések különösen komplikáltak, s a betegek palliatív ellátása nehezen valósul meg (ha egyáltalán megvalósul): az intenzívterápiás osztály (továbbiakban: ITO). Hennezel (2007) szerint ugyanakkor feltétlenül szükséges a palliatív terápia meghonosítása az ITO-n. Ennek szükségességét az ITO-s személyzet is érzi, de a palliáció beépítése az életvégi stratégiákba számos nehézségbe ütközik (bővebben lásd Truog és mtsai, 2001).

A palliatív ellátás, az életvégi kérdések jogi szabályozása és ezek kapcsolódása az intenzívterápiás ellátáshoz

A *palliatív ellátás* célja nem a beteg gyógyítása, hanem a gyógyíthatatlan betegek (pl. a terminális időszakban lévő daganatos betegek) szenvedéseinek mérséklése, a fizikai és pszichoszociális életminőségének javítása. Az életvégi kérdések kapcsán elképesztő a zavar a fogalmak és a gyakorlat körül, az eutanázia fogalma sincs egyértelműen definiálva (bővebben ld. Hennezel, 2007); s azokban az országokban is, ahol legális, komoly jogi és etikai dilemmák jellemzőek az eutanázia körül (bővebben ld. Hegedűs, 2005). Brockaert (2003) szerint sok eutanázia-kérelem valójában segélykiáltás, és a megfelelő palliatív ellátás hiányát jelzi, amit megerősít az, hogy az Európai Parlament 2008 júniusában megjelent állásfoglalása

¹ A <http://www.hospice.hu> honlapon elérhető információk alapján.

a palliatív ellátásról² hangsúlyozza, hogy adekvát palliatív kezelés esetén kivételesnek számít az eutanáziakérés azokban az országokban is, ahol ez engedélyezett (Hegedűs, 2008).

Meglehetősen problémás kérdés az életvégi kezelések leállítása is. Az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről (továbbiakban: Eütv.) szabályozza az ellátás visszautasításának jogát: *„az életfenntartó vagy életmentő beavatkozás visszautasítására csak abban az esetben van lehetőség, ha a beteg olyan súlyos betegségben szenved, amely az orvostudomány mindenkori állása szerint rövid időn belül – megfelelő egészségügyi ellátás mellett is – halálhoz vezet és gyógyíthatatlan.”* (20 § (3)). A *„visszautasítás csak akkor érvényes, ha egy háromtagú orvosi bizottság a beteget megvizsgálja és egybehangzóan, írásban nyilatkozik arról, hogy a beteg döntését annak következményei tudatában hozta meg, illetve, hogy a (3) bekezdés szerinti feltételek fennállnak, továbbá a beteg az orvosi bizottság nyilatkozatát követő 3. napon – két tanú előtt – ismételten kinyilvánítja a visszautasításra irányuló szándékát.”* (20 § (4)) *„Cselekvőképtelen és korlátozottan cselekvőképes beteg esetén a 20. § (2) bekezdése szerinti ellátás nem utasítható vissza.”* (21. § (1))

A szabályozás tehát lehetővé teszi a kezelés visszautasítását, azonban az alkalmazás jelentősen elmarad: Élő (2005) tudomása szerint életfenntartó kezelés visszautasítására eddig nem került sor, a helyzet pedig azóta sem változott e téren (2008). Az alkalmazás elmaradásának hátterében állhatnak a jogszabályok szigorú rendelkezései és a paternalista orvosi magatartás is (Élő, 2005). Mindkét okra példa lehet az Eütv. 20. § (7) bekezdése, mely szerint *„a (2)-(3) bekezdések szerinti visszautasítás esetén meg kell kísérelni a beteg döntése hátterében lévő okok – személyes beszélgetés alapján történő – feltárását és a döntés megváltoztatását.”* A paternalista orvosi magatartást pedig jól példázza az is, hogy feltételezhetően *„a kezelés orvos általi nem ritkán egyoldalú korlátozása hazánkban mindennapos gyakorlat”* (Élő, 2005: 39), aminek köszönhetően elmarad a közös döntéshozás, háttérbe szorul a beteg igénye és a család bevonása. A törvény a beteg által kért, de szakmailag nem indokolt kezelés esetén, betegevizsgálat után megengedi a kezelés orvos általi elutasítását (Eütv. 131. § (3) b)). Mindezek a jellegzetességek nem csak a betegeknek vannak hatással, hanem az amúgy is leterhelt személyzetet is megviselik, s közülük is különösen a nővéreket. Hiszen a nyílt, mindenki számára egyértelmű és követendő magatartás helyett a lelkiismeretükkel ellenkező, vagy tudhatóan törvénytelen dologban kell részt venniük, ami

² A Hegedűs (2008) által hivatkozott dokumentum: Palliative care in the European Union (Ref. IP/A/ENVI/IC/2007-123), 2008.

<http://www.europarl.europa.eu/activities/committees/studies/download.do?file=21421> – Elérés: 2009. 12. 06.

büntudatot okoz a segítség, gyógyítás azon jó érzése helyett, ami miatt például az ITO-s nővérek 55%-a a segítő szakmát választotta hivatásául (K. Szilágyi – Piskóti, 2008).

A halállal szembesítő nővéri hivatás

A halálfélelem és az ezzel kapcsolatos szorongás a halállal munkájukból kifolyólag nap mint nap találkozó segítő foglalkozásúak körében a legjellemzőbb, különösen olyan kórházi osztályokon, ahol a betegek halála mindennapos. Ilyen pl. az intenzívterápiás osztály, ahol a nemzetközi adatok alapján a lélegeztetett betegek hozzávetőleg 50%-a meghal (Pénzes – Lorx, 2004). Hasonlóképpen a terminális betegekkel kapcsolatos hivatások esetében, ahol a napi tevékenységek összefüggnek a halálhoz való egyéni attitűdökkel, s ezáltal saját mulandóságával is szembesülnie kell az ott dolgozónak. Az illető halálhoz való viszonya két szempontból is kapcsolódhat hivatásának választásához: egyrészt a félelem hiánya teszi számára lehetővé, másrészt motiválhatja a halállal kapcsolatos leküzdhetetlennek tűnő félelem, illetve az elmúlás el nem fogadása (Békés, 2000). Ezen kívül az intenzívterápiás osztályra kerülő nővérek esetében gyakori, hogy eredetileg más kórházi osztályra jelentkeznek, de helyhiány miatt csak az ITO-n kapnak állást, amit anyagi okok miatt kénytelenek elvállalni. Ez amellet, hogy érzelmileg is többet követel, az ilyenkor szükségessé váló további képzés, tanulás kényszeréből adódóan hatványozott terheket ró ezekre a nővérekre.

A halállal kapcsolatos attitűdváltozásokkal párhuzamosan a haldokló ellátása a családi ápolás helyett mára már az egészségügyi ápolószemélyzet feladata lett (Zana – Szabó – Hegedűs, 2008). A nővéri hivatás úgynevezett paramedikális munkakör, amely az orvoslás köré szerveződött (Blane, 1991; idézi Pikó – Piczil, 2000). A középkorban a szerzetesrendek végezték ezt a munkát, amellyel egyéni üdvözülés járt, azonban a kórházak szekularizációjakor világi hivatássá vált, s jelentősen csökkent a betegek gondozásának megbecsülése (Békés, 2000). A nővéri munka specializálódásának – a főiskolai képzés, illetve az ápolás mint önálló tudományterület megjelenése – köszönhetően nőtt a hivatás presztízse, azonban a szakma rétegződése a hagyományos tevékenység megbecsültségét tovább rontotta, s ehhez az is hozzájárult, hogy döntően a nők választották és választják ma is ezt a pályát. Az 1970-es években az „elitsoport” az intenzív osztályon dolgozók és az aneszteziológus nővérek voltak (Nánási – Kiss, 1995; idézi Pikó – Piczil, 2000), mely képzettségüknek és a magas szintű szakmai követelményeknek köszönhetően minden bizonnyal máig így van. Sajnos azonban támogatottságukban, védettségükben, elismertségükben messze a skála másik pólusán helyezkednek el (lásd bővebben: K. Szilágyi – Piskóti, 2008).

Az intenzívterápiás osztályra kerülő pácienseknek akut betegségük súlyos fájdalmakat okoz, erőteljes heveny szakaszban vannak, s állapotuk javításáért „aktív csata” zajlik. A kezelés lényege a betegek vitális funkcióinak helyettesítése, helyreállítása (Pénzes – Lencz, 2003), s onnan kikerülve lehetőleg a páciens elérhető legjobb életminőségének visszanyerése, így a halál az osztályon mindenképp kudarcot jelent. Az orvosok és a nővérek mindennapos küzdelmet vívnak a halál ellen az élet megtartása érdekében, mindenáron. Az embereken való segítség pozitív hozadéka mellett azonban mindez súlyos fizikai, intellektuális és pszichés megterheléssel jár. Az ápolószemélyzet fizikai és pszichés terhei, a stressz, valamint az ennek következtében kialakuló testi és lelki tünetek szignifikánsan jelentősebbek, mint az orvosok esetében (Hegedűs – Riskó – Mészáros, 2004). A magas stressz általánosan a nagy felelősség és munkahelyi erőfeszítés mellett kevés döntési lehetőséggel és jutalommal járó munkakör következtében alakul ki (Szabó – Szabó – Hegedűs, 2008), emellett különösképp plusz terheket von maga után a súlyos, haldokló betegekkel való foglalkozás. Az ún. „konténerfunkció” kifejezés jól megragadja ezeket a terheket, hogy a betegek fájdalmukat, rossz közérzetüket, hiányait, szorongásaikat, halálfélelmüket tudattalanul kivetítik a közelben lévő ápolókra, gyógytornászra, orvosra (Hegedűs és mtsai, 2004). Mindemellert pedig a túlterheltség, a több műszakban való munkavégzés, az ügyelet, az alacsony fizetés és emiatt további műszakok vállalása – mint egy ördögi kör – ismétlődik, ennek eredményeképpen az ápolónak nem jut ideje a pihenésre, a feltöltődésre és családi, illetve baráti kapcsolatainak ápolására sem. A társas támogatás pedig védelmet jelent a munkahelyi terhek és stressz hatására kialakuló testi és lelki tünetek, pl. kiégés ellen, aminek kezelése nélkül hosszú távon pszichoszomatikus betegségek, alkohol- és drogfüggőség, valamint kriminális reakciók alakulhatnak ki (Hegedűs, 2000).

A társas támogatás mint védőfaktor

A társas támogatottság érzése fakadhat a munkatársak, a család és a barátok támogatásából. Fontos, hogy a munkahelyen kellemes légkörben teljen az idő, számíthassanak egymásra a dolgozók, megbeszélhessék gondjaikat egymással. A munka végeztével hazaérve lényeges, hogy ne terheljék a munkahelyi problémákkal a családot, az pedig empátikusan forduljon az egészségügyi dolgozóhoz probléma esetén. A kiegyensúlyozott társas támogatás mint védőfaktor óvja az egyént a stressz és egyéb pszichés terhek elhatalmasodásától. A stressz feldolgozása a személy megküzdési képességeinek függvénye. A megküzdés Pikó (1997) szerint olyan folyamat, amely során kognitív és magatartási erőfeszítéseket teszünk a konfliktus megoldására. Lazarus és Launier (1978, idézi Margitics – Pauwlik, 2006) kétféle

megküzdési módot különböztet meg: probléma- és érzelmeközpontú megküzdés, Lazarus és Folkman (1986, idézi Margitics – Pauwlik, 2006) pedig ezeken belül nyolcféle megküzdési formát különített el, köztük a társas támogatás keresése. A megküzdési stratégiák elsősorban a családi szocializáció során alakulnak ki, és a szülői nevelői hatások befolyásolhatják azt, hogy egy konfliktusos helyzetben a személy milyen megküzdési módot választ (Margitics – Pauwlik, 2006). A megküzdés elégtelenségét, valamint leginkább az ezáltal kialakuló depresszív stratégiát összefüggésbe hozzák az alacsony szülői gondoskodással. Az előnytelen megküzdési stratégia szülői túlvédéssel való párosulása Arrindell és mtsai, 1999) pedig a neurotikus megbetegedések kockázatával jár. (Parker, 1981, 1983; idézi Margitics – Pauwlik, 2006).

Hegedűs és munkatársai (2004) vizsgálatukban azt találták, hogy a súlyos betegekkel foglalkozó ápolók körében (az egészségügy egyéb területein dolgozókéhoz képest) különösen magas az egyedülálló és az elváltak aránya, emellett rosszabb egészségügyi állapotról számolnak be, s általában a súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi személyzet testi és lelki állapota sokkal rosszabb. Ezek a tényezők mind a kiégésre hajlamosítanak. Hegedűs és munkatársai (2007) igazolták, hogy a halállal és haldoklással kapcsolatos képzésnek hatása van a halállal kapcsolatos attitűdre, ugyanakkor a képzés önmagában nem elegendő, nagy szükség van a munkahely támogató funkciójának (pl. esetmegbeszélések, szupervíziók, Bálint-csoportok stb.) erősítésére is. Pikó (2001) eredményei szerint a nővérek pszichoszomatikus egészségét munkahelyük pszichoszociális jellege határozza meg elsősorban. S mivel az ITO és a hospice nem profitorientált szervezet, ahol a termelékenység gazdasági paramétereiben megmutatkozna, a munkakörülmények pszichoszociális feltételeinek javítása nem jellemző, ebből fakadóan fokozott a munka káros pszichikai és egészségügyi következményeinek kockázata. Ennek kivédésében és a stressz feldolgozásában elsősorban a társas támogatás jelent védőfaktort az ITO-n dolgozó nővérek számára. Egy felmérés során megkérdezett, közel 600 intenzív nővér 40%-a igényelné szakember segítségét problémái megoldásához, de csak 10%-uk mondhatta el, hogy ezt megkapja (mindez a teljes minta kb. 3%-át jelenti) (K. Szilágyi – Piskóti, 2008). A társas támogatottság stresszcsökkentő szerepét hangsúlyozza Hegelson (2003) a hospice-ellátásban dolgozók esetében is (idézi Szabó és mtsai, 2008).

Az intenzívterápiás osztály interdiszciplináris rendszer, az orvos-ápolás területein kívül szoros együttműködésben dolgozik más társszakmákkal, pl. gyógytornász, dietetikus, pszichiáter, pszichológus. A szoros szakmai együttműködés mellett a nővérek a magánéletben is fontos támaszt jelentenek egymásnak, jellemző, hogy baráti körük is munkatársaikból

tevődik össze. Ez a szoros kapcsolat, ami általában az ITO-s team tagjait jellemzi, valószínűleg a nehéz munkakörülményeknek, az együtt, közös célért, a betegek életének megmentéséért folytatott küzdelemnek, valamint az együtt töltött időnek köszönhető. Ellentétben a legtöbb kórházi osztállyal, ahol erősen hierarchikus az orvos- nővér viszony, az ITO-n mindez kevésbé jellemző, és – bár a nővéreknek pl. a kezelés leállítására vonatkozó döntési jogaik ugyan nincsenek – nagy beleszólásuk van a beteg ápolásába, sőt, sokszor a beteggel kapcsolatos pillanatnyi tapasztalataik alapján alakítják az orvosi kezelést. Mindez magas fokú kompetenciájuknak, s annak köszönhető, hogy az osztályon ők töltenek a legtöbb időt a beteggel.

A teamrendszer sikeres működését emellett a Magyarországon 1994 óta működő hospice-szemléletű ellátás példázza (Hegedűs és mtsai, 2004). A hospice-osztályokon leginkább végstádiumos daganatos betegeket, idős embereket látnak el. A hospice holisztikus szemléletű rendszer, ahol az interdiszciplináris team tagjai: ápoló, orvos, gyógytornász, dietetikus, szociális munkás, pszichológus, mentálhigiénikus, lelkész és önkéntes. Fontosnak tartják a különböző szakmák közötti együttműködést, s bár a hierarchia nagyobb – pl. az orvos és az ápoló között, mint az ITO-n és a team egyes tagjainak munkája sem fonódik olyan szorosan össze –, holisztikus szemléletű filozófiájuk része az, hogy a különböző szakmájú emberek együttműködése során a köztük lévő fontossági sorrendet a beteg szükségletei határozzák meg. Ez a szemlélet pedig merőben különbözik a magyarországi egészségügyi gyakorlattól (Sipiczki, 2003). A hospice-ellátásban a dolgozóknak lehetőségük van szupervízióra, esetmegbeszélésre, s ezáltal a pszichés terhek csökkentésére (Szabó és mtsai, 2008), azonban az intenzívterápiás osztályokon sajnálatos módon még nem elterjedt gyakorlat pszichológus alkalmazása, illetve esetmegbeszélő csoportok létrehozása. Az pedig, hogy pszichológus ITO-n való alkalmazására egyáltalán van példa Magyarországon, nem a nővérekért, hanem a betegekért alakult ki. A nővérek, megszokván a pszichológus jelenlétét, nyitottabbá váltak a saját problémáikkal való foglalkozásra, viszont több idejük és energiájuk továbbra sincs arra, hogy heti vagy ritkább rendszerességgel működő esetmegbeszélő csoporton részt vegyenek. A dolgozók pszichés gondoskodásával kapcsolatos szemléletbeli különbségből adódóan valószínűleg a hospice-ban kevésbé jelentkezik a munkakörülmények negatív hatásai, annak ellenére, hogy itt is megjelennek a magyar egészségügy problémái (pl. alulfizettség), de a többség rendszeresen részt vesz megbeszéléseken, és elégedett a munkahely gondoskodásával (Sipiczki, 2003); valószínűleg ezek a pozitívumok is kevésbé jellemzőek az ITO-n.

A haldokló betegek gondozását célzó képzések

A haláhtagadó társadalom, amiben élünk, lényegében a nővérekre bízta a haldoklók ápolását; többségében olyan nővérekre, akik ennek a komoly feladatnak az elvégzésére nincsenek felkészítve. Parkes (1985, idézi Hegedűs és mtsai, 2004) szerint a nővérek egyik legjelentősebb stresszforrása a haldoklógondozás. Alapvető probléma, hogy a képzés nem megfelelő: 2000-ben az ápolóképzés mindössze 0,7%-a érintett olyan témákat, mint a fájdalomcsillapítás, a haldoklók pszichés gondozása, az ezzel kapcsolatos etikai és kommunikációs kérdések stb. (Hegedűs és mtsai, 2004).

Fontos, hogy míg a hospice-szakápoló képzés az ápolási ismereteken felül onkológiai, gerontológiai, palliatív terápiás ismereteket, valamint stresszkezelő kommunikációs tréninget is tartalmaz, ami a halálhoz és a haldokláshoz való viszonyt jelentősen befolyásolja (Szabó és mtsai, 2008), addig az intenzívterápiás osztályon dolgozók nem rendelkeznek ilyen irányú előismeretekkel. Képzésükben méltánytalanul elenyésző a halállal és haldoklással kapcsolatos attitűdök súlya a téma jelentőségéhez képest (Hegedűs – Pilling – Kolosai – Bognár, 2001). Sikeresen működik azonban a szomatikus orvoslásban dolgozó szakemberek számára a Magyar Hipnózis Egyesület és a Semmelweis Egyetem Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Klinika által létrehozott akkreditált továbbképzés: Szuggesztív kommunikáció a szomatikus orvoslásban³ címmel, amely érinti a fentebb tárgyalt szükséges területeket. A képzésben a kommunikáció gyógyító szerepe áll a középpontban, keretein belül foglalkoznak a kritikus állapotú betegekkel, váratlan helyzetekkel és a haldoklás, halál, gyász is témáik részét képezi, valamint tárgyalják a gyógyító személy pszichológiáját is, pl. a kiégés problémáját és ennek tudatosítását. Habár ez a képzés segíthetne az ilyen irányú ismeretek és készségek megszerzésében a nővéreknek, sajnálatos módon nem jut és nem is juthat el azokhoz, akiknek szüksége lenne rá, és annyi ápolóhoz, amennyihez kellene. Egy ilyen jellegű képzést az egészségügyi személyzet alapoktatásába lenne jó beilleszteni.

A két ápolási szemlélet közötti különbségeket fokozza az a fontos tény, hogy az ITO-n a halál kudarcként jelenik meg, hiszen oda nem meghalni mennek az emberek, s a személyzet mindent meg is tesz annak elkerülése érdekében. Így pedig magának a betegnek a konkrét testi, lelki, szociális és spirituális igényei kevésbé tudnak szerephez jutni. Az életben tartásért folyó megfeszített küzdelemben nem jut hely és idő a családra és az érzelmekre. Az életvégi döntések gyakran kimondatlanul zajlanak, a személyzet (megfelelő képzés híján) nincs felkészítve a haldoklók gondozására; emellett jellemzően nincs pszichológus az ITO-s

³ www.sas-ok.hu

teamben, pedig pszichológusok alkalmazásának általánossá válása a holisztikus szemlélet felé vezető első lépés lehetne. A hospice-ba pedig eleve azért érkeznek a betegek, hogy életük utolsó időszakában elkísérjék őket, enyhítsék szenvedéseiket, megszépítsék utolsó napjaikat és biztosítsák méltóságukat. Szemléletük szerint a halál az élet része, egy folyamat, amelyet sem megrövidíteni, sem meghosszabbítani nem szabad, ily módon nem csak a szenvedéssel kísért halál lehetséges, hanem a haldokló beteg életminőségének javításáért van és lehet mit tenni (Hegedűs – Zana – Szabó, 2007).

A fentiekben említett elméletek és vizsgálati eredmények alapján keresztmetszeti kérdőíves kutatásunkban intenzívterápiás osztályon, illetve hospice-ban dolgozó nővérek körében megvizsgáljuk a halálfélelem mértékét és jellegét, a haldokló gondozásról szóló képzésben való részvételt, a halállal és haldoklással kapcsolatos érzelmeket és gondolatokat. Emellett a vallásosságot, a túlvilágba vetett hitet, az életvégi döntésekkel kapcsolatos elképzeléseket, valamint a halálattitűd összefüggését a kiégés tüneteivel, az étellel való elégedettséggel, s a gyerekkori emlékekkel a szülői neveléssel kapcsolatban. Célunk, hogy megvilágítsuk és alátámasszuk a kritikus állapotú betegekkel foglalkozók számára szükséges segítségnyújtás indokoltságát, valamint közvetett módon a hospice-hoz hasonló széleskörű, speciális képzés elterjesztésének szükségességét szorgalmazzuk más egészségügyi területeken dolgozók körében is.

A vizsgálni kívánt összefüggések, hipotézisek

1. A vizsgált populációk összehasonlítása a következő jellemzők alapján: életkor, iskolai végzettség, szakmában eltöltött évek, heti munkaóra, túlvilágban való hit, vallásosság, valamint a haldokló gondozással kapcsolatos képzés, a szakmai ismeretekkel való elégedettség és a családi helyzet.

a. A halálfélelem mértékének összehasonlítása a két nővérpopuláció között.

b. Feltételezzük, hogy a halálfélelem mértéke az intenzívterápiás osztályon dolgozó nővéreknél magasabb lesz, mint a hospice-ban dolgozóké, a két intézmény halálhoz való viszonyából és a halál pszichés vonatkozásaival kapcsolatos ismeretek alapvető különbségéből fakadóan (Szabó és mtsai, 2008). A halál iránti attitűd jellegének összehasonlítása a két nővérpopuláció között.

A fentebb tárgyaltak alapján várakozásaink szerint a halállal kapcsolatos attitűdök tekintetében is eltér a két vizsgált populáció: az intenzív osztályon dolgozó nővéreknél jellemzőbb lesz a halál elkerülése, míg a hospice-nővéreknél megközelítő elfogadást várunk.

2. A halálhoz való viszonyulás

a. és a vallásosság kapcsolata

b. A szakirodalom alapján a vallásosság szempontjából bizonytalan álláspontúak szignifikánsan magasabb halálfélelmet mutatnak mind a vallásosakhoz, mind a nem vallásosakhoz képest (Leming (1980, idézi Békés, 2000) alapján). A bizonytalan álláspontúakra emellett jellemzőbb a Halálelkerülés (Békés (2003) alapján). A vallásosakra jellemzőbb a Megközelítő elfogadás (Békés (2003) alapján), és a túlvilágba vetett hit kapcsolata

A túlvilágba vetett hit hasonlóan befolyásolja a halálhoz való viszonyulást, mint a vallásosság (Békés, 2000 alapján).

3. Feltételezzük, hogy mivel az ITO-s nővérek a halál természetessége helyett a mindenáron való életben tartásra vannak felkészülve, közelebb tartozójuk halálával, haldoklásával sem tudnak mit kezdeni, így az jobban megviseli őket, mint a hospice-os nővéreket, akik ezt képesek a búcsúzásra való alkalomként kezelni, amit fontosnak tartanak akár saját, akár hozzátartozójuk halálakor.

4.

a. Az ITO-s nővérek kevésbé preferálják a palliatív terápiára való áttérést, mint a hospice-os nővérek.

b. Az orvos által haszontalannak ítélt kezelés kapcsán kialakuló döntésbe a hospice-os nővérek sokkal inkább bevonják a hozzátartozót, míg az ITO-sok sokkal inkább bíznák az orvosra a döntést.

5. A két nővérpopuláció összehasonlítása az élettel való elégedettség mutatója mentén. Feltételezésünk szerint a halálfélelem, a munkahelyi stressz és a megküzdési módok (pl. esetmegbeszélések, szupervízió) közötti különbségből adódóan a hospice-dolgozók körében magasabb az élettel való elégedettség, mint az intenzív osztályos nővéreknél.

6. A két nővérpopuláció összehasonlítása a pszichoszomatikus tünetek tekintetében.

a. A pszichoszomatikus tünetek mértékének összehasonlítása

A két intézmény közötti szemléletbeli különbség, a munkakörülmények különbözősége és a munkával járó stressz alacsonyabb mértékének / jobb stresszkezelési technikáknak köszönhetően feltételezésünk szerint a kiegészítőre utaló pszichoszomatikus tünetek kevésbé jellemzőek a hospice-ápolókra, mint az intenzív ápolásban dolgozókra.

b. A pszichoszomatikus tünetek magyarázó változóinak vizsgálata

Mely tényezők magyarázzák jobban a pszichoszomatikus tünetek kialakulását: a halálfélelem mértéke vagy az, hogy az illető nővér intenzívterápiás osztályon vagy hospice-ellátásban dolgozik?

7. A halálfélelem, az étellel való elégedettség és a pszichoszomatikus tünetek összefüggéseinek vizsgálata a szülői neveléssel kapcsolatos emlékekkel, valamint a gyerekkori és jelenlegi családi helyzettel.

Ezt megvizsgáljuk a teljes mintára és a két vizsgálati csoportra nézve is. Azt gondoljuk, hogy az optimális, meleg, támogató szülői nevelési attitűd kisebb halálfélelemmel, kevesebb pszichoszomatikus tünettől és nagyobb étellel való elégedettséggel, míg a hideg, elutasító, túlóvó szülői nevelés a halálfélelem és a pszichoszomatikus tünetek nagyobb mértékével jár együtt.

II. Módszer

A vizsgálati minta

A vizsgálatban összesen 93 fő vett részt, mindannyian ápoló foglalkozásúak. Közülük 47 fő (50,5%) intenzívterápiás osztályon, 46 fő (49,5%) pedig hospice-ellátásban dolgozik. A vizsgálati személyek közül 87 nő (93,5%), illetve 5 férfi (5,4%), valamint 1 alany (1,1%) nem jelölte meg a nemét. Az átlagéletkor 39,7 év, a szórás értéke 10,62. A legfiatalabb résztvevő 19, a legidősebb pedig 68 éves. Az iskolai végzettséggel kapcsolatos adattal 86 főnél rendelkezünk (92,5%), ezek közül 3,2% szakiskolát, szakmunkásképzőt végzett, illetve ápolási asszisztens; 59,1% érettségivel rendelkező, ápoló, HÍD-ápoló, OKJ-s ápoló, illetve nővérképzőt végzett; 6,5% szakápoló, asszisztens; 23,7% pedig főiskolát végzett ápoló. A vizsgálatban szereplők átlagosan 17,6 éve dolgoznak a szakmában, a legkevesebb 1 év, a legtöbb pedig 46 év. A mintában szereplő nővérek túlnyomó része (73,1%-uk) 40-48 órát dolgozik hetente. A nővérek 12%-a ennél több időt, 8,8%-uk pedig ennél kevesebbet tölt ápolási munkával a héten. A haldoklók gondozásával kapcsolatos képzésben a nővérek 51,6%-a vett részt..

Mérőeszközök (lásd a 3. sz. Mellékletben)

1. Demográfiai adatok

A demográfiai adatok közül a következők szerepelnek a kérdőívben: életkor, nem, iskolai végzettség, jelenlegi tanulmányok. A szakmával kapcsolatban: munkahely (osztály és foglalkozás, a szakmában eltöltött idő, az adott munkahelyen eltöltött idő, heti munkaórák

száma); a haldoklók gondozásával kapcsolatos képzésben való részvétel és azzal való elégedettség; a haldoklók gondozásához szükséges ismeretek szakmai és lelki aspektusai; valamint a vallásosság; a túlvilágban való hit, vallási felekezethez tartozásra vonatkozó kérdés.*Halállal kapcsolatos gondolatok, érzelmek*

A halállal kapcsolatos gondolatok, érzelmek részben az alábbi témákban foglalmaztuk meg kérdéseket (szakirodalmi vizsgálódás alapján): közeli hozzátartozók halálának kezelése; a haldoklás idejére vonatkozó elképzelések; milyen halált kívánnának szeretteiknek, illetve saját maguknak, ha választani lehetne.

2. Az életvégi döntések

Az életvégi döntések kapcsán a nővéreknek az életvégi kezelés leállításával kapcsolatos attitűdjére kérdeztünk rá, több szempontból is: gyógyíthatatlan illetve gyógyíthatatlan és kontaktusképtelen beteg esetében; az orvos által hasztalannak ítélt kezelés esetében; valamint általában a betegekre, saját közeli hozzátartozóikra és önmagukra vonatkozóan. Ezen kérdések alkalmazását a bevezetőben ismertetett szigorú jogi szabályozás, a gyakorlat elmaradása és a paternalista orvosi magatartás miatt tartottuk fontosnak.

3. Revideált Halálattitűd-profil kérdőív (DAP-R; Wong – Reker – Gesser, 1994; illetve Kulcsár, 2002)

A halállal kapcsolatos attitűdök mérésére a Halálattitűd-profil kérdőív revideált változata szolgál. Összesen 32 tételből áll, öt skálán méri a halálhoz fűződő attitűdöket: Halálelkerülés, Várakozásteli elfogadás, Elfogadás menekülésként, Halálfélelem, Semleges elfogadás. Az állításokkal való egyetértés mértékét egy 1-7-ig terjedő skálán kell értékelnie a kitöltőnek az 1: „egyáltalán nem” és a 7: „teljes mértékben” végpontok között.

A kérdőív Kulcsár (2002) által közölt változata csak 28 tételt tartalmaz az eredetiből, így a magyar változat véglegesítését – a hiányzó tételek fordítását, a tételek nyelvi egységesítését – a kérdőívet összeállító munkacsoportunk végezte és az eredeti szerzők faktorstruktúrája mentén használta. A tételek mind egyenes irányúak, az alsókálák a tételek egyszerű összegzésével képezhetők.

Megbízhatóságra vonatkozó adatok: a Cronbach- alfa értékei az egyes skálákon 0,669 és 0,905 közé estek, ami megfelelőnek mondható. Az eredeti tanulmányban (Wong – Reker – Gesser, 1994) 0,65 és 0,97 közötti reliabilitási értékeket kaptak, ami kis mértékben magasabb, mint a jelen kutatásbeli adatok.

4. Emlékeim a Szülői Nevelésről Kérdőív rövidített változata (s-EMBU) (Arrindell és mtsai, 1999; illetve Költő, 2008 alapján)

A szülői nevelési stílus vizsgálatára ezt az eredetileg 1980-ban, Perris és munkatársai által kifejlesztett svéd *Enga Minnen Beträffande Uppfostran* ('Emlékeim a nevelésről') kérdőív rövidített („short”) változatát használjuk, amely az eredeti 81 tételhez képest csak 23-mat tartalmaz. A magyar standard változat Kállai János és Gaszner Péter nevéhez fűződik (Arrindell és mtsai, 1999). Érdekessége, hogy a személyek percepcióján keresztül ragadja meg a szülői bánásmód emlékeit. A mérőeszköz három faktort tartalmaz: Elutasítás, Melegség, Túlvédés.

Az egyes tételek állítások formájában szerepelnek, egy, a 17-es fordított tételt kivéve mind egyenes irányú. A válaszokat gyakoriság szempontjából, külön az anyára illetve az apára vonatkozóan kell megítélni, így végül az anyai és apai pontszámokat összeadva, a szülői vetülettel együtt összesen 9 faktort eredményez. A válaszokat 4-fokú Likert-skálán az „1=nem, soha” és a „4=igen, a legtöbbször” végpontok között kell jelölni.

A kérdőív Költő (2008) által a gyerekkori családi helyzetre vonatkozóan kiegészített változatát munkacsoportunk további kérdéssel toldotta meg a jelenlegi családi helyzetre vonatkozóan: „Kit nevel/nevelt fel Ön?”.

Összességében megbízhatónak tekinthetjük az s-EMBU skáláit, hiszen reliabilitásuk 0,646 és 0,914 közé esik, ami megfelelőnek mondható. Az eredeti, Arrindell és munkatársai (1999) által végzett kutatásban a megbízhatóságra ugyan szülői vetületű adat nem állt rendelkezésre, a többi skála megbízhatósága pedig 0,72 és 0,85 között van, ami szintén magas megbízhatóságot jelent.

5. Élettel való elégedettség (Satisfaction With Life Scale; Diener – Emmons – Larsen – Griffin, 1985; illetve Pikó, 2005)

Az SWLS 5 tételből áll, 5 állítás szerepel az élettel való szubjektív elégedettség mérésére, mint például: „Elégedett vagyok az életemmel.” Az állításokkal való egyetértés mértékét 7-fokú Likert-skálán, 1-7 között kell rögzíteni, az 1: „egyáltalán nem értek egyet az állítással” és a 7: „teljesen egyetértek” végpontok között.

A skála megbízhatóságát mérő Cronbach-alfa értéke mintánkon 0,834, ami magasnak mondható, Pikó (2005) kutatásában kapott 0,85-ös értékhez hasonlóan.

6. A kiégésre veszélyeztető tényezők (K. Szilágyi és Piskóti, 2008 alapján)

A kérdőív 8 tételből áll, melyek a kiégéssel kapcsolatos pszichoszomatikus tünetek gyakoriságára kérdeznak rá. A tünetek például: fájdalom, alvási problémák, gyógyszersedés, sírás. Az eredeti kutatásban a tünetekre igaz-hamis válaszlehetőségek álltak rendelkezésre. A gyakoriságra vonatkozó állításokat jelen esetben egy 7-fokú Likert-skálán kell megítélni az 1: „egyáltalán nem értek egyet” és a 7: „teljesen egyetértek” végpontok között.

Jelen mintán a Cronbach- alfa értéke 0,770, ami magas megbízhatóságot jelent.

Eljárás

A vizsgálat típusa keresztmetszeti kutatás. Az adatgyűjtés során elektronikus levél illetve telefon útján felkerestük Magyarország összes hospice szolgálatát a Magyar Palliatív Egyesület honlapja⁴ alapján. A résztvevők személyesen, postai, illetve elektronikus úton jutatták vissza a kitöltött kérdőíveket. Az intenzívterápiás osztályon dolgozó nővéreket pedig kényelmi mintavétellel, Budapesten, Piskóti Zoltánné segítségével értük el, ezeket az adatokat materiális kérdőívek formájában kaptuk kézhez. A kutatásban használt kérdőívet munkacsoportunk állította össze, melynek a szerzőkön kívül Henczi Eszter is tagja volt. Az adatgyűjtés 2009. április 20. és május 15. között történt. A beérkező kitöltött kérdőívek kitöltői között a jelen kutatásban nem szereplő hivatásúak, pl. gyógytornász, dietetikus, orvos is szerepeltek, azonban jelen dolgozat elemzéseiben kizárólag az ápolókat vettük figyelembe. A hipotézisek statisztikai tesztelésére az SPSS 13.0-s, illetve 17.0-s verziókat használtuk.

III. Eredmények

1. A hipotézisek tesztelése **A vizsgált populációk összehasonlítása a következő jellemzők alapján: életkor, iskolai végzettség, szakmában eltöltött évek, heti munkaóra, túlvilágban való hit, vallásosság, valamint a haldokló gondozással kapcsolatos képzés, a szakmai ismeretekkel való elégedettség és a családi helyzet.**

A két vizsgált populáció független mintás t-próbákkal való összehasonlítása során megállapíthatjuk, hogy szignifikáns különbség van az **átlagéletkor** között: a hospice-ellátásban dolgozó nővérek életkora átlagosan magasabb (átlagosan nagyjából 10 évvel), mint az ITO-n dolgozóké, $t(90)=-4,0902$, $p<0,001$; a Cohen-d értéke 1,04, ami nagy hatást jelent. **Iskolai végzettség** terén nem mutatkozott szignifikáns különbség: $t(84)=-0,458$, $p=0,648$. A **szakmában eltöltött évek** száma szintén szignifikánsan magasabb a hospice-nővérek

⁴ www.hospice.hu/hlista.php?almenu=0#szoveg – Elérés: 2009. 12. 06.

populációjában, mint az intenzívterápiás osztály nővéreinél: $t(88)=-1,996$, $p=0,049$; a Cohen-d értéke 0,43, ami közepes hatást jelent. Az **egyheti munkával** töltött órák száma azonban az ITO-n dolgozó nővéreknél szignifikánsan magasabb (átlagosan 8 órával): $t(81)=3,907$, $p<0,001$; a Cohen-d: 0,87, tehát nagy hatásról beszélhetünk. A **túlvilágban való hit** terén nem mutatkozott szignifikáns eltérés: $t(84)=-0,500$, $p=0,618$; viszont a hospice-os nővérek szignifikánsan **vallásosabbak** a Welch-féle d-próba alapján: $d(82)=-2,067$, $p=0,042$; Cohen-d: 0,46, ami közepes hatást jelent.

A **haldokló gondozással kapcsolatos képzés** alapján jelentősen különböznek az intenzívterápiás osztályon, illetve hospice-ellátásban dolgozó nővérek: míg az ITO-s nővérek csupán 23,4%-a rendelkezik ilyen irányú tanulmányi tapasztalatokkal képzése során, addig a hospice-nővérek 80,4%-a. A különbség szignifikáns a két csoport között: $t(90)=-6,907$, $p<0,001$. A független mintás t-próba kimutatta, hogy a hospice-os nővérek (az ITO-s nővérekhez képest) sokkal inkább úgy érzik, hogy **elégendő ismeretük** van a haldoklók gondozásához, hogy ez ne jelentsen számukra nehézséget se szakmailag: $t(84)=-3,982$, $p<0,001$; Cohen-d: 0,88 (ami nagy hatást jelent), se lelkileg: $t(84)=-3,374$, $p=0,001$; Cohen-d: 0,74, közepes hatás.

(A vizsgálati minta jellemzőit az 1. táblázat: *A minta jellemzői életkor, iskolázottság, szakmában eltöltött évek, heti munkaóra, túlvilágba vetett hit és vallásosság szerint* szemlélteti.)

1. táblázat: A minta jellemzői életkor, iskolázottság, szakmában eltöltött évek, heti munkaóra, túlvilágba vetett hit és vallásosság szerint

	Teljes minta (n=93)			ITO (n=47)			Hospice (n=46)			Próbastatisztika (szabadságfok)	Szignifikancia szint
	min.	max.	átlag (szórás)	min.	max.	átlag (szórás)	min.	max.	átlag (szórás)		
Életkor	19	68	39,7 (10,62)	19	64	34,8 (7,82)	22	68	44,5 (10,90)	$t(90)=-4,902$	$p<0,001$
Iskolai végzettség⁵	1	4	2,55 (0,92)	1	4	2,5 (0,89)	1	4	2,6 (0,95)	$t(84)=-0,458$	$p=0,648$
Szakmában töltött évek	1	46	17,6 (10,78)	1	28	14,9 (7,83)	1	46	19,4 (12,99)	$t(88)=-1,996$	$p=0,049$
Heti munkaóra	8	80	41,13 (10,20)	35	80	44,9 (8,66)	8	60	36,9 (10,20)	$t(81)=3,907$	$p<0,001$
	Teljes minta (n=85)			ITO (n=38)			Hospice (n=46)			Próbastatisztika	Szignifikancia

⁵ Iskolai végzettség kódolása: 1-szakiskola, szakmunkás, ápolási asszisztens; 2-érettségi, ápoló, HIDápoló, OKJs ápoló, nővérképző; 3-szakápoló, asszisztens; 4-diplomás ápoló

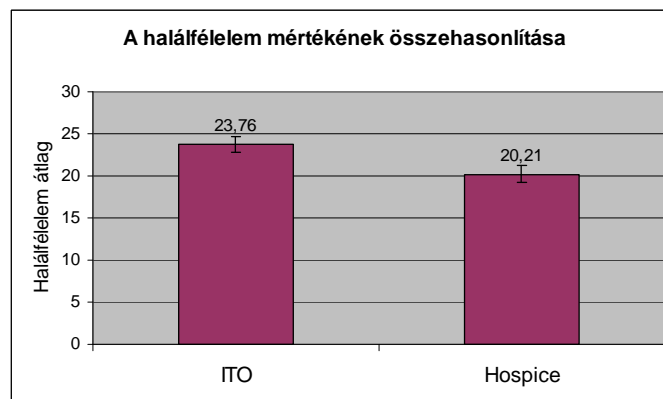
	min.	max.	átlag (szórás)	min.	max.	átlag (szórás)	min.	max.	átlag (szórás)	(szabadságfok)	szint
Hít a túlvilágban⁶	1	5	3,34 (1,287)	1	5	3,26 (1,267)	1	5	3,40 (1,313)	t(84)=-0,500	p=0,618
Vallásosság⁷	1	5	3,40 (1,439)	1	5	3,05 (1,246)	1	5	3,69 (1,535)	d(81)=-2,067	p=0,042

A nővérek családi helyzetét jellemezve elmondható, hogy 7,8%-ukat gyerekkorában nem édesszüleik nevelték, illetve megváltozott, hogy ki nevelte. Ez az adat ITO-nál 8,5%, hospice-ben pedig 7,1%. Felnőttkorban 14,8%-uk egyedül neveli/nevelte fel gyermekét, illetve nem saját gyermekét neveli/nevelte, vagy mások nevelik/nevelték fel gyermekét. Ez az adat az ITO-s csoportban sokkal magasabb: 19,1%, mint a hospice-ben: 9,8%, azonban a különbség nem szignifikáns.

a. A halálfélelem mértékének összehasonlítása a két nővérpopuláció között.

A halálfélelem két vizsgálati populációnk közötti összehasonlítására független mintás t-próbát alkalmaztunk. Az ITO-csoport átlaga a 49 pontos skálán (szórása) 23,8 (10,38), a hospice-csoporté 20,2 (8,12). Az eredmények szerint nincs szignifikáns különbség a két csoport között a halálfélelem mértékében: t(85)=1,764, p=0,081. Ugyanakkor tendencia szintű különbséget találunk a hipotézis feltételezése szerint. Emellett az 1. ábráról (A halálfélelem mértékének különbsége az ITO-, illetve hospice-mintán) is leolvasható, hogy a megbízhatósági intervallumok egyáltalán nem fedik egymást, ami szintén szemlélteti a tendencia szintű különbséget.

1. ábra: A halálfélelem mértékének különbsége az ITO-, illetve hospice-mintán



⁶ Az értékek jelentése: 1 – biztosan nem; 2 – inkább nem; 3 – talán; 4 – inkább igen; 5 – biztosan igen

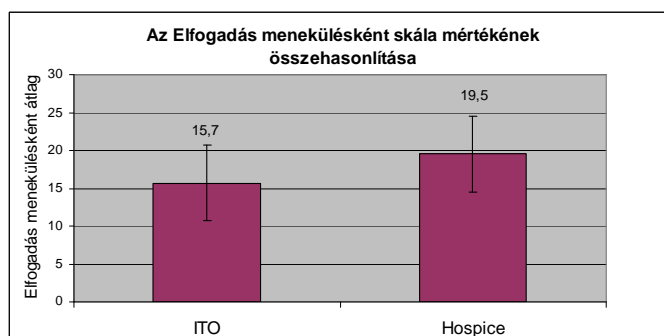
⁷ Az értékek jelentése: 1 – biztosan nem; 2 – inkább nem; 3 – talán; 4 – inkább igen; 5 – biztosan igen

b. A halál iránti attitűd jellegének összehasonlítása a két nővérpopuláció között.

A halál iránti attitűd két csoport közötti vizsgálatára első lépésben az alskálák leíró statisztikáit használtuk. Az eredmények szerint az átlagok a következőképpen követik egymást csökkenő sorrendben: az ITO-s nővérek csoportjában a Várakozásteli elfogadás, a Semleges elfogadás, Halálfélelem, Halálelkerülés, Elfogadás menekülésként, ehhez képest a hospice-nővérek esetében a Halálelkerülés és az Elfogadás menekülésként alskálák pontszámainak átlagai felcserélődtek, tehát a Halálelkerülés a legutolsó.

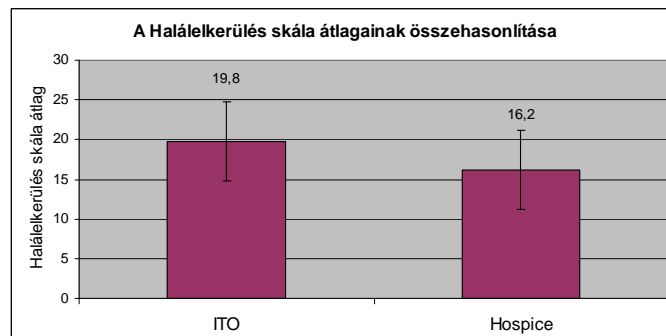
Ezt követően az alskálák mentén független mintás t-próbával összehasonlítottuk a két csoportot. Az eredmények – a fentiekben tárgyalt Halálfélelem skálát kivéve – két alskálán mutattak szignifikáns különbséget: Elfogadás menekülésként, illetve Halálelkerülés skálán. Az Elfogadás menekülésként skálán a hospice-csoport átlaga (szórás): 19,5 (8,03) szignifikánsan magasabb, mint az ITO-sok átlaga (szórás): 15,7 (7,34). A próbastatisztika: $t(84)=-2,322$, $p=0,023$; a Cohen-d értéke 0,5, tehát közepes mértékű a hatás. Ugyanakkor a 2. ábra (Az ITO-, illetve hospice-csoport összehasonlítása az Elfogadás menekülésként skálán) szerint a konfidencia intervallumok átfednek, ezért némileg kétséges a szignifikáns különbség létezése.

2. ábra: Az ITO-, illetve hospice-csoport összehasonlítása az Elfogadás menekülésként skálán



A Halálelkerülés skálán az intenzívterápiás osztályon dolgozó nővérek csoportjában szignifikánsan magasabb az átlag (szórás): 19,8 (8,06), mint a hospice-nővérek átlaga (szórás): 16,2 (7,82). Az eredmények szerint pedig: $t(83)=2,078$, $p=0,041$; a Cohen-d pedig 0,46, tehát közepes mértékű a hatás. Azonban a 3. ábra (Az ITO-, illetve a hospice-csoport összehasonlítása a Halálelkerülés skálán) szerint a megbízhatósági intervallumok fedik egymást, ami szemlélteti az eredmény csupán közepes erősségű hatását.

3. ábra: Az ITO-, illetve a hospice-csoport összehasonlítása a Halálelkerülés skálán

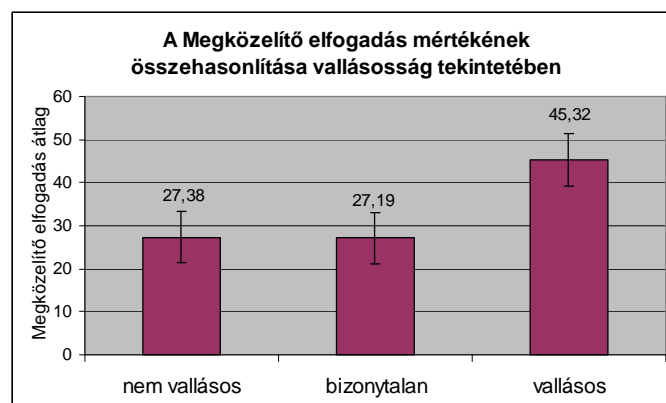


2. A halálhoz való viszonyulás

a. és a vallásosság kapcsolata

A csoportok a következőképpen kerültek kialakításra: a kérdőív I./12. kérdésére ("Vallásos vagyok") biztosan nemmel és inkább nemmel válaszolók lettek a nem vallásosak (22 fő), a talán választ adók a bizonytalanok (17 fő) és az inkább igennel vagy biztosan igennel válaszolók a vallásosak (44 fő) (4 fő nem válaszolt). Csak a Megközelítő elfogadás terén mutatkozott szignifikáns eltérés a csoportok között: $F=17,315$, $p<0,001$ ($W=17,998$, $p<0,001$ és $BF=23,214$, $p<0,001$). A Games-Howell-próba kimutatta, hogy a Megközelítő elfogadás jellemzőbb a vallásosakra mind a nem vallásosokhoz ($GH=17,936$, $p<0,001$), mind a bizonytalanokhoz képest ($GH=18,13$, $p<0,001$); a nem vallásosak és a bizonytalanok között nem volt szignifikáns eltérés. A hipotézis ezen része tehát beigazolódott. (Lásd 4. ábra: A Megközelítő elfogadás mértékének összehasonlítása a vallásosság tekintetében).

4. ábra: A Megközelítő elfogadás mértékének összehasonlítása a vallásosság tekintetében



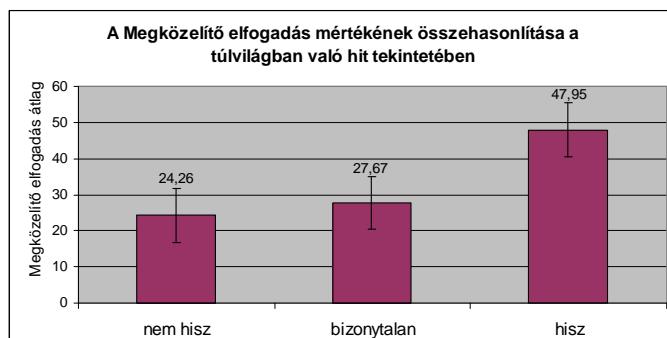
A Megközelítő elfogadás kapcsán ugyanez volt igaz a vizsgálatot külön az ITO-s és külön a hospice-os csoportra elvégezve. A hospice-csoportban ezen kívül szignifikáns különbség mutatkozott a halálfélelem terén is: $F=4,865$, $p=0,13$; ami a vallásosakra kevésbé jellemző a

nem vallásosakhoz képest (GH=-6,754, $p=0,064$; a Games-Howell-próba tehát csak tendenciaszinten igazolta az eltérést).

b. és túlvilágba vetett hit kapcsolata

A csoportok kialakítása így zajlott: a kérdőív I./11. kérdésére ("Hiszek a túlvilág vagy a halál utáni élet bármely formájának létezésében") biztosan nemmel és inkább nemmel válaszolók lettek a túlvilágban nem hívők (23 fő), a talán választ adók a bizonytalanok (23 fő) és az inkább igennel vagy biztosan igennel válaszolók a túlvilágban hívők (39 fő). Jelen esetben is csak a Megközelítő elfogadás terén mutatkozott szignifikáns eltérés a csoportok között: $F=36,474$, $p<0,001$ ($W=34,877$, $p<0,001$ és $BF=41,139$, $p<0,001$). A Games-Howell-próba kimutatta, hogy a Megközelítő elfogadás jellemzőbb a túlvilágban hívőkre mind a nem hívőkhöz (GH=23,687, $p<0,001$), mind a bizonytalanokhoz képest (GH=20,28, $p<0,001$); a túlvilágban nem hívők és a bizonytalanok között nem volt szignifikáns különbség. (Lásd 5. ábra: A Megközelítő elfogadás mértékének összehasonlítása a túlvilágba vetett hit tekintetében). Ugyanez volt igaz a vizsgálatot külön-külön elvégezve a két csoportban.

5. ábra: A Megközelítő elfogadás mértékének összehasonlítása a túlvilágba vetett hit tekintetében



3. Feltételezzük, hogy mivel az ITO-s nővérek a halál természetessége helyett a mindenáron való életben tartásra vannak felkészülve, közeli hozzátartozójuk halálával, haldoklásával sem tudnak mit kezdeni, így az jobban megviseli őket, mint a hospice-os nővéreket, akik ezt képesek a búcsúzásra való alkalomként kezelni, amit fontosnak tartanak akár saját, akár hozzátartozójuk halálakor.

Közeli hozzátartozó halála

Az erre vonatkozó kérdés (II/1.) válaszlehetőségeit khi-négyzet-próbával vizsgálva megállapítható, hogy a b) válasz, mely szerint egy közeli hozzátartozó halála megviseli az

illetőt, s nagyon sokáig nem tudja feldolgozni, szignifikánsan jellemzőbb az ITO-n dolgozó nővérekre: Khi-négyzet=8,057, $p=0,005$. (A többi válaszlehetőség esetében nem volt szignifikáns eredmény). A hipotézis tehát beigazolódott.

A haldoklás ideje mint a búcsúzásra való alkalom

A kérdőív (II./2.) erre vonatkozó kérdésének válaszlehetőségeit khi-négyzet-próbával vizsgálva megállapítható, hogy a b) válasz, mely szerint a haldoklás ideje alkalom a búcsúzásra, szignifikánsan jellemzőbb a hospice-os nővérekre: Khi-négyzet=4,293, $p=0,038$. (A többi válaszlehetőség esetében nem volt szignifikáns eredmény). A hipotézis tehát beigazolódott.

A búcsúzás lehetőségének fontosnak tartása szeretteik illetve saját haláluk esetében

A releváns kérdés (II./3.) válaszlehetőségeit khi-négyzet-próbával vizsgálva megállapítható, hogy a b) válasz esetében, mely szerint az illető olyan halált kívánna szeretteinek, amely lehetőséget ad a búcsúzásra, dolgaink rendezésére, nincs szignifikáns eltérés: Khi-négyzet=1,086, $p=0,297$. Viszont a d) válaszlehetőség, mely a szenvedéstől és fájdalomtól való mentességre helyezi a hangsúlyt, szignifikánsan jellemzőbb az ITO-s nővérekre: Khi-négyzet=6,632, $p=0,010$. A kérdőív II./4. kérdésének ("Ha választani lehetne, magamnak ilyen halált kívánnék") válaszlehetőségeit khi-négyzet-próbával vizsgálva elmondható, hogy egyik válaszlehetőség esetében sem jelentkezett szignifikáns különbség. A hipotézis tehát nem nyert igazolást.

4.

a. Az ITO-s nővérek kevésbé preferálják a palliatív terápiára való áttérést, mint a hospice-os nővérek.

A III./1. kérdés kapcsán a hipotézis beigazolódni látszik: a khi-négyzet-próba szerint az e) válasz, mely a palliatív terápiára való áttérésre vonatkozik, szignifikánsan jellemzőbb a hospice-nővérek esetében: Khi-négyzet=9,834, $p=0,002$. A d) válasz, mely a beteg jogainak érvényesítésére vonatkozik, az ITO-s nővérek körében jellemzőbb: Khi-négyzet=17,322, $p<0,001$. (A többi válaszlehetőség esetében nem volt szignifikáns eredmény). A III./2. kérdés ("Mit tesz/tenne és miért, ha egy gyógyíthatatlan, kontaktusképtelen beteg életfenntartó kezelésének leállítását kéri a hozzátartozói?") kapcsán ugyanez mutatkozik meg: a palliatív terápiára való áttérésre vonatkozó f) válaszlehetőség jellemzőbb a hospice-csoport esetében:

Khi-négyzet=5,800, $p=0,016$; míg a beteg jogainak érvényesítésére vonatkozó e) válaszlehetőség az ITO-s nővérekre jellemzőbb: Khi-négyzet=19,128; $p<0,001$.

b. Az orvos által haszontalannak ítélt kezelés kapcsán kialakuló döntésbe a hospice-os nővérek sokkal inkább bevonják a hozzátartozót, míg az ITO-sok sokkal inkább bíznák az orvosra a döntést.

A III./3. és 4. kérdések esetében 5 olyan válaszlehetőség van, mely kizárólag az orvos döntésére vonatkozik (a, b, c, f, i, válaszlehetőségek); 5 olyan, mely valamilyen formában a hozzátartozót is bevonja a döntésbe (d, e, g, h, j válaszlehetőségek); s 1 olyan, mely szerint az életfenntartó kezelés nem leállítható (k válaszlehetőség). A választási arányokat a 2. táblázat (A III./3. és 4. kérdésekre adott válaszok aránya) foglalja össze.

2. táblázat: A III./3. és 4. kérdésekre adott válaszok aránya

III./3. kérdés*	Igen válaszok aránya	
	ITO	Hospice
Kizárólag az orvos döntésére vonatkozó válasz	28,3 %	19,2 %
A döntésbe a hozzátartozót is bevonó válasz	54,3 %	63,8 %
A kezelés nem leállítható	17,4 %	17 %
III./4. kérdés**		
Kizárólag az orvos döntésére vonatkozó válasz	27,5 %	17 %
A döntésbe a hozzátartozót is bevonó válasz	67,5 %	80,5 %
A kezelés nem leállítható	5 %	2,5 %

*Tudomásom szerint, ha a kezelőorvos haszontalannak ítéli egy gyógyíthatatlan, kontaktusképtelen beteg életfenntartó kezelését, akkor...

** Az előző kérdés kapcsán mi lenne Ön szerint a legésszerűbb, legkövetendőbb választás?

Tehát mindkét csoportban mindkét kérdés esetében a hozzátartozót is bevonó döntések választása volt a legjellemzőbb, de a hospice-os nővérek láthatóan inkább választottak olyan döntést, amely a hozzátartozót is bevonja, míg az ITO-s nővérek inkább olyat, melyben

kizárólag az orvos vesz részt. Viszont a független mintás t-próba sehol sem mutatott ki szignifikáns eltérést a csoportok között. Szembetűnő az is, hogy a legésszerűbb választás (III./4. kérdés) esetében mindkét csoportban növekedett a hozzátartozót is bevonó döntés, míg csökkent a kizárólag orvosi döntés és a kezelés leállíthatatlanságára vonatkozó választás.

5. A két nővérpopuláció összehasonlítása az étellel való elégedettség mutatója mentén.

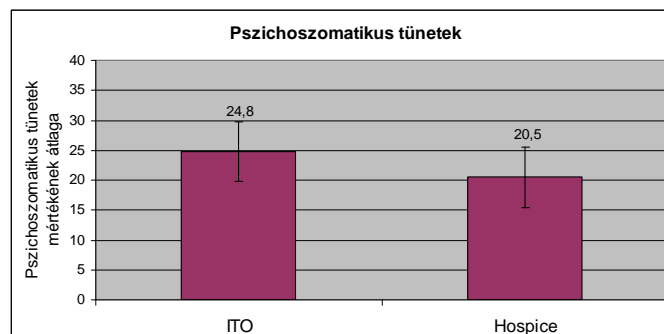
Az étellel való elégedettség ITO-, illetve hospice-populáció mentén, független mintás t-próbával való összehasonlításakor nem kaptunk szignifikáns eredményt. Az ITO-s nővérek átlaga a 35 pontos skálán (szórása) 20,7 (6,12), a hospice- ellátásban dolgozóké pedig 22,2 (6,10). A t-próba eredménye: $t(86)=-1,216$, $p=0,227$.

6. A két nővérpopuláció összehasonlítása a pszichoszomatikus tünetek tekintetében.

a. A pszichoszomatikus tünetek mértékének összehasonlítása

A kiegészítő veszélyeztető tényezők összehasonlítására végzett független mintás t-próba eredménye szerint szignifikánsan nagyobb mértékben jellemzőek a pszichoszomatikus tünetek az intenzívterápiás osztályon dolgozó nővérekre, mint a hospice-ban dolgozóakra. Az ITO-csoport átlaga (szórás): 24,8 (9,43), a hospice-átlag (szórás) pedig: 20,5 (7,41). A próbastatisztika pedig: $t(84)=2,331$, $p=0,022$; a Cohen-d értéke: 0,51, tehát közepes mértékű hatásról beszélhetünk. Ennek ellenére a 6. ábráról (Az ITO-, illetve a hospice-csoport összehasonlítása a pszichoszomatikus tünetek mentén) a konfidencia intervallumok átfedését olvashatjuk le, ami szemlélteti az eredmény csupán közepes erősségű hatását.

6. ábra: Az ITO, illetve a hospice-csoport összehasonlítása a pszichoszomatikus tünetek mentén



b. A pszichoszomatikus tünetek magyarázó változóinak vizsgálata

Megvizsgáljuk, hogy a kutatásban szereplő konstruktumok közül melyek magyarázzák jobban a pszichoszomatikus tünetek kialakulását: halálfélelem vagy a munkahely. Ennek tesztelésére

többszörös lineáris regresszió elemzést végzünk. Két modellt alkalmazunk: az elsőben magyarázó változóként szerepeltetjük a halálfélelmet és a munkahelyet (ITO, vagy hospice), a második modellben pedig (a vizsgálati minta bemutatása alapján) beléptetjük a nemet és az életkort, ezáltal kontrollálva ezeket annak érdekében, hogy a vizsgált változók összefüggéseire ne legyenek zavaró hatással. Az eredmények alapján elmondható, hogy az első modellben a halálfélelem erősebb magyarázó változója a pszichoszomatikus tüneteknek, mert ez szignifikáns magyarázó változó: $\beta=0,232$, $p=0,037$, míg a munkahely nem bizonyult annak: $\beta=-0,165$, $p=0,133$. A modell magyarázóereje 9,2%.

A második modellben a nem és az életkor beléptetésével a halálfélelem skála ugyanúgy a pszichoszomatikus tünetek szignifikáns magyarázó változójának bizonyult, mint az előző esetben ($p=0,037$), a β mindössze 0,001-gyel emelkedett: $\beta=0,233$. A munkahely az előzőekhez hasonlóan nem bizonyult szignifikáns változónak: $\beta=-0,230$, $p=0,067$, azonban tendencia szinten igen. A nem és a kor nem bír szignifikáns prediktív erővel a pszichoszomatikus tünetekre nézve. A modell magyarázó ereje 10,8%. Az eredményeket a 3. táblázat (A pszichoszomatikus tünetek magyarázó változói a többszörös lineáris regresszió elemzés eredménye szerint) szemlélteti.

3. táblázat: A pszichoszomatikus tünetek magyarázó változói a többszörös lineáris regresszió elemzés eredménye szerint

Modell	Magyarázó változók	β	t-érték	Szignifikancia szint	Megmagyarázott variancia ⁸
<u>1</u>	Halálfélelem	0,232	2,123	p=0,037	9,2%
	Munkahely	-0,165	-1,517	p=0,133	
<u>2</u>	Halálfélelem	0,233	2,126	p=0,037	10,8%
	Munkahely	-0,230	-1,856	p=0,067	
	Életkor	0,121	0,993	p=0,324	
	Nem	0,070	0,638	p=0,525	

7. A halálfélelem, a pszichoszomatikus tünetek és a munkahely összefüggéseinek vizsgálata a szülői neveléssel kapcsolatos emlékekkel, valamint a gyerekkori és jelenlegi családi helyzettel.

Ennek vizsgálatát korrelációs elemzésekkel visszük véghez, a szülői nevelés dimenzióit korreláltatjuk a halálfélelemmel, a pszichoszomatikus tünetekkel és a munkahellyel.

⁸ Megjegyzés: A megmagyarázott varianciánál a populációhoz igazított torzítatlan becslés értékét tüntettük fel.

A korrelációs elemzések eredménye szerint a pszichoszomatikus tünetekkel – egy kivétellel – a szülői nevelés összes dimenziója szignifikáns kapcsolatban van. Egyedül az apai túlvédés dimenzió nem mutat szignifikáns együttjárást, azonban tendencia szintű hatás megfigyelhető ebben az esetben is. (A pszichoszomatikus tünetek és a szülői nevelési dimenziók kapcsolatát a teljes mintán vizsgálva a 4. táblázat: *A pszichoszomatikus tünetek és a szülői nevelés dimenzióinak kapcsolata a teljes mintán* mutatja be.)

4. táblázat: A pszichoszomatikus tünetek és a szülői nevelés dimenzióinak kapcsolata a teljes mintán

		Anyai Elutasí tás	Apai Elutasí tás	Szülői Elutasí tás	Anyai Meleg ség	Apai Meleg ség	Szülői Meleg ség	Anyai Túlvé dés	Apai Túlvé dés	Szülői Túlvé dés
Pszichoszo matikus tünetek	r (df)	0,430 (72)	0,442 (64)	0,477 (64)	-0,294 (81)	-0,331 (74)	-0,327 (74)	0,308 (79)	0,218 (72)	0,290 (70)
	p	<0,001	<0,001	<0,001	0,007	0,004	0,004	0,005	0,064	0,014

Érdekes módon a szülői nevelési dimenziókkal ezen kívül sem a munkahely, sem pedig az étellel való elégedettség nincs szignifikáns kapcsolatban.

Ugyanezt a korrelációs elemzést a két mintán külön-külön lefuttatva azt találtuk, hogy az ITO-s csoportban a pszichoszomatikus tünetek a szülői nevelés összes dimenziójával szignifikáns kapcsolatban vannak (A pszichoszomatikus tünetek és a szülői nevelési dimenziók kapcsolatát az ITO-s mintán vizsgálva az 5. táblázat: *A pszichoszomatikus tünetek és a szülői nevelés dimenzióinak kapcsolata az ITO-s mintán* mutatja be).

5. táblázat: A pszichoszomatikus tünetek és a szülői nevelés dimenzióinak kapcsolata az ITO-s mintán

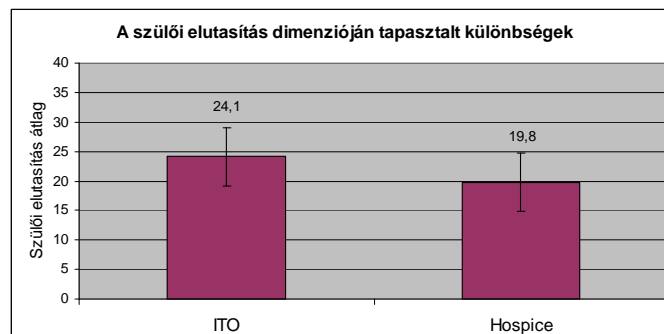
		Anyai Elutasí tás	Apai Elutasí tás	Szülői Elutasí tás	Anyai Meleg ség	Apai Meleg ség	Szülői Meleg ség	Anyai Túlvé dés	Apai Túlvé dés	Szülői Túlvé dés
Pszichoszo matikus tünetek	r (df)	0,374 (38)	0,491 (34)	0,477 (34)	-0,294 (43)	-0,312 (36)	-0,429 (36)	0,379 (40)	0,415 (37)	0,359 (35)
	p	0,019	0,003	0,004	0,041	0,008	0,021	0,007	0,027	0,010

Ezzel szemben a hospice-nővéreknél csupán az anyai elutasítással korrelál szignifikánsan: $r(33)=0,425$, $p=0,012$, a kapcsolat mértéke közepes, iránya pedig pozitív, mely szerint minél nagyobb az anyai elutasítás, annál több és intenzívebb pszichoszomatikus tünet jellemző a

nővére. A szülői elutasítással pedig csupán tendencia szintű különbség található: $r(29)=0,325$, $p=0,08$.

Ezt követően a szülői nevelési dimenziókat független mintás t-próbának vetettük alá, s összehasonlítottuk az intenzívterápiás és hospice-os csoportokat. Az eredményekben szignifikánsan különbözik e két csoport a szülői elutasítás dimenzió mentén. Az ITO-n dolgozó nővérek átlaga (szórása): 24,1 (9,13), a hospice-nővérek csoportjában az átlag (szórás): 19,8 (7,18). A t-próba eredménye: $t(64)=2,097$, $p=0,040$, tehát az ITO-s nővérek esetében magasabb a szülői elutasítás. A Cohen-d értéke: 0,53, ami közepes erősségű hatást jelent. A két csoport szülői elutasítás dimenzióbeli különbségeit a 7. ábra (Az ITO-s, illetve hospice-nővérek összehasonlítása a szülői elutasítás dimenziója mentén) szemlélteti. Az ábrán azonban a konfidencia intervallumok fedik egymást, ami rámutat arra, hogy a hatás csupán közepes erősségű.

7. ábra: Az ITO-s, illetve hospice-nővérek összehasonlítása a szülői elutasítás dimenziója mentén



A pszichoszomatikus tünetek gyerekkori és jelenlegi családi helyzettel való összefüggéseit a gyerekkori nevelők, illetve már felnőttként jelenleg nevelt vagy már felnevelt gyerekekkel kapcsolatos kérdések által vizsgáltuk. Elsőként független mintás t-próbával összehasonlítottuk a két csoportot a gyerekkori, illetve jelenlegi családi helyzet szerint, melynek eredménye nem mutatott szignifikáns különbséget az ITO-s, illetve hospice- nővérek csoportjai közt egyik tekintetben sem.

A korrelációs vizsgálat eredménye szerint a jelenlegi családi helyzet – hogy jelenleg gyereket nevel-e/nevelt-e, vér szerinti gyerekét, illetve egyedül, vagy mással – kapcsolatban van a pszichoszomatikus tünetekkel: $r(82)=0,237$, $p=0,031$. A kapcsolat iránya pozitív, ami azt jelenti, hogy minél nehezebb helyzetben neveli / nevelte gyermekét a nővér, annál sűrűbb, illetve intenzívebb a pszichoszomatikus tünetek előfordulása. A kapcsolat mértéke mérsékelt. Mindezt a két csoportban külön-külön vizsgálva azt találtuk, hogy az ITO-s nővéreknél

majdhogynem szignifikáns, azonban csak tendencia szintű a kapcsolat: $r(44)=0,292$, $p=0,052$, míg a hospice-csoportban a kapcsolat: $r(37)=0,020$, $p=0,903$ a jelenlegi családi helyzet és a pszichoszomatikus tünetek között.

Annak korrelációs vizsgálatában pedig, hogy vajon a gyerekkori és a jelenlegi családi helyzet között van-e összefüggés, a teljes mintán szignifikáns kapcsolatot találtunk: $r(85)=0,248$, $p=0,021$, tehát mérsékelt erősségű, pozitív irányú a kapcsolat. A csoportokban külön-külön nincs kapcsolat, illetve a hospice-csoportban tendencia szintű az összefüggés: $r(38)=0,278$, $p=0,087$.

IV. Megbeszélés, következtetések

Kutatásunk során a halál iránti attitűdöt és a halálfélelem mértékét, a haldokló gondozásról szóló képzésben való részvételt, a halállal és haldoklással kapcsolatos érzelmeket és gondolatokat, az életvégi döntésekkel kapcsolatos elképzeléseket, valamint ennek összefüggését vizsgáltuk a kiégés tüneteivel, a vallásossággal, a túlvilágba vetett hittel, az élettel való elégedettséggel és a gyerekkori emlékekkel a szülői neveléssel kapcsolatban, intenzívterápiás osztályon, illetve hospice-ben dolgozó nővérek körében. Feltételeztük, hogy az egészen eltérő szemléleti keret, amiben ez a két csoport a halállal, haldoklókkal találkozik, jelentős eltéréseket fog mutatni a vizsgált változók tekintetében.

Az elemzések során a vizsgálati csoportok között több szempontból is jelentős különbségeket találtunk. Az ITO-n dolgozó ápolók esetében elmondható, hogy szignifikánsan többet dolgoznak hetente, ezáltal sokkal túlterheltebbek, mint a hospice-nővérek, valamint jelenlegi családi helyzetük is jelentősen, azonban nem szignifikánsan előnytelenebb a társas támogatottságra vonatkozóan, pl. a nővérek nagyobb része neveli vagy nevelte egyedül gyermekét, mint amennyire ez a hospice-osok között jellemző. Ezzel szemben a hospice-ban dolgozó nővéreket több tényező is segítheti. Idősebbek az intenzív nővérekhez képest, körükben magasabb a szakmában eltöltött évek száma, így nagyobb tapasztalatuk a javukra válhat a munkavégzés során. Fény derült arra a várható adatra is, hogy a hospice-os nővérek sokkal inkább részesülnek a haldokló gondozásra vonatkozó képzésben. Jelen keresztmetszeti kutatás nem képes kimutatni a halállal és haldoklással kapcsolatos képzés hatását a halálfélelem, a halál iránti attitűd alakulására, ám rámutat arra, hogy az ITO-s nővérek sokkal kevésbé érzik úgy, hogy elegendő ismeretük van a haldoklók gondozásához, hogy ez ne jelentsen számukra nehézséget se szakmailag, se lelkiileg. A képzésnek tehát valóban fontos szerepe lehet. A túlvilágban való hit terén ugyan nem mutatkozik számottevő eltérés a két

csoport között, de a hospice-nővérek körében jellemzőbb a vallásosság, ami szintén támaszt nyújthat a számukra.

A halál iránti attitűd két csoport közötti összehasonlítása során csupán tendencia szintű különbséget találtunk a halálfélelem mértékében, azonban az ITO-s nővéreknél mutatkozott nagyobb halálfélelem. A halálattitűd alsóskálán a halál várakozásteli elfogadása, illetve semleges elfogadása volt a legjellemzőbb mindkét csoport attitűdjére, a haláltól való félelem csak ezek után következett. A halállal kapcsolatos attitűdök közül mindössze az elfogadás menekülésként, illetve a halálelkerülés skálán mutatkozott szignifikáns különbség a két csoport között, a halál menekülésként való elfogadása a hospice-nővérekre, míg a halálelkerülés az ITO-n dolgozókra volt jellemzőbb. Mindez összhangban áll korábbi feltételezéseinkkel, miszerint a hospice-ban a halál elfogadása, míg az ITO-n a halál elkerülése jellemzőbb, azonban az ITO-s nővérekre az eredmények szerint jellemző várakozásteli elfogadás ellentmond hipotézisünknek. Az erre vonatkozó lehetséges magyarázatok elképzeléseink szerint azokból az esetekből fakadhatnak, mikor az intenzívterápiás osztályon nyilvánvalóan gyógyíthatatlan beteg vegetál, s az ehhez hasonló esetekben elképzelhető, hogy az ilyen beteget gondozó nővérek valóban a halálra mint megváltásra gondolnak, hiszen a betegnek és az osztálynak is az a legmegfelelőbb kiút ebből a kilátástalan helyzetből.

Az ITO-s nővérek körében jellemzőbb, hogy nagyon megviseli őket egy közeli hozzátartozó halála, ami arra utalhat, hogy a halállal való szembesülés a magánéletükben is jobban megterheli őket. Hasonlót sejtet az is, hogy az ITO-s nővérekhez képest a hospice-os nővérek számára a haldoklás ideje sokkal inkább minősül a búcsúzásra való alkalomnak.

Nem nyert igazolást azon hipotézisünk, mely szerint a hospice-os nővérek szeretteik halálakor és saját haláluk esetén is sokkal inkább fontosabbnak tartják a búcsúzás lehetőségét, mint az ITO-sok. Viszont az ITO-s ápolók szeretteik halála kapcsán fontosabbnak tartják a szenvedéstől és fájdalomtól való mentességet – ezt magyarázhatja az, hogy az ITO-n talán gyakrabban találkoznak a nővérek olyan betegekkel, akik komoly testi és lelki szenvedések közepette hunynak el. Elképzelhető, hogy a fájdalommentesség biztosítása a hospice-nővérek számára sokkal természetesebb és általában nagy hangsúlyt kap, így a munkájuk során talán sokkal inkább tapasztalják a testi és lelki szenvedés megfelelő enyhítését, s látnak példát arra, hogy ezek a szenvedések elkerülhetőek.

Jellemző, hogy az életfenntartó kezelések leállítása kapcsán a hospice-os nővérek körében hangsúlyosabb a palliatív terápiára való átállás, míg az ITO-s nővéreknél a beteg jogainak érvényesítése a jellemzőbb. Ebből arra következtethetünk, hogy az ITO-n

valószínűleg kevésbé jelenik meg a palliatív ellátás, ami megfelel korábbi elvárásainknak. A hospice-nővérek számára a palliatív terápiára való áttérés és a beteg jogainak érvényesülése valószínűleg nagyjából ugyanazt jelenti, hiszen a beteg az életfenntartó kezelés „visszautasítása esetén is jogosult szenvedéseinek enyhítésére, fájdalmainak csökkentésére irányuló ellátásra” (Eütv. 23 § (2)), amit a palliatív terápia biztosítani képes. Ha az ITO-n is ez a szemlélet lenne jellemző, akkor valószínűleg az ITO-s nővérek is inkább a palliatív terápiára való átállást hangsúlyozták volna. Ez irányú választásuk talán leginkább a haláhtagadó társadalmi rendből és a jogrendszerből eredő tehetetlenségüket mutathatja. Az orvos által haszontalannak ítélt kezelés kapcsán megfogalmazott hipotézisünk, miszerint a hospice-os nővérek esetében sokkal inkább fog megjelenni olyan döntés, amely a beteg hozzátartozóit is bevonja; míg az ITO-s nővérek esetében sokkal inkább fog megjelenni kizárólag az orvosra bízott döntés, lényegében nem igazolódott be. Feltehetően azért van ez így, mert az ITO-n mint interdiszciplináris teamben a nővérek kezelésbe való beleszólása nagyobb, mint egy átlagos kórházi osztályon, s általuk a hozzátartozók szempontjai is inkább előtérbe kerülhetnek. A kezelések kapcsán hozott döntések viszont tulajdonképpen az orvosok hatáskörébe tartoznak minden osztályon, s a törvény sem kötelez a hozzátartozókkal való egyeztetésre. Ugyanakkor mindkét csoportban (ha nem is szignifikáns mértékben) a hozzátartozót is bevonó választások voltak a legjellemzőbbek, s látszott, hogy ez főleg a hospice-nővérek körében igaz. Fontos kiemelni, hogy mikor ugyanezen kérdés kapcsán a legésszerűbb, legkövetendőbb döntésről kérdeztük az ápolókat, akkor mindkét csoportban növekedett a hozzátartozót is bevonó döntés, míg csökkent a kizárólag orvosi döntés és a kezelés leállíthatatlanságára vonatkozó választás. Mindez arra utalhat, hogy az aktuális helyzet, a jelenlegi jogi szabályos nem egészen felel meg annak, amit a nővérek értelmesnek, normálisnak tartanának.

A vallásosság kapcsán (elvárásainkkal ellentétben) nem találtunk különbséget a halálfélelem mértékében, s a halálelkerülés sem volt jellemzőbb a bizonytalanok csoportjára, ami adódhat abból, hogy – mint a bevezetőben írtuk – a vallásosság és a halálfélelem kapcsolatát vizsgáló kutatások ellentmondó eredményeket hoztak. Ugyanez igaz a túlvilágban való hit kapcsán is. Ugyanakkor beigazolódott hipotéziseink azon része, miszerint a vallásosakra, illetve a túlvilágban hívőkre jellemzőbb a halál megközelítő elfogadása. Emellett a hospice-csoportban a halálfélelem kevésbé volt jellemző a vallásosakra a nem vallásosakhoz képest. Tehát a vallásosság (mely a hospice-nővérek körében volt jellemzőbb) és a túlvilágban való hit védő faktorként szolgálhat a haldokló gondozásban résztvevő nővérek

számára. Mindez rámutat arra is, hogy mivel az ITO-s nővérek a hospice-csoporthoz képest kevésbé vallásosak, még egy támasszal kevesebb jut nekik védőfaktoroként.

Az étellel való elégedettségben nem találtunk különbséget a két populáció között. Ez adódhat abból, hogy az intenzíves nővéreknek is nyilvánvalóan vannak sikerélményeik a munkájuk során, csak feltehetően nem a haldokló gondozás kapcsán, hanem például kritikus állapotú betegek meggyógyításában. A kiégésre veszélyeztető pszichoszomatikus tünetek azonban szignifikánsan nagyobb mértékben jellemzőek az intenzív osztályon dolgozókra, mint a hospice-ellátás nővéreire. A halálfélelem szignifikáns magyarázó változónak bizonyult az életkor, a nem és a munkahely kontrollálása mellett, míg az, hogy az ápoló intenzív vagy hospice-ápolásban dolgozik, nem magyarázta a pszichoszomatikus tünetek mértékét. Ez alapján azt mondhatjuk, hogy a pszichoszomatikus tünetekkel a halálfélelem jelentősen összefügg, míg az, hogy melyik helyen dolgozik a nővér, nem. Azonban a fentiek alapján tendencia szinten az ITO-s nővérek magasabb halálfélelmet mutatnak, így közvetve azt is feltételezhetjük, hogy a halálfélelemre is hatással van a munkahely, csak a munkahely önmagában, a halálfélelem nélkül nem. Ezek alapján elmondhatjuk, hogy a pszichoszomatikus tünetek mint a nem tudatos halálfélelem mutatói foghatók fel, hiszen ugyan a halálfélelemben nem találtunk szignifikáns különbséget a két csoport között, a pszichoszomatikus tünetekben azonban igen, ezen kívül a halálfélelem a pszichoszomatikus tünetek magyarázó faktorának bizonyult. Ezt feltételezésünk szerint az intenzívterápiás nővérek mint 'elitcsoport' magyarázza. Szakértelmük, valamint rendkívül stresszes és megterhelő munkájuk által tiszteletnek örvendenek a többi osztály nővérei között, bármit kibírnak és teljesítenek. Ebből kifolyólag náluk magasabb a személyes omnipotencia hite, így erőteljesebb a halálfélelem elfojtása, ezért a tudatos halálfélelmet mérő kérdőívben meg sem mutatkozhat, sokkal inkább a nem tudatos félelmet mérő eszköz által (Yalom, 2003), mely alapján arra következtethetünk, hogy nem áll rendelkezésükre valós és megfelelő védelem a halállal való gyakori és kényszerű szembesülés során.

A korrelációs elemzések eredménye szerint a pszichoszomatikus tünetekkel – egy kivétellel – a szülői nevelés összes dimenziója szignifikáns kapcsolatban van. Minél nagyobb az anyai, apai és szülői elutasítás, valamint az anyai és szülői túlvédés mértéke, annál magasabb a pszichoszomatikus tünetek mértéke. Emellett minél kevésbé meleg az anyai, apai és szülői nevelési stílus, annál több és nagyobb mértékű a kiégésre hajlamosító tünetek megléte a vizsgált nővérek esetében. Érdekes jelenség, hogy a két csoportot külön vizsgálva, a hospice-ban csupán az anyai elutasítással van kapcsolat a szülői nevelés és a pszichoszomatikus tünetek között, míg az ITO-s nővéreknél a teljes mintán kapott

eredményekhez hasonló irányú kapcsolatok mutatkoznak. A két csoport szülői nevelési dimenziók mentén való összevetése csupán a szülői elutasításban mutatott szignifikáns különbséget, az intenzívterápiás osztályon dolgozó nővérek esetében nagyobb mértékben jellemző a szülői elutasítás, mint a hospice-nővéreknél. A jelenlegi családi helyzet kapcsolatban mutatott a pszichoszomatikus tünetekkel, tehát minél nehezebb a családi helyzet, minél kevesebb a társas támogatás mértéke, annál nagyobb mértékű a pszichoszomatikus tünetek előfordulása. Mindez pedig ugyan csak tendencia szinten, de jellemzőbb az ITO-n dolgozók esetében, mint a hospice-ban. Ezek a különbségek arra is engednek következtetni, hogy már a háttér, a meglévő alap sem azonos, amivel a nővérek a különböző feltételeket biztosító osztályokra érkeznek. Eredményünk összhangban van K. Szilágyi és Piskóti (2008), valamint Hegelson (2003, idézi Szabó és mtsai, 2008) kutatásaival, miszerint a társas támogatás védőfaktorát jelent a stressz, a pszichoszomatikus tünetek és a kiegészítés ellen.

Azon kérdés kapcsán, hogy vajon összefügg-e a gyerekkori családi mintázat a felnőttként átélte mintázattal, szignifikáns pozitív kapcsolatot találtunk, tehát önbeteljesítő jóslatként hordozzák családjuk keresztjét, s ismétlik meg a családi mintázatot felnőttkorban. Ez különösképpen az előnytelen mintázatokban problémás, hiszen ez az eredmények alapján végigkíséri életüket, ami összefüggésbe hozható a családi szocializáció hatására kialakuló elégtelen megküzdési stratégiával, ami hosszútávon depresszív, illetve neurotikus megbetegedésekre hajlamosít (Parker, 1981, 1983; idézi Margitics – Pauwlik, 2006). Elgondolkodtató és érdekes kérdés azonban, hogy az előnytelen gyerekkori családi mintázat mégis miért fordul elő ilyen gyakran ezekben a nehéz szakmákban, és vajon mi és miért hajtja épp ezeket a nehezebb háttérű embereket e megpróbáltatásokkal teli szakmák felé?

Kitekintés

Mivel kutatásunk keresztmetszeti vizsgálat, ok-okozati összefüggéseket nem vonhatunk le pl. a pszichoszomatikus tünetek és a halálfélelem, illetve a szülői nevelés, illetve aktuális családi helyzet között, ehhez szisztematikus megfigyelések lennének szükségesek. Torzító tényezőként szerepelhet, hogy az adatokat önbeszámoló alapján nyertük, így a válaszok realitásával és objektivitásával kapcsolatban nem lehetünk bizonyosak. Tovább csökkentheti eredményeink általánosíthatóságát, hogy kényelmi mintavételt alkalmaztunk, így nem juthattunk reprezentatív mintához.

Mindemellett a kutatás egy nagyon is aktuális kérdést vizsgál, s az intenzívterápiás osztályon, illetve hospice-ellátásban dolgozó nővérek összehasonlítása rávilágít arra, hogy

foglalkoznunk kell a haldokló gondozásban résztvevő nővérekkel, és hogy a haldokló gondozással kapcsolatos ismeretek oktatása, valamint a hospice által képviselt elvek és szemlélet meghonosítása az intenzív osztályon is ajánlatos lenne. A kritikus állapotú betegekkel foglalkozók számára nagyon is szükséges a segítségnyújtás, mely a segítő munka lehetséges pszichés következményeinek tudatosításával és az ezekkel való megküzdés módszereinek elsajátításával érhető el a legmegfelelőbbben.

A kutatás középpontjában álló két terület látszólag olyan, mintha az egészségügy két végpontja lenne, de ahol emberek halnak meg, ott mai világunkban szükség van a megfelelő haldokló gondozásra, ezért lenne szükséges az álláspontok közelítése. Jelen mű semmiképpen sem „vádirat” az intenzív osztályon dolgozó nővérekkel (vagy magával az ITO-val) szemben: nem ellenük, hanem értük szól. A „hiba” ugyanis nem bennük, hanem a „rendszerben” van, mely nyilvánvalóan annak a haláhtagadó társadalomnak a lenyomata, amiben élünk. A beteg mindenáron való életben tartását célzó kezelés, a haldoklás mesterséges és fájdalmas elnyújtása valójában életellenes: őszintétlen és lelketlen folyamat, a kuratív terápia halála. A haldokló gondozás nem *haldokló* gondozás, hanem olyan aktív terápia, mely a halál méltóságát teszi lehetővé. Az intenzív osztályon dolgozók jelenleg nem kapnak megfelelő eszközöket ennek megvalósítására, a társadalomból kiteszített halált pusztán az ölükbe ejtették...

További kutatásokban érdekes lenne a halálhoz fűződő attitűdök projektív tesztekkel való vizsgálata, illetve a hospice-ellátásban dolgozókat oly módon az ITO-s csoporthoz igazítani, hogy kizárólag hospice-osztályokat vonunk be a kutatásba, otthoni ápolást, illetve nappali ellátást nem. Ily módon lehetőség nyílna a két populáció munkakörülmények hatásától mentes vizsgálatára, kizárólag a két szemlélet összehasonlítására.

Köszönetnyilvánítás

Ezúton mondunk köszönetet a kutatásunkban közreműködő hospice-szolgálatok ápolóinak, akik kérdőívünk kitöltésével segítettek munkánkat. Emellett köszönettel tartozunk Piskóti Zoltánnénak, a Jahn Ferenc Kórház Központi Anaesthesiológiai és Intenzívterápiás Osztály főnövérenek az intenzívterápiás adatok megszerzésében nyújtott segítségéért, valamint az intenzívterápiás osztályokon dolgozó ápolóknak a kutatásban való részvételért.

IRODALOM

- ARIÈS, P. (1977): A halál iránti attitűdjeink. A fejlődés főbb állomásai és értelmezése. *Mérleg* 13 (4): 339-354. (Idézi Kolosai – Bognár, 2001)
- ARRINDELL, W. E. – SANAVIO, E. – AGUILAR G. – SICA, C. – HATICHRISTOU, C. – EISEMANN, M. – RECINOS, L. A. – GASZNER P. – PETER, M. – BATTAGLIESE, G. – KÁLLAI J. – VAN DER ENDE, J. (1999): The development of a short form of the EMBU: Its appraisal with students in Greece, Guatemala, Hungary and Italy. *Personality and Individual Differences* 27: 613–628.
- BÉKÉS V. (2000): Ki fél a haláltól? A halálfélelem korrelátumai. *Kharón Thanatológiai Szemle* 4 (4): 5-65.
- BÉKÉS V. (2003): A halál iránti attitűd az életkor, a nem és a vallásosság függvényében. *Kharón Thanatológiai Szemle* 7 (1-2): 30-49.
- BLANE, D. (1991): Health professions. In: SCAMBLER, G. (ed.): *Sociology as applied to medicine*. London, Baillière Tindall, 221-235. (Idézi Pikó – Piczil, 2000)
- BROCKAERT, B. (2003): Az eutanázia legalizálása Belgiumban. *Kharón Thanatológiai Szemle* 7 (1-2): 8-29.
- CHORON, J. (1964): *Modern Man and Mortality*. New York, Macmillan, 44. (Idézi Yalom, 2003)
- DIENER, E. – EMMONS, R. A. – LARSEN, R. J. – GRIFFIN, S. (1985): The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment* 49 (1): 71-75.
- DURKIN, K. F. (2003): Death, Dying, and the Dead in Popular Culture. In: BRYANT, C. D. (Ed.): *Handbook of Death and Dying. Volume 1. The Presence of Death*. Thousand Oakes, Sage Publications, Inc., 43-49.
- ÉLŐ G. (2005): *Életvégi döntések az intenzív terápiában – az újraélesztés etikai és jogi vonatkozásai*. Doktori értekezés. Semmelweis Egyetem Mentális egészségtudományok doktori iskolája, Budapest
- ÉLŐ G. – VARGA K. – OLTEANU M. – MATYI Cs. – K. SZILÁGYI A. (2008): Kerekasztal-beszélgetés életvégi döntésekről. *Illyés Sándor Emléknepok, 2008. május 26-28*. Eötvös Loránd Tudományegyetem, Budapest
- HEGEDŰS K. (2000): A haldokló betegeket kísérő személyzet mentálhigiéniéje. A kiegészítés és a pszichés terhek csökkentésének lehetőségei. *Lege Artis Medicinae* 10 (5): 448-452.
- HEGEDŰS K. (2005): Életvégi dilemmák. Az eutanázia és a palliatív terápia néhány etikai és jogi kérdése. *Lege Artis Medicinae* 15 (10): 784-787.

- HEGEDŰS K. (2008): Újabb viták az eutanáziáról és a palliatív terapiáról. *Lege Artis Medicinae* 18 (10): 732-735.
- HEGEDŰS K. – PILLING J. – KOLOSAI N. – BOGNÁR, T. (2001): Ápolók és orvosok halállal és haldoklással kapcsolatos attitűdje. *Lege Artis Medicinae* 11 (6-7): 492-499.
- HEGEDŰS K. – RISKÓ Á. – MÉSZÁROS E. (2004): A súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi és lelkiállapota. *Lege Artis Medicinae* 14 (11): 786-793.
- HEGEDŰS K. – ZANA Á. – SZABÓ G. (2007): Az élet végi ismeretek oktatásának hatása a orvosok és az egészségügyi dolgozók halállal kapcsolatos attitűdjére. *Lege Artis Medicinae* 17 (2): 165-170.
- HEGELSON, V.S. (2003): Social support and quality of life. *Quality of Life Research* 125: 25-31. (Idézi Szabó – Szabó – Hegedűs, 2008)
- HENNEZEL, M. (2007): *Mindhalálíg méltósággal*. Budapest, Európa Könyvkiadó
- K. SZILÁGYI A. (2007): *Lelki-ismeret, avagy a halál etikája az intenzívterápiás osztályon* (Magatartáspszichológiai prozeminárium, reflektív esszé)
- K. SZILÁGYI A. – PISKÓTI Z.-NÉ (2008): A nővérek érzelmi állapota az egészségügyi változások idején. *MPT Nagygyűlés, Nyíregyháza. 2008. május 22-24.* Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház, Budapest (Poszter)
- KEARL, M. C. (1995): Death in Popular Culture. In: WILLIAMSON, J. B. – SHNEIDMAN, E. S. (ed.): *Death: Current Perspectives*. Mountain View, CA, Mayfield Publishing, 23–30.
- KIERKEGAARD, S. (1957): *The Concept of Dread*. Princeton, N.J., Princeton University Press, 55. (Idézi Yalom, 2003)
- KOLOSAI N. – BOGNÁR T. (2001): Az élettől búcsúzú kérdéseinek súlya az ittmaradottakon.... *Kharón Thanatológiai Szemle* 5 (1): 18-36.
- KÖLTŐ A. (2008): *A hipnotikus fogékonyság dimenziói és a szülői nevelési stílus. Egy empirikus vizsgálat bemutatása.* (Szakdolgozat)
- KULCSÁR ZS. (1998): *Egészségpszichológia*. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 118-146. (Idézi Kolosai – Bognár, 2001)
- KULCSÁR, ZS. (2002): *Egészségpszichológia*. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 117-147.
- LAZARUS, R. S. – FOLKMAN, S. (1986): Coping and adaptation. In: GENTRY, W. D. (szerk.): *The handbook of behavioral medicine*. New York, Guilford, 235–312. (Idézi Margitics – Pauwlik, 2006)
- LAZARUS, R. S. – LAUNIER, R. (1978): Stress related transactions between person and environment. In: PERVIN, L. – LEWIS, M. (szerk.): *Internal and external determinants of behavior*. New York, Plenum Press, 126–149. (Idézi Margitics – Pauwlik, 2006)

- LEMING, M. (1980): Religion and Death: A Test of Homan's Thesis. *Omega* 10 (4): 347-363.
(Idézi Békés, 2000)
- MANNONI, P. (1991): *A félelem*. Budapest, Akadémiai Kiadó
- MARGITICS F. – PAUWLIK ZS. (2006): Megküzdési Stratégiák preferenciájának összefüggése az észlelt szülői nevelői hatásokkal. *Magyar Pedagógia* 106 (1): 43-62.
- NÁNÁSI J. – KISS F.-NÉ (1995): Kórházi és klinikai ápolási oktatóegységek szervezése. A gyulai modell. *Lege Artis Medicinae* (5): 234-240. (Idézi Pikó – Piczil, 2000)
- PARKER, G. (1981): Parental representations of patients with anxiety neurosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 63: 33–36. (Idézi Margitics – Pauwlik, 2006)
- PARKER, G. (1983): Parental „affectionless control” as an antecedent to adult depression. A risk factor delineated. *Archives of General Psychiatry* 40: 956–960. (Idézi Margitics – Pauwlik, 2006)
- PARKES, K. R. (1985): Stressful episodes reported by first-year student nurses: a descriptive account. *Social Science & Medicine* 20 (9): 945-53. (Idézi Hegedűs és mtsai, 2004)
- PÉNZES I. – LENCZ L. (2003): *Az aneszteziológia és intenzívterápia kézikönyve*. Budapest, Semmelweis Kiadó
- PÉNZES I. – LORX A. (2004): *A lélegeztetés elmélete és gyakorlata*. Budapest, Medicina Kiadó
- PIKÓ B. (1997): Coping – társas kapcsolatok – társas coping. *Pszichológia* 17: 391–399.
- PIKÓ B. (2001): A nővéri munka magatartástudományi vizsgálata. Pszichoszomatikus tünetek, munkahelyi stressz, társas támogatás. *Lege Artis Medicinae* 11 (4): 318-325.
- PIKÓ B. (2005): Középkorú fiatalok szabadidő-strukturája, értékattitűdjei és egészségmagatartása. *Szociológiai Szemle* (2): 88–99.
- PIKÓ B. – PICZIL M. (2000): „És rajtunk ki segít?”. Kvalitatív egészségpszichológiai elemzés a nővéri hivatásról. *Esély* 1: 110-120.
- POPPER P. (1999): *Fáj-e meghalni?* Budapest, Saxum Kiadó
- SIPICZKI V. (2003): Dolgozói közérzet felmérés a hospice betegellátást végző munkatársak körében. *Kharón Thanatológiai Szemle* 7 (4): 21-51.
- SZABÓ N. – SZABÓ G. – HEGEDŰS K. (2008). Interdiszciplinaritás, munkahelyi stressz, holisztikus szemléletű ellátás. *Lege Artis Medicinae* 18 (2): 243-249.
- TRUOG, R. D. – CIST, F. M. – BRACKETT, S. E. – BURNS, J. P. – CURLEY, M. A. Q. – DANIS, M. – DEVITA, M. A. – ROSENBAUM, S. H. – ROTHENBERG, D. M. – SPRUNG, C. L. – WEBB, S. A. – WLODY, G. S. – HURFORD, W. E. (2001): Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: The Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine. *Critical Care Medicine* 29 (12): 2332-2348.

WONG, P. T. P. – REKER, G. T. – GESSER, G. (1994): Death Attitude Profile-Revised: A multidimensional measure of attitudes toward death. In: NEIMEYER, R. A. (Ed.): *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application*. Washington, DC, Taylor and Francis, 121-148. (Idézi Kulcsár, 2002)

[http://books.google.com/books?hl=hu&lr=&id=CRvGZBrzud0C&oi=fnd&pg=PA121&dq=n+RA+Neimeyer+\(Ed.\),+Death+anxiety+handbook+\(pp.+121-148\).&ots=x1E0HAgbDc&sig=60CKz2ID9dhWvh5peJGoXqgXcBU#PPA121,M1](http://books.google.com/books?hl=hu&lr=&id=CRvGZBrzud0C&oi=fnd&pg=PA121&dq=n+RA+Neimeyer+(Ed.),+Death+anxiety+handbook+(pp.+121-148).&ots=x1E0HAgbDc&sig=60CKz2ID9dhWvh5peJGoXqgXcBU#PPA121,M1) Elérés: 2009. 05. 20.

YALOM, I. D. (2003): *Egzisztenciális pszichoterápia*. Budapest, Animula Kiadó

ZANA Á. – SZABÓ G. – HEGEDŰS K. (2008): A halálfélelem, a halál iránti attitűd és a mentális egészség kapcsolatának korosztályos összehasonlító vizsgálata. *Lege Artis Medicinae* 18 (4): 319-320.

MELLÉKLETEK

1. sz.: A **DAP-R kérdőív** faktorstruktúrája a hozzátartozó tételekkel:

1. alskála: Halálelkerülés skála: 3, 10, 12, 19, 26
2. alskála: Várakozásteli elfogadás: 4, 8, 13, 15, 16, 22, 25, 27, 28, 31
3. alskála: Elfogadás menekülésként: 5, 9, 11, 23, 29
4. alskála: Halálfélelem skála: 1, 2, 7, 18, 20, 21, 32
5. alskála: Semleges elfogadás: 6, 14, 17, 24, 30

2. sz.: Az **s-EMBU** faktorstruktúrája a hozzátartozó tételekkel:

Elutasítás: 1,4,7,13,15,16,21

Melegség: 2,6,12,14,19,23

Túlvédés: 3,5,8,10,11,17,18,20,22

3. sz.: A kérdőív

Kedves Válaszadó!

Az ELTE Affektív Pszichológiai Intézeti Központjában vizsgálatot végzünk Kelemen-Szilágyi Adrienn klinikai szakpszichológus vezetésével. A vizsgálat célja, hogy a halállal kapcsolatos érzelmek, gondolatok megismerésével olyan új információkat nyerjünk, amelyek hozzásegítenek ahhoz, hogy minél hatékonyabban tudjunk segítséget nyújtani a munkája vagy élete során a halállal, haldoklóval találkozó embereknek. Az alábbi kérdőívek kitöltésével ezen törekvésünk sikeréhez járul hozzá.

A kérdőívek kitöltése önkéntes, anonim, adatait bizalmasan kezeljük. Ám mivel fontos, hogy a későbbiekben is azonosítható maradjon az egy személytől származó adatok összetartozása, kérjük, használja jeligeként az apja keresztnévének első két betűjét, és születési hónap-napját. Például, ha az ön apja neve Péter, és április 24.-én született, akkor az ön jeligeje: PÉ0424. Ha az apja adatai nem állnak rendelkezésre, a fent leírt módszerrel egy másik személy adataiból készítsen jeligét. Az a fontos, hogy ha a későbbiekben keresnénk meg egy kérdőívvel, akkor is ezt a mostani jeligét használja.

A jeligét, kérjük, minden oldal elejére írja fel!

Nincsenek jó és rossz válaszok; minden kérdőívnek őszinte érzéseinek és gondolatainak megfelelően válaszoljon. Ezzel segíti legjobban a vizsgálat sikerességét.

Kérjük, minden kérdésre válaszoljon az egyes részkérdéseknél található instrukciók elolvasása és betartása mellett. A vizsgálatnak minden kérdéssor részét képezi, ezért kérjük, egyet se hagyjon ki.

A vizsgálat alatt vagy a későbbiekben felmerülő bármely kérdésével vagy észrevételével kapcsolatban a vizsgálatot lebonyolító harmadéves pszichológushallgatókból álló munkacsoport tagjai állnak rendelkezésre, akikhez bizalommal fordulhat személyesen vagy e-mailben.

Segítségét előre is köszönjük!

Baksa Dániel (baksadan@gmail.com), Henczi Eszter (henczi.eszter@gmail.com), Varga Zsófia Katalin (zsofiakatalin@gmail.com)

Kérjük, válaszoljon az alábbi kérdésekre!

I. Személyes adatok

1. Jelige:
2. Életkor:
3. Nem: nő / férfi
4. Legmagasabb megszerzett iskolai végzettség:
5. Amennyiben jelenleg tanulmányokat folytat, kérjük jelölje meg, milyen szakon, hányad éves:
6. Amennyiben Ön egészségügyi dolgozó, kérjük jelölje, milyen osztályon dolgozik:
Milyen minőségben?
Mióta dolgozik a szakmában? éve
Mióta dolgozik az adott osztályon? éve
Heti hány munkaórában? óra/hét
7. Részesült-e kifejezetten a haldoklók gondozására vonatkozó képzésben?
Igen / Nem
8. Amennyiben igen, megfelelőnek érezte-e a képzést? Igen / Nem
9. Úgy érzem, elegendő ismeretem van a haldoklók gondozásával kapcsolatban ahhoz, hogy ez szakmailag ne okozzon nehézséget:
1: biztosan nem, 2: inkább nem, 3: talán, 4: inkább igen, 5: biztosan igen
10. Úgy érzem, elegendő ismeretem van a haldoklók gondozásával kapcsolatban ahhoz, hogy ez lelkiileg ne okozzon nehézséget:
1: biztosan nem, 2: inkább nem, 3: talán, 4: inkább igen, 5: biztosan igen
11. Hiszek a túlvilág vagy a halál utáni élet bármely formájának létezésében:
1: biztosan nem, 2: inkább nem, 3: talán, 4: inkább igen, 5: biztosan igen
12. Vallásos vagyok:
1: biztosan nem, 2: inkább nem, 3: talán, 4: inkább igen, 5: biztosan igen
13. Tagja-e Ön valamely vallási felekezetnek?
a) Igen – Ha igen, kérjük, nevezze meg, melyiknek:
b) Nem

II. Halállal kapcsolatos gondolatok, érzelmek

II./1. Közeli hozzátartozóim halála:

- a) a gondolata is rettegéssel tölt el
- b) megvisel, nagyon sokáig nem tudom feldolgozni
- c) megvisel, de el tudom fogadni
- d) elfogadom. Ő jó helyre kerül, engem lélekben gazdagít
- e) nem veszítettem még el közeli hozzátartozót

II./2. A haldoklás ideje:

- a) gyötrelmes, értelmetlen
- b) alkalom a búcsúzásra
- c) remény a gyógyulásra
- d) az élet utolsó perceinek a megmentése – időnyerés az életre

II./3. Ha választani lehetne, szerettemnek ilyen halált kívánnék:

- a) gyors, csaknem észrevétlenül bekövetkezőt
- b) olyat, mely lehetőséget ad a búcsúzásra, dolgaink rendezésére
- c) tudatosan, tiszta fejjel átéltet
- d) szenvedéstől és fájdalomtól menteset

- e) gondoskodó emberek odafigyelésével megkönnyítette
- f) amikor a szenvedésnek való kiszolgáltatottság mások tekintetétől rejtve marad
- g) a legfontosabb, hogy a halál pillanata minél később következzen be

II./4. Ha választani lehetne, magamnak ilyen halált kívánnék:

- h) gyors, csaknem észrevétlenül bekövetkezőt
- i) olyat, mely lehetőséget ad a búcsúzásra, dolgaink rendezésére
- j) tudatosan, tiszta fejjel átéltem
- k) szenvedéstől és fájdalomtól menteset
- l) gondoskodó emberek odafigyelésével megkönnyítette
- m) amikor a szenvedésnek való kiszolgáltatottság mások tekintetétől rejtve marad
- n) a legfontosabb, hogy a halál pillanata minél később következzen be

III. Az életvégi döntések

Mit tesz/tenne, és miért, ha egy gyógyíthatatlan beteg az életfenntartó kezelése leállítását kéri?

- a) Semmit, hiszen kötelességünk az életfenntartó kezelést folytatni minden esetben
- b) Semmit, nekem ebbe úgy sincs beleszólásom, és az állapotáról sem adhatok felvilágosítást
- c) Semmit sem tehetek, de átbeszéltem vele a lehetőségeit, a jelenlegi állapotát, a kezelés lényegét, a kilátásait
- d) Közvetítem az igényt a kezelőorvos felé, hogy a beteg érvényesíthesse a jogait
- e) Közvetítem az igényt a kezelőorvos felé, hogy áttérhessünk a palliatív terápiára
- f) Közvetítem az igényt a kezelőorvos felé, hogy minden kezelést leállíthassunk

Mit tesz/tenne, és miért, ha egy gyógyíthatatlan, kontaktusképtelen beteg életfenntartó kezelésének leállítását kéri a hozzátartozói

- a) Semmit, hiszen kötelességünk az életfenntartó kezelést folytatni minden esetben
- b) Semmit, nekem ebbe úgy sincs beleszólásom, és az állapotáról sem adhatok felvilágosítást
- c) Semmit sem tehetek, de átbeszéltem velük a beteg jelenlegi állapotát, a kezelés lényegét, a beteg kilátásait
- d) Semmit, mert a gyógyíthatatlan, kontaktusképtelen beteg kezelése leállítható, ezt a hozzátartozóknak nem kell kérnie
- e) Közvetítem az igényt a kezelőorvos felé, hogy a beteg érvényesíthesse a jogait
- f) Közvetítem az igényt a kezelőorvos felé, hogy áttérhessünk a palliatív terápiára
- g) Közvetítem az igényt a kezelőorvos felé, hogy minden kezelést leállíthassunk

Tudomásom szerint, ha a kezelőorvos hasztalannak ítéli egy gyógyíthatatlan, kontaktusképtelen beteg életfenntartó kezelését, akkor

- a) azonnal leállíthatja
- b) áttérhet a palliatív kezelésre
- c) áttérhet a palliatív kezelésre, ha ezt egyeztetni az osztályvezetővel
- d) áttérhet a palliatív kezelésre, ha ezt egyeztetni a beteg hozzátartozóival
- e) áttérhet a palliatív kezelésre, ha ezt egyeztetni az osztályvezetővel, és a beteg hozzátartozóival
- f) leállíthatja, ha ezt egyeztetni az osztályvezetővel
- g) leállíthatja, ha ezt egyeztetni a beteg hozzátartozóival
- h) leállíthatja, ha ezt egyeztetni az osztályvezetővel és a beteg hozzátartozóival
- i) leállíthatja, ha ezt egyeztetni egy 3 tagú orvosi biztossággal

- j) leállíthatja, ha ezt egyeztetni egy 3 tagú orvosi bizottsággal, és a beteg hozzátartozóival
- k) az életfenntartó kezelést és a gyógyítást nem lehet leállítani

Kérjük írja ide annak a válasznak a betűjelét, ami az előző kérdésre ön szerint a legészszerűbb, legkövetendőbb választás lenne:.....

Elfogadhatónak érzem, ha egy beteg visszautasítja az életfenntartó kezelését

- a) minden esetben, hiszen a betegnek joga van dönteni az életéről
- b) csak akkor, ha a beteg nem tartaná értékesnek/értelmesnek a kezeléssel elérhető várható legjobb életminőséget
- c) csak akkor, ha a beteg gyógyíthatatlan betegségben szenved, ami megfelelő ellátás mellett is rövid időn belül halálhoz vezetne
- d) csak akkor, ha a betegség gyógyíthatatlan, és nehezen uralható, nagy szenvedéssel jár
- e) csak akkor, ha a beteg kontaktusképtelen, és várhatóan nem is lesz már kontaktusképes
- f) ha a beteg gyógyíthatatlan betegségben szenved, ami nehezen uralható, nagy fájdalommal jár, az elfogadható megoldást a mesterséges kómában tartás jelenti
- g) soha nem érzem elfogadhatónak, mert az életet védenünk kell

Elfogadhatónak érzem, és mindent megtennék, hogy az akarata érvényesüljön egy közeli hozzátartozómnak, hogy leállítsák az életfenntartó kezelését

- a) minden esetben, hiszen mindenkinek joga van dönteni az életéről
- b) ha nem tartaná értékesnek/értelmesnek a kezeléssel elérhető várható legjobb életminőséget
- c) ha gyógyíthatatlan betegségben szenvedne, ami megfelelő ellátás mellett is rövid időn belül halálhoz vezetne
- d) ha a betegség gyógyíthatatlan, és nehezen uralható, nagy szenvedéssel jár
- e) ha kontaktusképtelen, és várhatóan nem is lesz már kontaktusképes
- f) ha valaki gyógyíthatatlan betegségben szenved, ami nehezen uralható, nagy fájdalommal jár, az elfogadható megoldást a mesterséges kómában tartás jelenti
- g) soha nem érzem elfogadhatónak az életfenntartó kezelés leállítását, mert az életet védenünk kell

Visszautasítanám az életfenntartó kezelésemet

- a) ha nem tartanám értékesnek/értelmesnek a kezeléssel elérhető várható legjobb életminőségemet
- b) ha gyógyíthatatlan betegségben szenvednék, ami megfelelő ellátás mellett is rövid időn belül halálhoz vezetne
- c) ha a betegség gyógyíthatatlan, és nehezen uralható, nagy szenvedéssel jár
- d) ha kontaktusképtelenné válnék, és várhatóan már nem is válhatnék újra kontaktusképesé
- e) ha gyógyíthatatlan betegségben szenvednék, ami nehezen uralható, nagy fájdalommal jár, az elfogadható megoldást az jelentené, ha mesterséges kómában tartanának
- f) soha nem utasítanám vissza, mert az élet számomra nagyon értékes

IV. Wong, Reker és Gesser Revidéált Halálattitúd-profil kérdőíve

Jelen kérdőív több, a halállal kapcsolatos különböző szempontú állítást tartalmaz. Kérjük, olvassa el figyelmesen mindegyiket, majd jelölje egy 1-től 7-ig terjedő skálán mennyire ért

egyét az egyes állításokkal. Ha nagyon egyetért, karikázza be a 7-es számot, ha nagyon nem ért egyet, akkor az 1-est, ha pedig bizonytalan/határozatlan, akkor a 4-est! Azonban amennyire teheti, kerülje a határozatlan kategóriát!

Fontos, hogy minden kérdésre válaszoljon. Előfordulhat, hogy egyes állítások nagyon hasonlóknak tűnnek, ám fontos, hogy mindegyikre külön válaszoljon annak érdekében, hogy az attitűdök között található finom különbségeket feltárhassuk.

1	A halál kétségkívül kegyetlen dolog.	1	2	3	4	5	6	7
2	Saját halálom lehetősége szorongást kelt bennem.	1	2	3	4	5	6	7
3	Mindenképp elkerülöm azt, hogy a halálra gondoljak.	1	2	3	4	5	6	7
4	Hiszem, hogy halálom után a mennyországba kerülök.	1	2	3	4	5	6	7
5	A halál véget vet minden gondomnak.	1	2	3	4	5	6	7
6	A halált természetes, elkerülhetetlen, tagadhatatlan ténynek kell tekintenünk.	1	2	3	4	5	6	7
7	Zavarba ejt a halál megmásíthatatlansága.	1	2	3	4	5	6	7
8	A halál belépés a végső megnyugvás helyére.	1	2	3	4	5	6	7
9	A halál megmenekít ettől a szörnyű világtól.	1	2	3	4	5	6	7
10	Valahányszor felmerül bennem a halál gondolata, elhessegetem magamtól.	1	2	3	4	5	6	7
11	A halál megszabadít a fájdalomtól és a szenvedéstől.	1	2	3	4	5	6	7
12	Mindig megpróbálok nem gondolni a halálra.	1	2	3	4	5	6	7
13	Hiszem, hogy a mennyország sokkal jobb hely lesz, mint ez a világ.	1	2	3	4	5	6	7
14	A halál az élet természetes velejárója.	1	2	3	4	5	6	7
15	A halál Istennel való egyesülés az örök üdvösségben.	1	2	3	4	5	6	7
16	A halál egy új és nagyszerű élet ígéretét jelenti.	1	2	3	4	5	6	7
17	Sem nem félek a haláltól, sem nem várom.	1	2	3	4	5	6	7
18	Erős halálfélelmem van.	1	2	3	4	5	6	7
19	Teljesen elkerülöm a halál gondolatát.	1	2	3	4	5	6	7
20	A halál utáni élet gondolata aggodalommal tölt el.	1	2	3	4	5	6	7
21	Rémülettel tölt el a tény, hogy a halál mindennek a végét jelenti, amit csak ismerek.	1	2	3	4	5	6	7
22	Várom, hogy a halálom után újra találkozam szeretteimmel.	1	2	3	4	5	6	7
23	Úgy tekintek a halálra, mint ami megszabadít a földi szenvedéstől.	1	2	3	4	5	6	7
24	A halál egyszerűen az életfolyamat része.	1	2	3	4	5	6	7
25	Úgy tekintek a halálra, mint egy örökkévaló és áldott helyre vezető útra.	1	2	3	4	5	6	7
26	Megpróbálok egyáltalán nem foglalkozni a halál problémájával.	1	2	3	4	5	6	7
27	A halál a lélek csodálatos felszabadulását jelenti.	1	2	3	4	5	6	7
28	Ha a halálra gondolok, a túlvilágba vetett hit jelent számomra megnyugvást.	1	2	3	4	5	6	7
29	Úgy tekintek a halálra, mint ami megszabadít az élet terhétől.	1	2	3	4	5	6	7
30	A halál se nem jó, se nem rossz.	1	2	3	4	5	6	7
31	Várom a halál utáni életet.	1	2	3	4	5	6	7
32	Aggaszt, hogy nem tudhatom mi fog történni a halálom után.	1	2	3	4	5	6	7

V. Szülőkkel kapcsolatos gyerekkori emlékek

Az alábbiakban az Ön gyermekkorával kapcsolatos kérdések következnek. Mielőtt kitölténé a kérdőívet, kérjük, gondosan olvassa el az alábbi útmutatót.

1. A kérdőív kitöltésekor igyekezzen visszaemlékezni szülei viselkedésére, pontosabban arra, ahogy ön azt érezte. Annak ellenére, hogy ilyen régi élmények felidézése nehéz lehet, mégis vannak olyan emlékeink, amelyek alapján meg tudjuk ítélni szüleink nevelési szokásait.

A kérdések az Ön „apjára” és „anyjára” vonatkoznak. Ha Önt nem vér szerinti szülei nevelték fel, akkor kérjük, hogy az „apával” kapcsolatos kérdéseket férfi, az „anyával” kapcsolatos kérdéseket pedig női nevelője vonatkozásában válaszolja meg. Például:

A szüleim kedvesek voltak hozzám.

	nem, soha	igen, időnként	igen, gyakran	igen, a legtöbbször
Apa	1	2	3	4
Anya	1	2	3	4

Ha csak egy személy nevelte Önt fel, akkor az adott személy nemének megfelelően csak az „apára” vagy az „anyára” vonatkozó kérdéseket töltsse ki, a másik nevelőre vonatkozó kérdésekre ne válaszoljon.

2. Előfordulhat, hogy gyermekkorában a családi helyzet, vagy az Ön nevelőjének személye megváltozott (például szülei elváltak, vagy nevelőszülőkhöz került). Ha az Ön életében ilyen változás történt, akkor kérjük, a kérdőívet arra az időszakra vonatkoztatva töltsse ki, amelyben a leghosszabb ideig élt azonos nevelővel vagy nevelőkkel.
3. Minden egyes kérdésnél jelölje meg az „apja” (azaz vér szerinti apja vagy férfi nevelője) és az „anyja” (azaz vér szerinti anyja vagy női nevelője) Önnel kapcsolatos viselkedését leginkább jellemző válaszlehetőséget. Gondosan olvasson el minden kérdést és fontolja meg, hogy a lehetséges válaszok közül melyik írja le legpontosabban az Ön szüleinek viselkedését.

Gyermekkori nevelők (Kérjük, jelölje meg a helyes választ!)

- Gyermekkoromban végig ugyanaz(ok) a személy(ek) nevelt(ek).
- Gyermekkorom legnagyobb részében ugyanaz(ok) a személy(ek) nevelt(ek).
- Gyermekkoromban megváltozott, hogy kik neveltek. (Kérjük, írja le röviden, hogy a helyzet hogyan változott meg:)

Gyermekkora legnagyobb részében ki vagy kik nevelték fel Önt? (Kérjük, jelölje meg a helyes választ!)

- Vér szerinti szüleim nevelték fel.
- Csak vér szerinti anyám nevelt fel.

- Csak vér szerinti apám nevelt fel.
- Nevelőszülők neveltek fel.
- Csak nevelőanyám nevelt fel.
- Csak nevelőapám nevelt fel.
- Egyik édesszülőm és házas- vagy élettársa nevelt.
- Más személy(ek) nevelt(ek) fel. (Kérjük, írja ide, hogy ki vagy kik nevelték fel:)

Kit nevel/ nevelt fel Ön? (Kérjük, jelölje meg a helyes választ!)

- Nincs gyermekem, s nem is nevelek/neveltem gyermeket.
- Vér szerinti gyermekemet nevelem/neveltem fel.
- Nem vér szerinti gyermekemet nevelem/neveltem fel.
- Egyedül nevelem/neveltem fel a gyermeket.
- Más személy(ek) nevelte(ék) fel gyermekemet. (Kérjük, írja ide, hogy ki vagy kik nevelték fel:)

		soha	időnként	gyakran	legtöbbször
1. A szüleim keményen bántak velem, vagy dühöseket voltak rám anélkül, hogy megmondták volna az okát.	Anya	1	2	3	4
	Apa	1	2	3	4
2. A szüleim dicsértek.	Anya	1	2	3	4
	Apa	1	2	3	4
3. Azt kívántam, bárcsak a szüleim kevesebbet aggódnának amiatt, amit csinálok.	Anya	1	2	3	4
	Apa	1	2	3	4
4. A szüleimtől gyakrabban kaptam testi fenytést, mint megérdemeltem.	Anya	1	2	3	4
	Apa	1	2	3	4
5. Miután hazaérkeztem, be kellett számolnom a szüleimnek arról, hogy mit csináltam, merre jártam korábban.	Anya	1	2	3	4
	Apa	1	2	3	4
6. Azt hiszem, szüleim megpróbálták serdülőkoromat stimulálónvá, érdekessé tenni.	Anya	1	2	3	4
	Apa	1	2	3	4
7. Szüleim mások előtt bíráltak engem.	Anya	1	2	3	4
	Apa	1	2	3	4

		soha	időnként	gyakran	legtöbbször
8. A szüleim megtiltották nekem, hogy megtegyek olyan dolgokat, ami a többi gyerek számára szabad volt, mert félték, hogy valami történhet velem.	Anya	1	2	3	4
	Apa	1	2	3	4
9. A szüleim arra ösztönöztek, hogy mindenben kiemelkedőt teljesítsek.	Anya	1	2	3	4
	Apa	1	2	3	4
10. Magatartásukkal, például azzal, hogy szomorúnak néztek ki, szüleim elérték, hogy büntudatot érezzek, mert rosszul bánok velük.	Anya	1	2	3	4
	Apa	1	2	3	4
11. Úgy vélem, túlzottan aggódtak amiatt, hogy történhet velem valami.	Anya	1	2	3	4
	Apa	1	2	3	4
12. Ha rosszul alakultak a dolgom, éreztem, hogy szüleim megpróbáltak vigasztalni és bátorítani.	Anya	1	2	3	4
	Apa	1	2	3	4
13. Úgy bántak velem, mint a család „fekete bárányával” vagy bűnbakjával.	Anya	1	2	3	4
	Apa	1	2	3	4
14. A szüleim szavaikkal és gesztusaikkal mutatták, hogy szeretnek.	Anya	1	2	3	4
	Apa	1	2	3	4
15. Úgy éreztem, hogy szüleim jobban szeretik fiú/lány testvéreimet vagy testvéreimet, mint engem. (csak abban az esetben válaszoljon, ha volt testvére).	Anya	1	2	3	4
	Apa	1	2	3	4
16. A szüleim elérték, hogy szégyelltem magam.	Anya	1	2	3	4
	Apa	1	2	3	4
17. Szüleim engedték, hogy menjek, amerre nekem tetszik, anélkül, hogy különösebben törődtek volna velem.	Anya	1	2	3	4
	Apa	1	2	3	4
18. Úgy éreztem, a szüleim mindenbe beleszóltak, amit csak tettem.	Anya	1	2	3	4
	Apa	1	2	3	4
19. Úgy éreztem, meleg és gyöngéd viszony van köztem és szüleim között.	Anya	1	2	3	4
	Apa	1	2	3	4
20. Szüleim pontos határokat szabtak, hogy mit szabad és mit nem szabad tennem, és ehhez szigorúan ragaszkodtak.	Anya	1	2	3	4
	Apa	1	2	3	4
21. A szüleim még kis vétség miatt is megbüntettek.	Anya	1	2	3	4
	Apa	1	2	3	4
22. A szüleim akarták eldönteni, hogy öltözködjem, vagy hogy nézzek ki.	Anya	1	2	3	4
	Apa	1	2	3	4
23. Úgy éreztem a szüleim büszkék voltak, mikor sikert értem el valamiben, amire vállalkoztam.	Anya	1	2	3	4
	Apa	1	2	3	4

VI. Kérem, jelölje, milyen mértékben ért egyet az alábbi állításokkal!

	egyáltalán nem értek egyet	nem értek egyet	inkább nem értek egyet	semleges	inkább egyetértek	egyetértek	teljesen egyetértek
1. Az életem a legtöbb tekintetben közel van az ideálishoz.	1	2	3	4	5	6	7
2. Az életkörülményeim kitűnőek.	1	2	3	4	5	6	7
3. Elégedett vagyok az életemmel.	1	2	3	4	5	6	7
4. Eddig minden fontosabb dolgot megszereztem, amit akartam.	1	2	3	4	5	6	7
5. Ha újra kezdeném, szinte semmin nem változtatnék.	1	2	3	4	5	6	7
6. Gyakran vannak fájdalmaim.	1	2	3	4	5	6	7
7. Gyakran vannak alvási problémáim.	1	2	3	4	5	6	7
8. Sokat vagyok fáradt	1	2	3	4	5	6	7
9. Sokat dohányzom.	1	2	3	4	5	6	7
10. Gyakran fogyasztok alkoholt.	1	2	3	4	5	6	7
11. Gyakran szedek gyógyszereket.	1	2	3	4	5	6	7
12. Gyakran reagálok érzékenyebben.	1	2	3	4	5	6	7
13. Sokat sírok.	1	2	3	4	5	6	7

**Kérjük, ellenőrizze, hogy minden kérdésre válaszolt-e!
Köszönjük, hogy kitöltötte a kérdőívet!**

Varga Zsófia Katalin (levelező szerző)
pszichológushallgató

Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar
9024 Győr, Síp u. 2.
e-mail: zsofiakatalin@gmail.com

Baksa Dániel

pszichológushallgató

Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar
K. Szilágyi Adrienn

klinikai szakpszichológus

Jahn Ferenc Kórház Központi Anaesthesiológiai és Intenzívterápiás Osztály