

A kivonuló mentődolgozók halálattitűdjének,  
megküzdési válaszreakcióinak, valamint  
neveltetésük során észlelt szülői bánásmódok  
kapcsolatainak vizsgálata

Doktori értekezés

**Moskola Vladimír**

Semmelweis Egyetem  
Patológiai Tudományok Doktori Iskola



Témavezető:

Dr. Balogh Zoltán PhD, főiskolai tanár

Hivatalos bírálók:

Dr. Balog Piroska PhD, egyetemi docens

Dr. Lex Dániel János PhD, adjunktus

Szigorlati bizottság elnöke:

Dr. Cseh Károly DSc, professzor emeritus

Szigorlati bizottság tagjai:

Dr. Somogyvári Zsolt PhD, főiskolai tanár

Dr. Erdős Erika PhD, főiskolai docens

Dr. habil. Fritz Péter PhD, egyetemi docens

Budapest

2022

**TARTALOMJEGYZÉK**

1. BEVEZETÉS.....	1
2. IRODALMI ÁTTEKINTÉS.....	3
2.1 A halál kultúrtörténete .....	3
2.3 A halállal kapcsolatos attitűdök áttekintése.....	8
2.4 A halálfélelem átfogó modellje.....	9
2.4.1 A megbánás és az önmegvalósítás a halálfélelem kapcsolatában.....	11
2.4.2 A halál jelentése.....	11
2.4.3 Az én és a halálfélelem kapcsolata .....	13
2.4.4 A halálfélelem átfogó modelljében megjelenő megküzdési mechanizmusok..	14
2.5 Megküzdési (Coping) stratégiák bemutatása.....	16
2.5.1 Folkman és Lazarus megközelítése .....	17
2.5.2 Moos megközelítése .....	17
2.5.3 Fedorowitz megközelítése .....	18
2.6 Megküzdési modellek.....	18
2.6.1 Pszichoanalitikus felfogás szerinti modell.....	18
2.6.2 Traitmodell: a személyiség és a coping összefüggései.....	19
2.6.3 Kognitív tranzakcionista coping modell.....	20
2.6.4 A coping a magatartástudományi ember–környezet modellben.....	21
2.7 A megküzdést befolyásoló tényezők ismertetése .....	22
2.8 A megküzdés pozitív és negatív módjai .....	24
2.8.1 Pozitív megküzdési stratégiák .....	24
2.8.2 Negatív megküzdési stratégiák .....	26
2.8.3 Elhárító mechanizmusok.....	27
2.9 Mentődolgozók jellemző gyakorlati megküzdési stratégiái .....	28
2.10 Szülői bánásmód bemutatása .....	32

2.10.1 A szülői nevelési attitűdöket vizsgáló irányzatok.....	32
2.10.1.1 Schaefer és Becker modelljei.....	32
2.10.1.2 Ranschburg modellje .....	34
2.10.1.3 Baumrind modellje .....	34
2.10.1.4 Maccoby és Martin összefoglaló modellje .....	36
2.10.1.5 Kozéki féle összefoglaló modell.....	36
2.10.2 Túlvédés, mint korunk egyik nagy felfedezettje.....	38
2.10.3 A túlvédés jelentése különböző pszichológiai irányzatok szerint.....	40
2.10.4 A szülői bánásmód kapcsolatai a személyiségfejlődéssel .....	42
2.10.5 A szülői bánásmód és a megküzdés kapcsolata.....	43
3. CÉLKITŰZÉSEK.....	44
3.1 Kutatási hipotézisek.....	44
4. MÓDSZEREK.....	45
4.1 Adatfelvétel.....	45
4.2 Minta.....	45
4.3 Mérőeszközök.....	46
4.3.1 Revideált Halálattitűd-profil kérdőív (Death Attitude Profile-Revised; DAP-R).....	46
4.3.2 Revideált Halálattitűd-profil kérdőív (Death Attitude Profile-Revised; DAP-R) hivatalos lefordítása. ....	47
4.3.3 Konfliktusmegoldó kérdőív (Ways of Coping; WOC-22) .....	47
4.3.4 Emlékeim a Szülői Nevelésről Kérdőív, rövidített változata (short Egna Minnen Beträffande Uppfostran; s-EMBU).....	48
4.4 Adatfeldolgozás és elemzés .....	48
5. EREDMÉNYEK.....	49
5.1 A résztvevők szociodemográfiai jellemzői.....	49
5.2 Munkával, munkahellyel kapcsolatos jellemzők.....	50

5.3 Egészségmagatartás, rizikómagatartások jellemzése.....	52
5.4 A felhasznált kérdőívek összesített eredményei .....	52
5.5 A halálattitúd vizsgálat eredményei, szociodemográfiai, munkahelyi és egészséget befolyásoló tényezők lehetséges összefüggéseinek elemzése .....	55
5.6 A megküzdési vizsgálat eredményei, szociodemográfiai, munkahelyi és egészséget befolyásoló tényezők lehetséges összefüggéseinek elemzése .....	62
5.7 A szülői bánásmód vizsgálati eredményei, szociodemográfiai, munkahelyi és egészséget befolyásoló tényezők lehetséges összefüggéseinek elemzése .....	69
5.8. A szülői bánásmódok a megküzdés és a halálelkerülés, halálfélelem összefüggései .....	76
6. MEGBESZÉLÉS .....	81
7. KÖVETKEZTETÉSEK.....	93
7.1 A dolgozat új megállapításai.....	95
7.2 Javaslatok.....	96
8. ÖSSZEFOGLALÁS .....	97
9. SUMMARY .....	98
10. IRODALOMJEGYZÉK .....	99
11. SAJÁT PUBLIKÁCIÓS JEGYZÉK .....	113
11.1 Az értekezés témájában megjelent eredeti közlemények .....	113
11.2 Egyéb – nem az értekezés témájában megjelent – eredeti közlemények .....	113
11.3 Könyvfejezetek, jegyzetek.....	113
12. KÖSZÖNETNYÍLVÁNITÁS .....	114
13. MELLÉKLETEK .....	115

## **RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE**

- EMBU=Egna Minnen Beträffande Uppfostran (Emlékeim a Szülői Nevelésről)  
s-EMBU=short Egna Minnen Beträffande Uppfostran (rövidített Emlékeim a Szülői Nevelésről)  
MTK=mentőtiszt kocs  
MOK=mentőorvos kocs  
DAP= Death Attitude Profile (Halálattitűd profil)  
DAP-R= Death Attitude Profile-Revised (Revideált Halálattitűd profil)  
WOC= Ways of Coping (A megküzdés módjai)  
HSD= Honest Significant Difference (valós jelentős különbség)  
OKJ= Országos Képzési Jegyzék  
MESZK= Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara  
OMSZ=Országos Mentőszolgálat  
KEB= Kutatásetikai Bizottság  
KMO= Kaiser-Meyer-Olkin  
M=mean  
KIM=kiemelt mentőgépkocs  
CISD= Critical Incident Stress Debriefing (Kritikus eseményekről szóló stressztanácsadás)  
RKE=rettegés kezelés elméletét  
EDECT= Emergency Death Education and Crisis Training (Sürgősségi haláloktatás és krízisképzés)  
NEMSMA-RP= National EMS Management Association's Resiliency Program (A Nemzeti Mentőellátási Menedzsment Szövetség reziliencia programja)  
SPSS = Statistical Package for the Social Sciences (Statisztikai Programcsomag a Társadalomtudományok Részére)

## 1. BEVEZETÉS

A mindennapi mentőmunka során a helyszín adta váratlan körülmények, külső zavaró ingerek és a személyes biztonság labilitása tapasztalható, így a szakellátókat ért hatások tekintetében bátran kimondhatjuk, hogy jelentős különbség van a hoszpitális és a prehoszpitális sürgősségi ellátás között. Ezen különbözőségek az ellátók pszichés következményeiben is megmutatkozhatnak (Sági, 2011; Göbl, 2006). A bajbajutott személyhez történő riasztás és a kivonulás során az esetek egy részében fel lehet készülni a helyszín adta különböző fizikai veszélyforrások felderítésére, egészségkárosító tényezők jelenlétére. Ellenben a mentőmunka során tapasztalt látványra, pszichés terhelésre, ezek okozta késői hatásaira már sokkal nehezebb felkészülni. Ezt támasztja alá Plette Richárd kutatása is, amelyet a hazai mentődolgozók körében bonyolított le, ennek eredményeként rámutatott arra, hogy a látottak, a látvány és ezen belül a halálos kimenetelű sérültek látványa jelenti az egyik legnagyobb pszichés terhelést (28,7%), ez az egyik legnagyobb stresszor (Tauszik, 2014). Bár a hirtelen halál jelenségével a hoszpitális területen dolgozó ellátók is gyakran találkoznak, mégis a mentőellátás sajátosságának tekinthető, hogy a helyszínen leggyakrabban a halál „nyers valójával” találkozik az ellátó, hisz az erőszakos (pl.: suicid, meggyilkolt), traumás sérülések halált okozó látványa, esetleg az autóbalesetek során súlyosan sérült, de még megtartott tudatú, beszorult. Így az életmentő adekvát ellátást lehetetlenné tevő helyzet mellett a beteg agóniáját, elkeseredett küzdelmét átélő, de a helyszínen ellátás közben meghalt páciensek látványa nem összehasonlítható, a kórházba került sérültek elhalálozásának látványával, amikor is a beteg a lehetőségekhez képest ellátva kerül a kórházba. Az esetek többségében előzetes értesítést (tetra rádión, telefonon) követően, így a súlyos sérülések ismeretében a halál potenciális bekövetkeztére, a megterhelő látványra - az ellátó részéről - felkészülve találkozik a helyzettel. Ezzel együtt a hirtelen halál vagy a küszöbön álló halál valóságos a beteg, a család és legtöbbször a szakellátók számára is (Hegedűs, Pilling, Kolosai & Bognár, 2001; Ordog, 1986). Egy újraélesztés vagy egy kritikus állapotú beteg ellátása során, minden alkalommal az ellen küzdenek, hogy a halál ne idő előtt érje betegeiket, de tudatában vannak annak is, hogy ez a munka csupán csak harc az idővel. Ezen tevékenység része, hogy olykor küzdelmük során nem sikerül elérni a kívánt célt, és betegek utolsó földi pillanatait kezük között töltik el. Glaser és Strauss megfigyeléseinek és interjúinak felhasználásával elemezte a szakellátó személyzet és az életveszélyben lévő

betegek közötti interakciókat (Glaser & Strauss, 1965). Leírták az ellátók és a betegek közötti haldoklás tudatosságának négy összefüggését: a zárt tudatosságot, a gyanú tudatosságot, a kölcsönös színlelt tudatosságot és a nyitott tudatosságot. Zárt tudatosság során az ellátók tudatában vannak a beteg rossz prognózisának, ám nem osztják meg ezeket az információkat a beteggel. A gyanú tudatossága, amint azt a neve is mutatja, olyan instabil helyzetnek tekintik, amikor a beteg kezdi feltételezni állapotának súlyosságát, és a gyanúját megkísérli megerősíteni. Ilyen helyzetben fennáll annak a lehetősége, hogy a beteg meghal anélkül, hogy megismerné az igazságot, vagy a beteg megkapná a megerősítést. Ez a „kölcsönös színlelt” szakaszhoz vezethet, amikor a beteg és az egészségügyi ellátó egyaránt tudják, hogy a beteg haldoklik, de úgy tesznek, mintha a beteg életben maradására releváns esély lenne. A nyitott tudatosság akkor jelentkezik, amikor mind a személyzet, mind a beteg tudja és úgy dönt, hogy cselekedeteiben elismeri a haldoklás tényét (Copp, 1998). Mindezek mellett ugyanakkor tekintettel kell lenniük - ha a helyszínen tartózkodnak - a hozzátartozók pszichológiai szükségleteire is. A hirtelen halál kezeléséhez szükséges készségek magukban foglalják az érzékenységet és a kommunikációs készségeket, amelyeket azonban az oktatási intézmények többségében nem tanítanak (bár az utóbbi években ez irányú felkészítések elindultak, de nem generalizáltan) és a szakfolyóiratokban sem tárgyalnak kellőképpen (Ordog, 1986). A sürgősségi szakellátók halálhoz való viszonya több szempontból is kapcsolódhat hivatásuk választásához: egyrészt a félelem hiánya (a tapasztalat hiánya miatt) teszi számukra lehetővé, másrészt motiválhatja a halállal kapcsolatos leküzdhetetlennek tűnő félelem, illetve az elmúlás el nem fogadása (Békés, 2000; Pék, Székely-Benke, Betlehem & Fuller, 2015).

## 2. IRODALMI ÁTTEKINTÉS

### 2.1 A halál kultúrtörténete

Tony Walter a halál három ideáltípusát különbözteti meg Pilippe Ariés elméletére alapozva, mely a középkortól napjainkig visszamenőleg jellemzi a halálról való hozzáállás különböző mérföldköveit.

A *tradicionális halál* (szelíd halál) időszakában a halál a mindennapok részét képezte. Nyílt, a család és a tágabb közösség színterein zajlott, természetes része volt a vallásosság, az egyház jelenléte. A halál elkerülhetetlen tényét elfogadták. Különböző rituálékat, nem medicinális tevékenységeket végeztek a halál megkönnyebbítésére, a könnyebb elfogadás érdekében. Értelmezésük szerint a halál egy kapu, egy átmenet az örök életbe, egy olyan szükséges lépcsőfok, mely a segítségével egy magasabb szintű életformába lépnek át.

A *modern halál* (rejtett vagy tiltott halál) elveszítette a transzcendentális jellegét, dominánsan az orvoslás jelenti a középpontját, helyszínévé pedig a kórházak váltak. A haldoklás folyamata elveszítette közösségi voltát is, magányos, rideg átmenetet jelnet egy ismeretlen helyre, a teljes elmúlás racionálisnak tűnő félelmével, a lehető legrosszabb dolgot, az élet értelmetlen végét jelentette. Lényege a testi elmúlás, a spiritualitás jelentősen csökken. Kialakul a tabu, mely a halál köré szerveződik. Nem beszélünk róla, nem látjuk. Az agonizálás alatt szükségessé váló ellátást a kórház veszi át, a hozzátartozók már csak a várakozás pillanatait élik át. Így a gyermekek és a későbbi felnőttek nem találkoznak többé közvetlenül a haldoklás folyamatával, nem tanulják meg az ekkor szükségszerűen elvégzendő teendőket (Walter, 1995).

Jelen korszakunk egyik meghatározó időszaka, melyet szeretnék kicsit részletesen is körül járni. Geoffrey Gorer volt az első, aki leírta a halál „tabuvá” válását. Megfogalmazása szerint a halál felváltotta a szexualitás helyét. Régen a születéssel, megfogánással kapcsolatos eseményekre nem tértek ki a gyermekek nevelése során, azt mondták nekik, hogy a gólya hozza a babát. Viszont a haldokló ágya mellett ott lehettek, átélhették azokat az eseményeket, rituálékat, melyek a halállal kapcsolatosak. Mára már a szexualitás egy nyílt fogalom, az iskolákban beszélnek róla, a szülők, a pedagógusok



felvilágosítást tartanak a gyerekek számára, ellenben a közeli rokonok haldoklását nem láthatják, lehetőség szerint izolálják őket a haldoklótól. Az indoklás szerint lelkileg megviselheti őket. Inkább azt mondják nekik, hogy felment az égbe vagy elutazott (Gorer, 1955). A mai világnézet szerint (Európában és Amerikában legalább is), ahogy már feljebb is említettem a halál, a haldoklás a család légköréből kiszakadva a kórházakba került át, ahol a család az egészségügyi dolgozóktól, orvosoktól elvárja, hogy hozzátartozójuk, fájdalom mentesen, csendben, az eseményt tudatilag talán át sem élve távozzon el az élő világból. Az élők számára a halál megzavarja a megszokott életvitelt, tapintatlan, rádöbbenheti a másikat saját halálának elkerülhetetlen tényére, mely felkavaró, ijesztő lehet számára. Ma már a társadalomban elvárt, hogy a lehetséges kezelési módokat kihasználjuk, az egészségügyben dolgozók is erkölcsi kötelezettségüknek érzik, hogy a végsőig tartsanak ki. Ebből kifolyólag a gyógyítás a legfontosabb prioritás és háttérbe szorul az a vágy, hogy a beteg méltósággal halhasson meg (Cseri, 2002).

A modern világban az orvosok, ellátók többségét a "mindenáron való gyógyítás vágya" vezérli, így a halált sokszor még ők is kudarcként fogják fel. Ennek megakadályozásaként, többnyire igen fájdalmas vagy legalábbis kellemetlenségeket okozó életmegg hosszabbító kezelések indulnak meg. Ezt a medikális hozzáállást Marianne Mischke „Kezelési düh”-nek nevezi (Mischke, 1996). A beteg, a haldokló ez alapján azt a hamis érzést táplálhatja magában, hogy van még remény az életben maradásra, így a megfelelő felkészülést a család és a beteg is elmulasztja és a halál hirtelen érheti őket. Ezért fontos tényező a korrekt és őszinte tájékoztatás, a végkimenetel és a várható halálközelség tisztázása érdekében. Másrészt a beteg az életmegg hosszabbító kezelések presszionálása mellett nem látja értelmét, hogy beszéljen a valódi kívánságairól, magányosan hal meg (Elias, 2000). Mindezek mellett a gyász is lassan kimegy a „divatból”, melyet Castells is megerősít felmérései, megfigyelései által. A mai társadalom a gyászolókat képmutatónak tünteti fel, azt sugallja, hogy a másik halálával nem is kell foglalkozni, az énközpontúság dominál, valamint a racionalizmusra hivatkozva értelmetlennek próbálja beállítani (Castells, 2005)

A gyász rituáléi és szokásai kezdenek megszűnni. Buda Béla szerint ugyanis az emberek számára saját haláluk közelségére, sérülékenységükre hívja fel a figyelmet. A

részvényilvánítás is csak társadalmi elvárásként van jelen. Például a temetéseknél zömével már csak a kötelezettségüket teljesítve vannak jelen legtöbbször, érzelmi háttérétől is általában félünk, próbáljuk elfojtani. Pedig nagyon nagy jelentőséggel bír a gyász, hisz komoly pszichológiai háttere van, a halál, hozzátartozónk elvesztésének feldolgozási alapját képezi (Buda, 1997). A gyász feldolgozatlansága hosszútávon súlyos pszichés és testi megbetegedésekhez vezethetnek (Kárpáty, 2002).

Zana Ágnes szerint a halál, mint tabu kérdésében az utóbbi évtizedekben paradigma váltás indult meg. Ezen változásokban szerepet játszik a társadalmi nyitottság, az egyre szélesebb körben megjelenő kutatások és a halálról való szélesebb körű kommunikáció is. A haláltabu társadalmunkban történő kialakulásának háttérét Hegedűs Katalin széles körben kutatta és hét pontban összegezte kialakulásának okait, a halál és a haldoklás hospitalizálódott, személytelenné, irracionálissá vált, szekularizálódott, a haldokló izolálódott, metaforizálódott valamint kommercializálódott (Hegedűs, Zana & Szabó, 2006; Szépe, 2015).

- A halál és haldoklás *hospitalizálódott*. A haldoklók egy nagyobb része, -főleg a városokban- kórházakban hal meg, melynek háttérében több tényező is szerepet játszik. Egyik vezető okként a hozzátartozók félelme a haldoklással, haldoklóval szemben, ebből adódóan az aggodalom valamint a felelősségvállalás hiánya arra ösztönzi a hozzátartozót, hogy hártson, azzal magyarázva távolságtartó magatartását, a kórházban hátha még segíteni tudnak a haldoklón, ha nem mással a fájdalommentes eltávozásban, mindehhez hozzátársul az egészségügyi dolgozók „mindenáron gyógyítani” akarása.
- A haldoklás *személytelenné vált*, a haldokló a fenti tényezők alapján a kórház falai közé szorult, ahol bekerült egy „gépiesített”, kifejezetten zárt szabályokon alapuló ellátási rendszerbe, így nincs lehetősége arra, hogy élete utolsó napjait, végső pillanatát maga irányítsa. Különösen akkor igaz ez, ha a halál váratlanul érkezik, rövid idő leforgása alatt. Elképzelhető olyan eset is, amikor az érintett tudatosan készül a halállal való találkozásra, de aktuálisan nem várható annak bekövetkezése, jó egészségi állapota miatt, viszont egy baleset következtében, megtartott tudat mellett elérkezik annak ideje és az eddigi elképzelt elmenetelt teljességgel átírja. Ekkor még nagyobb nehézséget okozhat a személytelenség, a

család hiánya. A mentődolgozók ezt sokszor észlelik, így tudatosítják az effajta halál szituációt, így ez még nagyobb szorongást okozhat az ellátók körében.

- A halál *irracionálissá vált*. A modern társadalmakban a média a halált legtöbbször erőszakos, extrém eseteken keresztül mutatja be, mely kifejezett félelmet kelt az észlelők körében. Az emberek úgy tekintetnek a halálra, mint egy szörnyűséges eseményre mely csakis fájdalommal, szenvedéssel és magára hagyatottsággal jár, emiatt rettegve tekintetnek a jövőbe, sokszor ennek okán nem is akarnak saját haláluk lehetőségével foglalkozni.
- A halál és haldoklás *szekularizálódott*. A modern társadalomnak mondott materialista irányú eltolódása miatt a vallásnak már csak elméleti jelenősége van, ahogy látjuk a nyugati világrészeken, a templomok, mint a vallás egyik központi szimbólumai, kezdenek eltűnni, egyre nagyobb számban üresedésre, kihasználatlanságra hivatkozva átalakítják, lerombolják azt, helyüket átadva a modern kor szükségleteit kielégítő intézményeknek. Ez a jelenség is azt jelzi, hogy a halálra való felkészülés, annak tudatosulása háttérbe kerül. Hisz bátran kimondható, hogy még soha nem volt a mai kort megelőzően olyan társadalmi kultúra, ami ne támaszkodott volna valamilyen túlvilági, a földi lét után következő örök élet eszméjére. Bár a halál megközelítései sokban különböztek az egyes kultúrákban, azonban a transzcendencia eszméje mégis sok hasonló választ adott az evilág-túlvilág kérdésre, megnyugvást biztosítva a személy számára a halál utáni állapot helyzetére, valamiféle befolyásolási lehetőséget látva a transzcendenciában, a vallásosságban.
- A haldokló *izolálódott*. A család és az egészségügyi személyzet, tudatosan vagy tudat alatt is, sokszor a leterheltség okán, de kerülnek a haldoklót, aki így magára marad. Ennek hátterében az állhat, hogy a haldoklóval kapcsolatba kerülők nem tudnak a kialakult helyzettel mit kezdeni, a kommunikáció, kapcsolattartás csak az alapvető szükségletek kielégítésére korlátozódik.
- A halál *metaforizálódott*, bizonyos betegségek szinonimájává vált. A társadalom úgy gondolja, hogy a halál, csak olyan helyzetekben fordulhat elő, amikor bizonyos betegségben szenved az illető vagy egy bizonyos kort ér el. A hétköznapiakban is gyakran halljuk, hogy a hozzátartozók, ismerősök értetlenül állnak a haláleset előtt, hisz az illetőnek „nem is volt betegsége, még fiatal volt”.

Ebből is látható, hogy a halál megjelenésének lehetősége bizonyos helyzetekre korlátozódik csupán, s ha ezt a helyzetet elkerüli, ennek nem részese, akkor nem is várható annak bekövetkezése.

- A halál *kommercializálódott*, erre utal az is, hogy a médiában mindennappossá vált a halál, katasztrófák közlése. Azon üzleti érdekek célpontjává is vált, akik ezen keresztül próbálnak nagyobb profitra szert tenni, mint a gyógyszeripar, egészség- és szépségipar. A gyermekek világában is egyre gyakoribb a halál megjelenése, a különböző videójátékok is a halált úgy állítják be, mint egy szórakozási lehetőség a résztvevők számára, így a fiatalok hamar szocializálódnak a halál létezéséhez, látványához, de csak a mások halálához, amelyben közelről nem érintettek, annak mélységét, lényegét nem látják át.

A *posztmodern halál* (individualizált halál) mondhatjuk azt is, hogy visszatekint a múltba, a halálra úgy tekint, mint az egyén legszemélyesebb életeseményére. Tudatosan aktív részese akar lenni a haldoklás folyamatának. Jellemzője, hogy orvosi teljes ráhagyatkozás visszaszorul, de az ebből fakadó előnyöket megtartja, mint például a hatékony tüneti és fájdalomcsillapítási technikákat. Bátran mondhatjuk, hogy ez az ideális halál képe, de sajnos ma még több tényező együtt állása szükséges ahhoz, hogy megvalósítható legyen. Első lépésként az előzőekben Hegedűs Katalin által említett hét tényezőt kell megváltoztatni, tudatosan nagyobb figyelmet szentelni a témának. Vissza kell térnie a család körébe, visszanyerni spirituális jellegét. Korszakunk egy átmenetnek tekinthető, mely már tartalmaz posztmodern elemeket, de még a modern halál dominál. Így a mai kor emberének a felelőssége és feladata ezen korszak kiteljesítése, megfelelő bevezetése a jövő nemzedéke számára (Walter, 1995). Fontos, hogy hagyományainkat és vallási, valamint hitéletünket megtartsuk, mint egyik alapköve ezen postmodern halálattitúd meglétének és fennmaradásának.

## 2.2 Attitúd

Az attitúd megtapasztalás által létrejött mentális és idegi készenléti állapot, mely domináns és meghatározó, folyamatosan változó, készítő, mozgósító hatást vált ki a személy reakcióira mindazon tárgyak és helyzetek irányába, amelyekre az attitúd vonatkozik (Allport, 1979)

### 2.3 A halállal kapcsolatos attitűdök áttekintése

Pilling János említi elsőként egyik kiemelkedő művében - ahol a halál, a haldoklás és a gyász kultúranropológiájával foglalkozik - Eduard Wechsler filozófust, aki kiemelkedő módon foglalta össze a halálattitűdöket. Véleménye szerint négy nagy halálattitűdről beszélhetünk.

*A racionális-matematikai halálattitűd:* logikai úton próbálja igazolni azt az állítását, hogy a halál az ember számára semmisként tekintendő, megközelítése szerint túlvilági élet nem létezik. Véleménye szerint mivel a halál „semmi”, ezért ebből nem származhat „valami”. Ezek alapján meredeken ellene megy a halál és az élet egységének. Csupán a racionalitáson alapul, a transzcendenst, mint létezőt tagadja. Túlságosan materialista kijelentéseket tesz. A reményt és a hitet, mint az emberi élet egyik legalapvetőbb tényezőit zárja ki és fosztja meg önmagától.

*A mechanikus - fizikális halálattitűd:* megközelítése csupán a természettudományok oldaláról történik, szerinte a halál a természeti törvénynek megfelelő biológiai állapot. A remény és a túlvilág itt sem jelenik meg, a halált az abszolút vég megtestesítőjének tekinti. E gondolkodásmód nem veszi figyelembe a lét pszichés, spirituális és szociális szempontjait.

*A kozmikus-organikus halálattitűd:* ez az emberiség legősibb halálképe. Ebben a megközelítésben az alá- és fölé rendelés a természet és az ember világa között megszűnik, megjelenik az összefonódás, a teljes egység. A materialista világnézeten teljességgel túlmutat, felismerve az egyetemességet. E gondolkodásmód szerint a halál nem más, mint a természettel való egygyéválás. Lehetőségként tárja fel a transzcendenciát, mely független a vallástól. Reményt nyújt a túlvilági lét valósága iránt.

*Az etikus heroikus halálattitűd:* a halálra úgy tekint, mint egy feladatra, melyre életünk során fel kell készülni, függvénye lehet a túlvilági létnek az e világi cselekedet. A halált egy olyan krízisnek tekinti, ahol olyan pszichológiai feszültségek összpontosulnak, amelyek az élet során lényeges kérdések felvetéséhez vezetnek. Háttérben az a felfogás áll, hogy az ember az egyetlen olyan élőlény, aki képes tudatosítani önmaga mulandóságát. Ezen megközelítés összekovácsolja az emberiség összértékeit a modern

korfilozófiájával. Álláspontja szerint az élet és a halál elválaszthatatlan, összességében képez nélkülözhetetlen értéket. Előtérbe kerül a taranszcendencia reményt keltő hatása, mely megnyugvást hoz az ismertlen jövőt illetően, a teljes elmúlás feszültsége itt feloldódni látszik (Pilling, 2010).

#### **2.4 A halálfélelem átfogó modellje**

Adrian Tomer és Grafton Eliason (1996) modellje abból indul ki, hogy a halálfélelem szakirodalmát áttekintve igen ellentmondásos eredmények láttak napvilágot, elsősorban viszonylag egyértelműnek látszó összefüggések a kutatások során nem várt eredményeket mutattak. Példaként a kor és az egészségi állapot, valamint a halálfélelem viszonya emelhető ki. Elsősorban az tűnne logikusnak, hogy azok az egyének, akik életkoruknál fogva közelebb állnak a halálhoz, fokozottabb halálfélelemmel rendelkeznek. Viszont vannak olyan eredmények, amelyek azt mutatják, hogy a halálfélelem az idősebb korban a legkisebb (Neimeyer & Von Brunt, 1995). Vannak, akik azt állítják, hogy lineáris a kapcsolat, miszerint a fiatalokban a legmagasabb, majd a kor előrehaladásával fokozatosan csökken a halálfélelem (Thorson & Powell, 1994). Megint mások szerint a kapcsolat egy haranggörbét ír le, így a legerőteljesebb halálfélelem a középkorúaknál észlelhető (Gesser, Wong & Reker, 1988). Az egészségi állapot kapcsolata a halálfélelemmel sem egyértelmű, hiszen a tudományos eredmények ezt nem támasztják alá egyértelműen. Mind ebből látható, hogy szükségessé vált egy olyan magyarázó erővel bíró modell, mely összefogja ezeket az eredményeket és egységesen kezelve egymást kiegészítve próbálja meg megmagyarázni a halálfélelem megjelenésének hátterét. Felvetődött ez által az is, hogy nincs is közvetlen egyértelmű kapcsolat a fenti tényezők esetében, hanem áttétesen hatnak a halálfélelemre.

Az elképzelés szerint a halálfélelemnek három fontos előzménye van: Az első a *múlttal kapcsolatos megbánás*, mely a személy el nem ért céljaira vonatkozik, saját elképzelései szerint ezeket a célokat el kellett volna érnie, de ez nem sikerült vagy nem úgy történt, ahogy elképzelte. A második a *jövővel kapcsolatos megbánás*, melynek középpontjában az előérzet áll. Úgy érzi, hogy saját vágyait a jövőben már nem tudja beteljesíteni az idő előtti halál elkerülhetetlen bekövetkezése miatt. Végül a harmadik tényező a *halálnak tulajdonított jelentés*, melynek fontos eleme a személy halálfogalma valamint, hogy

milyen értelmet tulajdonít neki. Lényege, hogy a személy számára a halál egy pozitív, vagyis értelmes vagy teljesen negatív, értelmetlen dolgot jelent.

A modell alapján az egyén nagyobb halálfélelmet él meg, ha erős a megbánása a jövőre vagy a múltra tekintettel és értelmetlennek, teljességgel negatív dolognak tartja a halált. A modell azt állítja, a halálfélelem e három tényezője kapcsolatban állhat azzal, hogy az egyén mennyit gondol a saját halálára, halandóságára. A halál előtérbe kerülése és a halálfélelem (mondhatnánk azt is, hogy a három tényezővel) három módon lehetnek kapcsolatban:

- Halálról való gondolkodás, halállal való találkozása közvetlenül, mondhatnánk, automatikusan aktiválja a halálfélelmet.
- A halál megjelenése az egyén gondolat világában az egyén maga próbál hatni a világról és saját magáról alkotott hiedelmeire (énkép, önértékelés).
- A halál előtérbe kerülése különböző megküzdési mechanizmusokat aktivál. Ebben az esetben az életáttekintést, élettervezést, az egyén kultúrájával történő azonosulást, valamint az én-transzcendáló eljárásokat. Beszélhetünk még más mechanizmusokról is, de azok befolyásoló hatásuk nem egyértelmű, valamint még kevés kutatási eredmény támasztja alá jelentőségüket. Az előbb említett mechanizmusok hatással vannak az egyén elképzeléseire és ez fog közvetlenül hatni a halálfélelem három közvetlen meghatározójára (megbánásokra és halál jelentésre)

Tomer és Eliason elméletében a fenti három mintázat kombinálódása határozza meg, hogy a halál előtérbe kerülése milyen hatással lesz a halálfélelemre. Tehát abban az esetben, ha egy kivonuló mentődolgozó közvetlenül találkozik egy vele egykorú személy halálával, akkor e közvetlen aktiválás hatására a halálfélelem megnövekedését okozza minden esetben. Másrészt ez a találkozás hat az énképre és csökkenti a magabiztosságot, így ez is növeli a halálfélelmet. Ezzel párhuzamosan a halállal való találkozás, mely arra kényszeríti az egyént, hogy elgondolkodjon, saját haláláról is beindítja a fent említett megküzdési mechanizmusokat. Ezeknek a folyamatoknak a pozitív eredményei az énkép pozitív megváltozását okozhatják, növekvő magabiztosságot és a világszemlélet megváltozását, ami csökkenti a megbánást, és értelmesebbé teszi a halált. A halálfélelem

növekedése, csökkenése vagy meg nem változása attól függ, mennyire voltak a protektív folyamatok hatékonyak (Tomer & Eliason, 1996).

#### **2.4.1 A megbánás és az önmegvalósítás a halálfélelem kapcsolatában**

A múltbeli megbánás szoros kapcsolatban áll az életcélokkal. A halállal való találkozás esetén előtérbe kerülnek azok a célok, amelyeket nem sikerült megvalósítani, ebből fakadóan büntudatot érez az egyén. A büntudat mértéke és az elérni kívánt cél fontossága arányos a halálfélelem mértékével. Azaz minél fontosabbak ezek a tervek, célok az egyén számára annál inkább fog a halálhoz félelem, szorongás kapcsolódni.

A jövővel kapcsolatos megbánás olyan érzelmi válaszreakció, amikor a halállal való szembesülést követően felismerésre kerül, hogy a kitűzött célok megvalósításához nem áll rendelkezésre elegendő idő. Ebből az érzésből származó frusztráció és csalódottság megnövekedett halálfélelemet fog előidézni. Ebből is látszik, hogy az önmegvalósítás jelentős mértékben befolyásolja a halálfélelemet. Neimeyer és Von Brunt is alátámasztják kutatásaikkal, hogy az önmegvalósítás és a halálfélelem között fordított irányú kapcsolat van. Tehát minél kevésbé tudja az egyén megvalósítani önmagát, annál nagyobb a halálfélelem megjelenésének mértéke. Az önmagát magas szinten megvalósított személynek kevesebb a veszteni valója (Neimeyer & Von Brunt, 1995).

#### **2.4.2 A halál jelentése**

Ahogy már fentebb említettem az „én”-nel szemben támasztott elvárás és az egyén saját jövőjével kapcsolatos hozzáállása a halál közeledésével várhatóan hatni fog a szorongás mértékére. A halál azon megközelítése, hogy értelmes, csökkentheti a halálfélelem szintjét. Másrészt az abszurdnak és értelmetlennek tartott halál megnövekedett halálfélelemet eredményezhet. Tehát a halál elfogadása vagy elutasítása egyértelműen befolyásolja a halálfélelemet. Wong és társa értelmezésében a halál elfogadásának három eleme van: *semleges elfogadás*, amely nem mutat, nem támaszt semmilyen feltételt vagy okot a halál elfogadásához kapcsolhatóan; *várakozásteli elfogadás* a túlvilágban való hittel áll kapcsolatban. Azok a fiatal felnőttek, akik nagyfokú várakozásteli elfogadást mutattak, kevésbé féltek a haláltól. Ezzel szemben születtek olyan tanulmányok is, amelyek nem találtak egyértelmű kapcsolatot a hit és a halálfélelem között. Kiemelhető Leming metanalízise ebben a témában, aki a vallásosság és a halálfélelem kapcsolatait



kutatta és egy U eloszlást talált. Miszerint azok az egyének, akik vallásosság skálákon közepes pontszámot produkáltak igazoltan nagyobb halálfélelmet mutattak, mint az alacsony vagy magas pontszámot elérő személyek (Leming, 1980; Békés, 2003). Fontos hangsúlyozni, hogy nem csak a transcendensbe vetet hit mérvadó, hanem például, amikor arról az elképzelésről beszélünk, amikor úgy tartják, hogy a halál a kozmikus egységbe való visszatérés (Goswami, 1993); *elfogadás menekülésként* a halál, mint a nyomorúságos életből való menekülési lehetősége (Tomer & Eliason, 1996). Wong vezetésével Gesser és Reker 1994-ben kiadták az általunk is alkalmazott, revideált halálattitűd-profil kérdőívet, mely a halál elfogadáson kívül külön méri a halálfélelmet és a halálelkerülést is. Ezek a fentieken túl, részletezve a következők szerint értelmezhetőek:

- Halálfélelem

A halálfélelmet és a halálszorongást a szakirodalomban sokszor szinonimaként használják, viszont hasznos lehet tisztázni a két fogalmat. A halálfélelem a tudatosság szintjén megjelenő érzélem, konkrét tényezőktől való félelem, amelyeket Neimeyer és Moore (1994) meg is fogalmaznak kutatásaik során. Ilyenek a meghalás folyamatától, a halottól, a megsemmisüléstől való félelem, a számunkra fontos személyek féltése, a halál utáni ismeretlentől való félelem, a test féltése a halál utáni állapottól (például a szétfoslás) valamint félelem a korai haláltól (céljaink, vágyaink el nem érése miatt). A halálszorongás pedig általánosabb, inkább a tudatalatti szintjén megjelenő folyamat, nem megfogalmazható érzés, mely a halállal való találkozás során alakul ki az egyénben.

- Halálelkerülés

Olyan érzelmi magatartás, mely során nem vesz tudomást a halál tényéről életében, saját halandóságának következményeiről nem gondolkodik. Kerüli és halogatja azokat a párbeszédet, mely a halállal kapcsolatosak, mert úgy érzi, hogy ezen témával való foglalkozás mély, számára nem elfogadható, megterhelő érzéseket váltanak ki, amelyeknek megjelenését jobbnak lát megelőzni -elkerülés, elfojtás által-, mint sem a felszínre hozni (Békés, 2000; Wong, Reker & Gesser, 1994).

- Várakozás teli elfogadás

A halálnak, mint egy boldog új élet felé vezető útnak a felfogása. Ez a hozzáállás magában foglalja a boldog túlvilágba vetett hitet (Dixon & Kinlaw, 1983). Számos kutatás igazolja, hogy a túlvilágba vetett hit összefügg a vallási meggyőződéssel és a vallásgyakorlással. Jeffers, Nichols és Eisdorfer (1961) megállapította, hogy a mély vallási elkötelezettségű egyének egyszerre hittek a túlvilágban, és nagyobb valószínűséggel mutattak kisebb halálfélelmet. Viszont a mostanra kiderült, hogy a halál elfogadása és a vallás között nincs egyértelmű, egyenes arányú kapcsolat, erről feljebb a „halál jelentése” fejezetben írunk részletesebben (Leming, 1980; Békés, 2003).

- Elfogadás menekülésként

A halálnak az élet terhetől való megszabadulásaként értelmezhető felfogása, szabadulás olyan helyzetektől, amelynek lezárását az egyén más úton nem tudja hatékonyan megoldani. Békés vizsgálataiból kiderül, hogy a társadalomban ez a hozzáállás az életkor előrehaladásával egyre nagyobb mértékben és gyakrabban jelenik meg. A számottevő emelkedési tendencia a középkorúaktól indul ki és a legidősebbeknél éri el a maximumát (Békés, 2003).

- Semleges elfogadás

A halál, mint a valóság részének érzelemmentes elfogadása. A halált az élet szerves részének tekintik. Élni annyit jelent, mint együtt élni halállal és haldoklással (Armstrong, 1987; Kubler-Ross, 1981). A személy nem fél a haláltól, de nem is üdvözlí; az ember egyszerűen elfogadja az egyik változhatatlan tényeként és megpróbálja a lehető legjobban kihasználni véges életét. A humanisztikus / egzisztenciális pszichológia alaptétele, hogy az önmegvalósítás csak akkor lehetséges, ha az egyén megbékélt a személyes halandóság tényével (Feifel, 1990).

### **2.4.3 Az én és a halálfélelem kapcsolata**

Az *énkép* és a halálfélelem kapcsolata a fentiekben részletezettek szerint nagy jelentőséggel bír. Tomer és Eliason arról beszélnek, hogy a valódi és az ideális én közötti minél nagyobb különbség növeli a halálfélelmet. Az én- hiedelmek és az ezek közti

eltérések befolyásolják a múlttal és a jövővel kapcsolatos megbánás szintjét, ugyanúgy, mint a személy önértékelésének mértékét. Befolyásolhatják továbbá a halál megítélését is, ez alapján is meghatározva, hogy a halál értelmes-e vagy nem. (Moretti & Higgins, 1990; Tomer & Eliason, 1996). Az *önértékelés* és a halálfélelem az énképhez hasonlóan szoros kapcsolatban állnak. Greenberg és munkatársai vizsgálataik egyikében befolyásolták az önértékelést, kutatásuk során visszajelzéseket adtak a kísérleti személyeknek a személyiségükkel kapcsolatban. Azok az alanyok, akik pozitív visszacsatolásban részesültek, kevésbé tanúsítottak szorongást egy „halál-videó” hatására, így bizonyítottá vált a fentiek közötti kapcsolat. Később több kutató megerősítette eredményeiket. (Greenberg mtsai., 1992; Tomer & Eliason, 1996)

#### **2.4.4 A halálfélelem átfogó modelljében megjelenő megküzdési mechanizmusok**

Az *élet-áttekintés* olyan lényegi evolúcionális folyamatokhoz tartozik, mely akkor aktiválódik, amikor a személy múlttelemzést tart. Jelentősége kiemelkedik időskorban vagy halálos betegség, halálközeli állapot esetén, a halál felismerése indukálja. Az élet-áttekintés jelentkezhethet fiatalabb korban is, amikor az egyén élet-kriszisebe kerül, a teljes élettartam alatt többször is megtörténhet. A szakirodalom szerint különböző életkorban más és más funkciót tölt be. Szorosan összefügg az emlékezéssel. A halálra való felkészülésben az életkor előrehaladásával a visszaemlékezés jelentősége egyre növekszik. Fontos megjegyezni, hogy dominánsan ez egy pozitív megküzdési mechanizmus, de az „elvesztegetett életnek” vélt esetekben negatív hatással bír. Ekkor a megbánás mértékét ahelyett, hogy csökkentené, inkább növeli, büntudatot és depressziót indíthat el. Az élet-áttekintés pozitív hozadékai közé soroljuk, hogy elősegíti a múltbeli konfliktusok rendezését, csökkenti a haláhtagadást, fokozza az én-integritást, növeli az élettal való elégedettséget, csökkenti a depressziót. Összességében javíthatja vagy ronthatja az a személy önmagáról alkotott képét, ennek folyamánként csökkenti vagy növeli a múlttal kapcsolatos megbánást. Tehát láthatjuk, hogy az „emlékezésnek” lehet pozitív és negatív hatása is (Tomer & Eliason, 1996)

Az *élettervezés* az előző ponttal szemben a jövőt veszi figyelembe. A fejlődési átmenetek során aktívan használt eljárás. Elemzi a múltat, ez alapján döntést hoz, hogy mely események, megnyilvánulások, döntések maradhatnak és melyet szükséges elvetni a jövőben, a lehetőségeit így áttekintve megváltoztatja a személy kívánalmait, céljait. Mind

ez a halállal való szembesülés esetén fokozottan jelenik meg az egyén életében. Az alapvető, fő célok átalakításának több típusa van, ebből kettőt emelnék ki. Az első a „szelektív optimalizálás kompenzációval”, mely néhány olyan célra, kiemelten fontos területre összpontosul melyre a személy kifejezetten nagy erőt fordít, vagy amely kifejezetten nagy elégedettséggel tölti el. A másik nagy típusa, módja a „realisztikusabb célok kitűzése”. Ennek egyik feltétele a megfelelő adaptáció. Ugyanis az alkalmazkodás révén képes az egyén megőrizni a közelítő távolságot az én és az ideális én között egész életük folyamán (Brandstadter, Wentura & Greve, 1993). Ebben a modellben az élettervezés az élet-áttekintési folyamatokkal egyetemben az önértékelésre és énfogalmakra hatással lévő tényezőként szerepelnek. Az életcélok átalakítása segíthet közelebb hozni az én és az ideális én közötti távolságot, ezáltal csökkentve a múlttal és a jövővel kapcsolatos megbánást. Tehát elég széleskörű hatással bír (Tomer & Eliason, 1996).

*Az személy azonosulása kultúrájával* olyan megküzdési mechanizmus, amelynek alapja a „félelem elmélet”, mely szerint az egyén kulturális világnézete és az azzal kapcsolatos értékek védelmet nyújtanak a személy halandóságának tudatosulásával, valamint az ebből adódó szorongással szemben. Mindez a védőmechanizmus, a kulturális világnézetnek az önértékelésre ható folyamata révén valósul meg. Lényegében a személy azonosulása saját kultúrájával, valamint az ennek megfelelő értékrend szerinti életvitele megóvjá, vagy esetleg növeli az önértékelését. A megfelelő, pozitív önértékelés pedig megvédi az egyént a halandóság tudatosulásából fakadó szorongástól (Greenberg, Simon, Pyszczynski, Solomon & Chatel, 1992). A modellben a személy kultúrájával történő azonosulása megvédi az egyént a fokozott halálfélelemtől, ez a védelem – ahogy már részben feljebb vázoltam- az önbecsülés és az én fogalomra befolyással bíró hatása révén jön létre (Tomer & Eliason, 1996).

*Az én-transzcendentáló folyamatok* a halálfélelemmel szembeni egyik megküzdési mechanizmus. Tomer és Eliason (1996) megfogalmazása szerint, „ha a halál az én megsemmisülése, akkor az én egyetlen lehetősége arra, hogy elfogadja a halált, a transzcendencia, mely felszabadító funkciót is betölt”. Az én-transzcendenciát két nagy folyamat mozditja előre, „generatív” mechanizmusok, mely azt a törekvést takarja, hogy a személy szeretne hátra hagyni önmagából egy részt az itt maradottak, a jövő számára.

Egyik kiemelkedő eleme az alkotó készség, mely négy kategóriában nyilvánul meg: alkotó törődés, mely a jólét és a jövő nemzedéke érdekében tevékenykedik; alkotó törekvések, alkotó cselekedetek és alkotó elbeszélések a múltbéli emlékek továbbadása érdekében. Több vizsgálat is igazolta, hogy az idősebb és középkorú felnőttek növekvő alkotókészséget mutatnak (McAdams, de St. Aubin & Logan, 1993). A mikor a halál túlságosan közel kerül az egyénhez, valamint amikor a saját halálának lehetősége kerül előtérbe és az ezekből származó terhekkel meg kell birkóznia, akkor az alkotási, értékteremtési folyamatnak kiemelten megnő a jelentősége. A másik ilyen előmozdító tényező az „én-elkülönítő” folyamatok. Lényege, hogy az én eltűnik vagy háttérbe szorul az érintett tudatában. Ez a folyamat vezet az én-transzcendenciához, a másikkal való vagy egy felsőbb erőhöz kívánczó szorosabb kapcsolat érzéséhez.

## **2.5 Megküzdési (Coping) stratégiák bemutatása**

A szakirodalom túlnyomó többsége azt hangsúlyozza, hogy a megküzdés (coping) az adaptáció egy formája, alkalmazkodás olyan helyzetben, amikor fokozott megterhelés, nyomás alatt áll az egyén. Fontos kiemelni, hogy ez nem jelent azt, hogy minden stressztényezőre adott válasz automatikusan megküzdés. A megküzdés egy szándékos, egy meghatározott cél elérésére irányuló fáradozás, igyekezet, az egyén viselkedési és kognitív adaptációja, aki áttekintve a lehetőségeit úgy látja, hogy a kialakult helyzet kezelése meghaladja lehetőségeit, megfelelő szintű erőforrások nem állnak rendelkezésére. (Lazarus & Folkman, 1984; Oláh, 2005). Az évek során megjelent a kontroll fogalma, melyet integráltak a megküzdés definíciójába. Megkülönböztetnek elsődleges és a másodlagos kontrollt. Elsődleges kontroll a külső, objektív szituáció megváltoztatására tett erőfeszítés. Másodlagos kontroll során az egyén intravertálódik, a stresszel való megküzdés során arra törekszik, hogy erőforrásai és belső lehetőségei számbavétele, elemzése mellett a célnak megfelelő módon átalakítsa önmagát, mely az önszabályozás egyik lehetséges módjaként értelmezhető (Weiss, McCabe & Denning, 1994). Az alábbiakban röviden szeretnénk bemutatni, azokat a leggyakoribb és legszélesebb körben használatos megküzdési elméleteket, amelyek a szakirodalomban fellelhetőek, hangsúlyoznánk, hogy az alábbi megközelítések mind a felnőttek, mind a gyermekek körében egyaránt elterjedtek.

### 2.5.1 Folkman és Lazarus megközelítése

- **Problémaorientált coping stratégia:** a helyzet megváltoztatása a fő cél. Ez az ideális, kívánatos stratégia. Ekkor a személy egy speciális helyzetre vagy problémára koncentrálnak, és megpróbálja azt a későbbiekben befolyásolni, megváltoztatni, átalakítani, vagy az elkerülés lehetőségeinek alapjait biztosítani. Ennél a megküzdési módnál a hangsúly a helyzet megváltoztatásán van, vagyis a cél a problémamegoldás. Ebben az esetben azt mérlegeljük, hogy milyen más lehetőségek állnak rendelkezésre, valamint, hogy ezeknek milyen kimenetelei lehetségesek, kockázat-előny elemzést végzünk, majd ezek alapján születik meg a döntés, ezt követően kísérletet teszünk a megvalósítás érdekében.
- **Érzelem-központú coping stratégia:** az érzelmi állapotra koncentrálnak, ennek megoldásával szeretné rendezni a felmerülő helyzetet. Az egyén arra törekszik, hogy csökkentse a stressz által kiváltott érzelmi reakciót, azon cél elérése érdekében, hogy a negatív érzelmek minél kisebb mértékben jelenjenek meg az életében. A középpontban az érzelmek megfelelő szabályozása áll. Itt a fő cél, hogy, az egyén, a kiváltó tényező hatására megjelenő szorongást, agressziót a lehetséges mértékig csökkentse. Amikor befolyásolhatatlan helyzettel találkozunk, érzelmközpontú stratégia kerül előtérbe. (Lazarus & Folkman, 1984; Atkinson, Atkinson, Smith & Bem, 1997).
- **Nem konstruktív coping stratégia:** ebben az esetben a cél csupán a pillanatnyi megoldás, a feszültség aktuális csökkentésére koncentrálnak a valódi problémamegoldás nélkül. Erről külön viszonylag kevés szó esik a szakirodalomban, sokszor beolvasztják az érzelem alapú megküzdési módba.

### 2.5.2 Moos megközelítése

- **Megközelítő coping stratégia:** A helyzet megváltoztatását célozza meg, a kognitív/viselkedéses háttérbe helyezésével.
- **Elkerülő coping stratégia:** a probléma súlyának kognitív/viselkedésesben látja a megoldást. Érzelemközpontú megküzdés során a negatív érzelmekkel többféle módon is megküzdhet a személy.

- Viselkedéses megoldás: ide sorolható a testmozgás, mint problémaelterelés, az alkohol dependencia, drogok fogyasztása, agresszív viselkedés, dühkitörés, érzelmi támasz keresése barátoknál, kollegáknál.
- Kognitív megoldás: ide sorolhatjuk a probléma időleges félretétele, a fenyegetettség csökkentése a helyzet hangsúlyának, komolyágának megváltoztatásával. (Moos, 1993)

### **2.5.3 Fedorowitz megközelítése**

- Monitorozó coping stratégia: a kiváltó tényező figyelemmel követése, kezelése a lesz a fő célja.
- Ventilláló coping stratégia: megpróbálja hangsúlyosabban kifejezni érzelmeit, agresszív cselekvés cselekvésekbe torkolhat.
- Tompító coping stratégia: a kiváltó tényező elkerülése vagy átalakítása lesz a kiemelt célja (Csomortáni, 2014)

## **2.6 Megküzdési modellek**

Életünk nagy része arról szól, hogy megpróbálunk megbirkózni azokkal a nehézségekkel, amelyekkel mindennap találkozunk. A megküzdéssel érdemben Lazarus foglalkozott először, de őt megelőzően is láthatóvá váltak olyan „tapogatózások” melyek a megküzdés támaszához nagyon közel álltak. A lényeges modelleket így áttekintve bátran elmondhatjuk, hogy megkülönböztetünk Lazarus előtti és utáni szakaszokat.

### **2.6.1 Pszichoanalitikus felfogás szerinti modell**

Lényegi pontja az ego. Ezen szemlélet szerint az ego stabilitását megdönteni képes konfliktusoknak kiemelkedő szerepe van. A külvilágból érkező problémák, konfliktusok megoldására a megküzdés hivatott, míg a belső konfliktusok megoldására az elhárítás, védekezés hivatott. Míg a coping egy tudatos folyamat eredménye, addig az elhárítás egy tudattalan mechanizmus alapján működik. Freud szerint az ego feladata a külvilági veszélyekkel szembeni harc és helytállás, a veszélyeztető tényezők kezelése, véleménye szerint az ego akkor kényszerül védekező manőverekre, ha a veszélyhelyzettel nem tud megküzdni. Anna Freud már határozottabban fogalmaz, azt állította, hogy a mindennapi

problémák normális kezelésének módja, kontroll alatt tartom az érzelmi életemet, ekkor úgy szállunk szembe a fenyegetésekkel, vagy kerüljük el azokat, hogy közben érzéseinket nem változtatjuk meg, nem nyomjuk el és nem torzítjuk a valóságot, ahogy azt a védekezések alkalmával megteszük. A megküzdés szempontjából, az analitikusok közül kiemelkedik Norma Haan. Az előzőekre építve bevezette a töredékképzés fogalmát. Szerinte a megküzdés az objektív valóságot képviseli, magában foglalja a célt, a választást, a rugalmasságot és megengedi a megfelelő érzelmek kifejezését. A védekezés elferdíti az objektív valóságot és hamisan logikát, utat enged a rejtett impulzusok kifejezésének, és elhiteti az egyénnel, hogy a szorongástól anélkül is megszabadulhatunk, hogy a problémával közvetlenül foglalkozni kellene. A töredékképzés (fragmentálás) egyéni szabályokat követő, automatizált, érzelmileg irányított és irracionálisan abban a tekintetben, hogy az objektív valóságot nyilvánvalóan sérti. Ezen időszakban körvonalazódik, hogy a megküzdés egy egészséges folyamat. A védekezés neurotikus, töredékképződés pedig pszichotikus folyamatokhoz vezet (Oláh, 2004).

### **2.6.2 Traitmodell: a személyiség és a coping összefüggései**

A modell azt feltételezi, hogy a személy meghatározott védekező manővereket, következetes vonásokat dolgoz ki, illetve tanul meg a konfliktusok megoldására, fenyegetettség elhárítására. A megküzdési folyamat során ezeket következetesen, egyformán alkalmazza mindenféle stresszel történő találkozás esetében. Lényegében két-féle személyiséget különböztet meg. A „szenzitizátor”, monitorozó és figyelő személy kiemelt szenzitivitást mutat a veszély jelzései iránt, a megrázkódtatásokat nehezen dolgozza fel. Arra törekszik, hogy a fenn álló bizonytalanságot információgyűjtéssel szüntesse meg. A másik a „represszor”, kognitív elhárítással és szándékos homályosítással jellemezhető személyiség igyekszik figyelmét elterelni a veszély jeleiről, észlelési küszöbe emelkedik a fenyegetésekkel szemben. A szenzitív személy nehezen tűri a bizonytalanságot, amely minden fenyegetés alapjának tekinthető, ezért igyekszik megismerni a veszély természetét. A represszor személy a veszély tudatával együtt járó kellemetlen élményét viseli nehezen, ezért amíg teheti, igyekszik távol tartani magát a fenyegetéssel való szembenézéstől. A személyiség és a coping kapcsolatában a modellen belül is szemléletváltás történt. A holisztikus személyiség elemzése került a fókuszba. Ezen szemlélet szerint a személyiségvonások folyamatosan változó kölcsönhatásában, a



környezet igényeivel összehangoltan szabályozzák a megküzdést. Ezen a szemléleten belül megjelenő Big Five-modell szerint a személyiségi tényezőink hatékonyan csak a stressz alatt tárulnak fel. Így azt képviseli, hogy a megküzdés kutatás csak a személyiség tényezők figyelembevételével lehet eredményes. Az extroverzió, barátságosság, neurotikusság, lelkiismeretesség, nyitottság a személyiség öt alapidimenziója, az elmélet szerint meghatározzák a fenyegetések jelentőségének megítélését. Ez alapján a neurotikusság erősíti a vonzódást a negatív érzelmek megtapasztalásához; az extrovertált személy hajlamosabb inkább kihívást észlelni, mint sem fenyegetést; az információkeresés és a problémaorientáltság, mely a nyitottságra jellemző, az önfegyelm és a kitartás mely a lelkiismeretesség, valamint a társas támasz igénybevétele mely inkább a barátságos személyiségek ismérve, mindazon tényezők, amelyek a stresszhez való alkalmazkodás eredményességét meghatározzák (Oláh, 2004)

### **2.6.3 Kognitív tranzakcionista coping modell**

A modell alapja az egyén viszonyulása, a stresszorhoz, annak megítélése. Fő hangsúlya az egyén aktivitásán van. Alapelve szerint, a stresszhelyzetben az egyén és a stresszor kölcsönösen hatással vannak egymásra, tranzakció zajlik közöttük. Kihangsúlyozza, hogy a résztvevő személy nem csupán passzívan van jelen a folyamatban, hanem aktív szervezője a helyzetnek, valamint a környezeti hatásokra is aktívan reagál. Az elmélet kognitív pszichológiai nézőpontokon alapul, így a kognitív kiértékelésnek lényeges szerepe van az értelmezésben. Megterhelő, ismeretlen eseménnyel, helyzettel való találkozás során a személy két szintű értékelést hajt végre: *elsődleges értékelés*, mely azt méri fel, hogy milyen jelentőségű az előtte álló probléma, a következő szinten a *másodlagos értékelés* során megpróbálja megbecsülni, hogy a nehézséget okozó szituációval mennyire tud majd megküzdeni. Lazarus munkájában jelenik meg először a potenciális stresszor fogalma. Szerinte kizárólag a résztvevő személy tudja megítélni, hogy egyáltalán átélt-e stresszt, azt milyen mértékűnek ítéli, és milyen kapacitásra van szükség a megküzdéshez. A potenciális stresszorról való találkozás után lefuttatjuk az elsődleges értékelést annak érdekében, hogy meg tudjuk állapítani a stresszt okozó esemény pozitív vagy negatív voltát. Ha az elemzés során negatívnak értékeljük az eseményt, további döntést kell hoznunk, hogy az eseménynek a jelenben vagy a jövőben lesz hatása az életünkre. Ez az elsődleges értékelés lényegében

tudattalanul zajlik. A másodlagos értékelés folyamán, szintén alapvetően tudattalanul, a személy azt mérlegeli, hogy a megküzdési képességei elegendőek-e ahhoz, hogy megbirkózzon a stresszszorral. Ha az elemzés végén arra a megállapításra jutunk, hogy az erőforrásaink, megküzdési képességeink elégtelenek, akkor létrejön a stresszállapot mely a megküzdési folyamatban további meghatározott lépéseket tesz indokolttá. (Lazarus, 1968; Lazarus & Folkman, 1984; Pataky, 2014).

#### **2.6.4 A coping a magatartástudományi ember–környezet modellben**

Kopp Mária által létrehozott ember–környezet modellben a megküzdés nagy jelentőséggel bír. Az egyén és a közvetlen környezete kölcsönösen hatással vannak egymásra. Az egyén állandó törekvése, hogy a környezetet úgy formálja, hogy az megfelelő legyen céljai elérése érdekében, de a környezete is arra törekszik, hogy a saját érdekei kerüljenek előtérbe. A magatartás szabályozásában nagymértékben vannak jelen a pszichológiai minták. Ezt látjuk, akkor is, amikor bizonyos célok elérésért képesek vagyunk átmenetileg lemondani egyes kényelmi vagy akár biológiai szükségletekről (alvás, szórakozás). Ezen modell szerint folyamatos döntéseket kell hoznunk, hogy az adott helyzetben meg tudunk-e küzdeni a kihívásokkal, az adott szituációból ki tudunk-e kerülni, számunkra optimális eredményekkel. Az elmélet arra reflektál, hogy stresszhelyzetben először elemzés történik, viszont sajnos nem mindig a tényleges, valódi helyzetet és a reális meglévő képességeinket hasonlítjuk össze, hanem inkább az elvárásokat és a meglévő képességeinket, erőforrásainkat, lehetőségeinket elemezzük. A szerző azt állítja, hogy minél egészségesebb egy személyiség, annál hatékonyabban, a valósághoz annál közelebb állva tudja megítélni a fontos elemeket, így nincs érdemi eltérés a valós és az észlelt hatások között, ilyenkor azt döntjük el, hogy képesek vagyunk-e megoldani a helyzetet a rendelkezésre álló erőforrások alapján. Jelentős veszélyforrást jelent és akár az optimális megoldás megghiúsulásához is vezethet, ha a saját észlelt képességeinket felül- vagy alul értékeljük, ami további stresszhelyzeteket teremthet. Tehát a magatartásszabályozás alapja, hogy mi a viszonyítási alap, ebben az esetben a lényeg, hogy az észlelt, valamint a valós képességek és elvárások közötti eltérés milyen mértékű. Ha ezek alapján hatékony, eredményes döntést tudunk hozni akkor úgynevezett kompetencia (hatékonyságot) élményt élünk meg, melynek lényege, hogy megfelelő döntéseinkre alapozva hatékony, eredményes viselkedést élünk meg, mely a saját

helyzetünk feletti kontroll érzéséhez vezet, ez egyben célunk is döntéseink során. A kompetenciaérzés megélését Bandura személyes hatékonyságnak nevezi. Mindnyájan a hatékonyság megélésére törekszünk, ennek alapján csökken a stressz szintje is. (Pataky, 2014; Kopp, 2001; Bandura, 1982).

## 2.7 A megküzdést befolyásoló tényezők ismertetése

Mára ismert, hogy a stressz által kiváltott hatások nem egyformán hatnak az egyénekre. Egyazon stresszorra szituációtól függően más és más reakció váltható ki. Az alábbiakban szeretnénk bemutatni azokat a fő befolyásoló tényezőket, amelyek lényegi hatással bírnak a megküzdési stratégiák kialakulásában, alkalmazásának megválasztásában.

- Nemi különbségek

A szülői nevelési hatásoknak köszönhetően a nemek között különbség észlelhető a megküzdési stratégiák alkalmazásában.

A nőkre inkább az érzelemorientált megküzdés, míg a férfiakra a problémaorientált megküzdési stratégiák a jellemzőbbek (Oláh, 2005; Pataky, 2014). Azonban előnyt jelent azoknak az adott nemre elsődlegesen nem jellemző stratégiáknak a megerősítése, amelyek kevésbé használatosak, de a viselkedésrepertoárban meglehetően előnyösnek tűnik a férfiak körében a mások iránti átmeneti alkalmazkodás. Ugyanígy a nők esetében is kiemelhetjük, hogy az észszerű problémaelemzés is fontossá válhat az érzelmi dimenzió mellett. A vizsgálat egyik kiemelt eredménye, hogy a nőkre jobban jellemző *a társas támogatás keresése*. Az őket ért stresszhatásokról gyakrabban beszélnek szemben a férfiakkal. (Denton & Walters, 1999; Pataky, 2014).

- A stresszor típusa

Jelentős mértékben befolyásolja a személyt, hogy milyen típusú stresszorról, stresszhelyzettel találkozik. *Veszteség esetén* dominánsan érzelemközpontú stratégiát alkalmazunk, ugyanis érdemben nem tudjuk befolyásolni a helyzetet. *Feladathelyzetben* problémaorientált megközelítést használunk az esetek jelentős részében (Pataky, 2014).

- Az egyén aktuális pszichés állapota

Az aktuális mentálhigiénés státusz ellenőrzése, javítása kiemelten fontos tényező, ugyanis minél jobb az alap pszichés állapot, annál jobb lesz az alkalmazkodási készség a

jelentős megterhelés ellenére is. Az aktuálisan fennálló szorongásszint, konfliktustűrő képesség, érzelmi kiegyensúlyozottság mind jelentősen befolyásolja a megküzdésre adott megfelelő válaszreakciót (Parkes, 1986).

- Konvenciók

Gyűjtőfogalomként használva, ide tartoznak -elsődlegesen a család közvetítésében megjelenő- kulturális hagyományaink, elvárásaink. Azt találták egy vizsgálatban, ahol a keleti és nyugati környezetben nevelkedett férfiakat elemezték, hogy az érzelmközpontú megküzdés dominál a keleti kultúrában, míg a nyugatiban zömével problémaorientált megküzdési stratégiákat alkalmaznak (Kuo, 2011). A családoknak sokszor különböző megküzdési módjaik lehetnek, amelyeket még gyermekkorban modelltanulás útján a szülőktől át is vesznek. Ezzel magyarázható, hogy bizonyos személyek könnyebben fejez ki érzelmeiket, mások viszont kevésbé.

- Önértékelés

Több vizsgálat foglalkozott a témával, mindegyikből kitűnt, hogy az alacsony önértékelésű személyek stresszorok hatására eltávolodásra, visszavonulásra hajlamosabbak (Csabai & Molnár, 2009).

- Optimista vagy pesszimista beállítódás

Az optimista személy lényegében a problémaorientált, ezzel szemben a pesszimista beállítódású személy az érzelmek szabályozására fókuszáló stratégiákat alkalmaz (Szondy, 2006).

- Reziliencia- rugalmas ellenállási képesség

Rutter munkáiban arról beszél, hogy a stresszel szembeni adekvát ellenállás a reziliencia, ennek eredményeként egy nehezebb helyzetből magasabb önértékeléssel illetve hatékonyságérzettel kerülhetünk ki. Master szerint a reziliens személyek a negatív pszichés rizikótényezők mellett, fokozott megpróbáltatások ellenére is jó alkalmazkodó képességekkel rendelkeznek. Fogalmi meghatározásába beletartozik két elengedhetetlen tényező: az első, hogy a személy jó teljesítményt tud felmutatni az élet minden területén, a második, hogy a jelenben vagy korábban, élete valamelyik szakaszában nagymértékű rizikó tényezők mellett jelentős krízisnek, nehézségnek volt kitéve és ezek ellenére sikeres, hatékony alkalmazkodás jellemzi. Négy nagy tényező játszik szerepet a

reziliencia kialakulásában, működésében: a *kompenzáló faktorok*, ilyenek a működőképes család, a fejlődésre, valamint a friss információk megszerzése iránti igény. A *rizikófaktorok* olyanok, mint az alacsony szocioökonómiai státusz, pszichés kórállapotok, a társadalom szélére sodródott családok, deviáns viselkedés, törvénnyel való kisebb vagy nagyobb összeütközés; a *védőfaktorok*, ilyenek a társas készségek, a magasabb önértékelés és alkalmazkodó megküzdési képességek; *vulnerabilitási tényezők* értelmezhetjük őket a védőfaktorok ellentétjeiként is, önállóan nem bírnak befolyással, ellenben a rizikófaktorokkal együtt azok hatását potenciózzák. A munkáltatók a rezilienciát magas elvárásokkal, de emellett támogató, elfogadó légkörrel fejleszthetik. (Osofsky & Thomson, 2000; Rutter, 1985; Masten & Reed, 2002).

## **2.8 A megküzdés pozitív és negatív módjai**

A coping stratégiák annak viszonylatában, hogy a kimenetel pozitív vagy negatív eredménnyel, az egyén számára haszonnal vagy érdemi változást nem okozva zárul, esetleg hosszútávon káros - adaptációt elősegítő, rövid vagy hosszútávon eredményes és mindezt akár passzív vagy aktív módon elősegítve hozza létre - két nagy csoportra oszthatjuk.

### **2.8.1 Pozitív megküzdési stratégiák**

Az általános pozitív megküzdési stratégiák Lazarus és Folkman klasszikus felosztása szerint - amelyeket az egészséges egyének alkalmaznak - a következők (Lazarus & Folkman, 1984, idézi Csabai & Molnár, 2009; Pataky, 2014):

- Konfrontáció

Ebben az esetben szándékosan kerülünk szembe a problémát okozó körülményekkel. A folyamat az átélt agresszióból, valamint dühből táplálkozik, így az abból származó erőket átirányítja a megküzdési folyamatokra. A negatív érzelmek tartós fennállása esetén ez a megküzdési mód is veszít hatékonyságából, ugyanis, ha az érintett egyén nem tud megküzdani a helyzettel, az hosszútávon romboló, pusztító következményekkel is járhat.

- **Eltávolodás**

Ezen stratégiának az az alapja, hogy az érintett személy érzelmileg és/vagy gondolatilag, átmenetileg eltávolodik a stresszortól annak érdekében, hogy megfelelő módon felkészülve meg tudjon küzdeni a problémával. Hatékonyságának korlátja, hogy akkor működik csak megfelelően, ha az eltávolodás csak rövid ideig tart, mivel tartós elhatárolódás esetén a megküzdés nem valósulhat meg.

- **Érzelmek és a viselkedés szabályozása**

A viselkedés és az érzelmek szabályozása egy kiemelten fontossággal bíró tényező. Vitathatatlan, hogy a helyzettel kapcsolatos kényelmetlen, rossz érzésünket extravertálni kell a környezetünk felé, ezzel is jelezve a megszokottól eltérő élethelyzetünket, de figyelniük kell arra is, hogy megtaláljuk azt a határmércét, amelyet sem pozitív sem negatív irányba nem léphetünk át. A viselkedés és az érzelem vagy az önkontroll megfogyatkozása egyaránt a megküzdés hatékonyságának csökkenése irányába vezetnek.

- **Társas támogatás keresése**

A hatékony megküzdés érdekében környezetünkben olyan személyekre van szükség, akiktől megfelelő támogatást kaphatunk. Fontos szempont, hogy nem a kapcsolat számbeli megléte vagy a találkozások gyakorisága a mérvadó, hanem annak a minősége.

- **Felelősségvállalás**

A személyes felelősség érzete, illetve a felelősség vállalás kiemelten hasznos, hiszen az ezzel kapcsolatos probléma elrendezésében is fokozott figyelemmel vesz részt. A személyes befolyás mindig növeli a bevonódást a megoldáskeresésbe. Hátrányos lehet a túlzott felelősségtulajdonítás, melynek következtében gyakran jelenik meg a büntudat és az önvád, melyek csökkentik a célirányos aktivitás mértékét.

- **Problémamegoldás-tervezés**

Az érintett személy törekszik a megoldási lehetőségeket végiggondolni. Az egyén ekkor megfelelően átértékeli, mérlegeli a cselekvési stratégiákat. Racionálisan próbál kidolgozni megfelelő alternatívákat és a lehetséges kimenetek összevetése mellett a képességeihez, erőforrásaihoz, lehetőségeihez igazítani. Amennyiben az egyénnek kevés a problémára való rálátása vagy nagymértékű az érzelmi igénybevétel, ezen stratégia nem működik megfelelően.

- Elkerülés–menekülés

Ilyenkor elkerüljük a problémát, semlegesen viszonyulunk a stresszorhoz, annak érdekében, hogy időt nyerjünk a megfelelő megküzdési stratégia kiválasztásához, kialakításához. Ugyanakkor figyelniünk kell, hogy bizonyos időkorlátok közé szorítsuk a folyamatot, hiszen tartós fennállása esetén a megküzdés nem valósul meg.

- Pozitív jelentés keresése

Ilyen esetben helyzetértékelést végzünk és kihívásként értelmezzük a stresszort, pozitívan közelítjük meg a helyzetet, ugyanis ez a megközelítés megnöveli a megküzdés sikerességét. Fontos, hogy ne billenjük át a túlzott optimizmusba, hisz a valós veszélyek téves figyelmen kívül hagyása súlyosbíthatják a problémát.

### **2.8.2 Negatív megküzdési stratégiák**

Átmenetileg vagy tartósan előfordulhat olyan helyzet, amikor az egyén a felmerülő nehézségekkel szemben képtelen pozitív stratégiát alkalmazni és így a negatív megküzdési stratégia kerül előtérbe.

- Önkárosító magatartásformák

Egyértelműen inadaptív folyamat, bár ismert, hogy átmenetileg feszültségredukciós hatással bírnak, ellenben a probléma megoldásában hosszútávon előnytelenek. Ebbe a kategóriába tartoznak az alkohol és gyógyszer dependenciák, drog használat és a suicid kísérletek. Mindezen megküzdési formák alkalmazásának köze lehet a kiégéshez is, melyet jelen dolgozatban bár direkte nem tárgyalunk, de nagy jelentőséggel bír az egészségügyi dolgozók életében.

- Agresszió

Amennyiben a személy sokáig van kitéve megterhelő helyzetnek, vagy éppen hirtelen, váratlanul érte a helyzet, és nem tud azonnal hatékony megküzdési stratégiához nyúlni, agresszívvá válhat. Az agresszió kiterjedhet önmagára vagy mások irányába. Mindkettő megnyilvánulhat verbális vagy fizikális formában.

- Depresszió

Amennyiben az egyén hosszú ideig nem alkalmaz hatékony megküzdési stratégiát és a feszültséget okozó probléma tartósan fennáll, úgy depressziós állapot alakulhat ki. Ezzel

együtt jár a folyamatos önsajnálát, a világ- valamint az önképp negatívabb megközelítése, ezzel párhuzamosan a mások kedvezőtlenebb véleményezése, az önbüntető gondolatok és magatartások felerősödnek.

### **2.8.3 Elhárító mechanizmusok**

Bár e mechanizmusok nem tartoznak a coping stratégiák közé, de indokoltnak látjuk megemlítését a megküzdési stratégiák tisztább, egyértelmű elkülönítése érdekében. Akkor indulnak be, amikor a már kialakult szorongás nagyon megterhelő a psziché számára, védekezésre kényszerülünk annak érdekében, hogy az aktuális negatív érzelmeinktől megszabaduljunk. A védekezés során pszichés elhárító/védekező mechanizmusokat használunk. Ezekkel a valóság eltorzítása a cél, annak érdekében, hogy aktuálisan könnyebben túlélhető legyen az énünket, világképünket fenyegető helyzet. Egyik lényegi különbség a coping-hoz képest, hogy tudattalanul működnek. Fontos megjegyezni, hogy átmenetileg minden egyén használja, patológiássá akkor válik, ha állandósul (Atkinson mtsai, 1997; Carver & Scheirer, 1998; Pataky, 2014).

- Elfojtás

Azon tényezőket melyek szorongást keltenek, emlékeinkből szándékosan megpróbáljuk eltávolítani. Ilyen a kínos emlékek elfeledése, vagy amikor bizonyos nyilvánvaló eseményeket, tényezőket nem veszünk észre, ugyanis feltehetőleg nem tudnánk megbirkózni a kínos, szembeesülést és nehézséget okozó élménnyel.

- Tagadás

Bizonyos fennálló állapotok vagy bekövetkező események teljes elvetése, szándékos figyelmen kívül hagyása. A különbség az elfojtástól, hogy míg az utóbbi során az egyén önmaga által generált tényezőket kell elhárítani, addig a tagadás a külső hatások megjelenése esetén kerül előtérbe. A kritikára is gyakran tagadással reagálunk.

- Projekció

A folyamat során másra vetíti ki azokat a tulajdonságokat, amelyek szorongást okoznak. A nem kívánatos jellemvonásokat, melyeket inkább letagadunk és megpróbálunk másoknak tulajdonítani, ilyen formában kerülnek felszínre. Ezen kereteken belül arra is lehetőség nyílik, hogy tiltott érzéseinket, megnyilvánulásunkat kiéljük egy védekezésnek betudott formában.



- Reakcióképzés

Ilyenkor a szorongás keltő érzést annak ellenkezőjével helyettesítjük a tudatban, ugyanis nem tudjuk elfogadni azt az eredeti érzést, amelyet a probléma kivált belőlünk. A reakcióképzést és a valódi érzést úgy tudjuk differenciálni, hogy az előbbi eltúlzott érzetet kelt. A stresszrel szembeni válaszreakciók túlaradóak, felnagyítottak.

- Racionalizáció

Ebben az esetben észszerűnek tűnő magyarázatot próbálunk adni egy valójában számunkra elfogadhatatlan okból elkövetett viselkedésre, és ezáltal csökken a szorongásunk. A racionalizáció igazolja, a nem megfelelő viselkedésünket, valamint csökkenti azt a csalódásérzést, mely a helytelen viselkedésből származó, elérni vágyott cél megghiúsulása miatt alakult ki bennünk. A kudarcainkat gyakran racionalizáljuk.

- Fixáció és regresszió

A regresszió egy korábbi fejlettségi szintre történő visszalépést jelent, mely önmagában nem kóros, de gyakori alkalmazása negatív befolyásoló tényező. A fixáció a problémamegoldás előremenetele során, egy olyan szinten történő megrekedés, ahol átmeneti biztonság jellemző, nem történik érdemi előrelépés. Ennek hátterében egy megterhelő életesemény állhat, melyet nem tudunk megfelelő módon kezelni. Átmenetileg elfogadható, de tartós fennállása esetén a végleges megküzdésre való törekvés megghiúsul.

## **2.9 Mentődolgozók jellemző gyakorlati megküzdési stratégiái**

A következőkben bemutatjuk, hogy dominánsan milyen gyakorlati, személyes (informális) megküzdési stratégiákat használnak a mentődolgozók világszerte, bár a keleti társadalmakból származó adatok igen korlátozott számban állnak rendelkezésünkre (Mildenhall, 2012). A tudományos eredmények összességében azt mutatják, hogy a mentőellátás során a mentődolgozók erősen feladatorientálttá válnak, a betegre vagy a kezelendő helyzetre összpontosítanak, ami arra szolgál, hogy érzelmileg eltávolítsa az ellátót a páciensről és hozzátartozóitól, ezáltal pszichológiai akadályt képez, megvédi az egészségügyi dolgozót a negatív érzelmek átélésétől, miközben javítja a munkára képességüket, így pozitív irányba befolyásolva az ellátás minőségét. Mindezek alapján a

mentődolgozók leginkább a problémaorientált megküzdési stratégiákat részesítik előnyben (Regehr, Goldberg & Hughes, 2002). Az irodalom áttekintését követően az alábbi megküzdési módok kerültek előtérbe a mentődolgozók körében:

- Kognitív stratégiák (távolságtartás és elkerülés)

A rendelkezésre álló kutatási eredmények alapján a mentődolgozók gyakran alkalmaznak érzelmi távolságtartást az ellátás közben és annak befejezését követően (Alexander & Klein, 2001). Az utóbbi időben körvonalazódik, hogy a mentődolgozók előszeretettel alkalmazzák az elkerülést is, mely tartós fennállása esetén a kiégés fontos előrejelzője (Prati, Palestini & Pietrantoniet, 2009). Azért ilyen széles körben elterjedt megküzdési stratégia, mivel ezáltal elrejtetik félelmeiket és sebezhetőségüket, így védik a „mentődolgozó, mint érzelmileg erős egyén” látszatát. Gyakran büszkék arra, hogy „bármivel képesek megbirkózni”. Ez az érzelmi keménység egy történelmi, katonai kultúra előzményéből származó megközelítés eredménye, hisz napjainkban is úgy tekintenek a mentőkre, mint egy félkatonai szervezetre, holott ez régóta már nem így van. A kutatások azonban megállapították, hogy ez a megküzdési mechanizmus erős összefüggést mutat a poszttraumás stressz zavar kialakulásával (Wastell, 2002).

- Pozitív átértékelés, megközelítés

Regehr és munkatársai megállapították, hogy az elkerüléssel ellentétben egyes mentődolgozók aktívan felülvizsgálták az eseményeket és pozitívan átértékelték, szakmai tapasztalatként tekintettek a helyzetre, annak érdekében, hogy a jövőben jobb ellátást tudjanak nyújtani hasonló helyzetben. Széles körben fontosnak tartják, hogy a mentőgyakorlatban arra kell ösztönözni a dolgozót, hogy fejlessze ezt a készséget. Tisztában kell lenniük azzal is, hogy az újraértékelés a folyamatos szakmai fejlődés egyik szempontja, de nem elhanyagolható módon hozzájárul a pozitív megküzdés folyamatához is (Regehr és mtsa 2002).

- Társas támogatás – család

Több tanulmány igazolta, hogy a család kiemelkedően fontos támogatási forrás, amely lehetővé teszi a mentők számára, hogy megbirkózzanak a stresszel. A házastárssal, élettárssal való esetmegbeszélés az egyik leghatékonyabb megbirkózási technika (Regehr, 2005; Regehr & Millar, 2007). Shakespeare-Finch és munkatársai viszont arról számoltak be, hogy a mentősök gyakran „elkülönítik” az otthoni és munkahelyi

történéseket és nem vitatják meg a munkatapasztalatokat a családtaggal, házastárssal. Feltehetően ez a szándékos elkülönítés valójában egy érzelmi megküzdési forma lehet, amelynek célja, megvédi a családot a mentőmunka során tapasztalt traumától, stressztől. Ilyen módon próbálják kevésbé megterhelni szeretteiket (Shakespeare-Finch, Smith & Obst, 2002). Sajnos továbbra is kritikával illetik a munkáltatókat amiatt, hogy amikor a munka miatt érzelmileg nehéz időket élnek meg nagyon kevés hivatalos támogatást nyújtanak a mentődolgozók partnerei és családtagjai számára. A gyakorlatban sokszor a mentőkollégák és a helyi vezetők részéről érkezik ilyen fajta támogatás, de mindez csupán informálisan, mely függ a munkahelyi közösség összetartó erejétől is (Regehr, 2005).

- Társas támogatás – kollégák

A tanulmányok szerint messze a leggyakrabban használt megküzdési mechanizmus a kollégákkal való beszélgetés. A kutatások kimutatták, hogy ezt a módszert előnyben részesítik a családtagokkal való beszélgetéssel szemben, és jelentős szerepet játszik a stresszes élmények érzelmi következményeinek csökkentésében (Essex & Benz-Scott, 2008, Halpern, Gurevich, Schwartz & Brazeau, 2009). Ezek az eredmények azt sugallják, hogy rendkívül fontos, hogy a stresszes tapasztalatok nyomán a személyzet időt kapjon arra, hogy egymást támogassák annak érdekében, hogy hosszú távon csökkentsék a stresszt és a későbbi betegségek kialakulását (Alexander & Klein, 2001).

- Társas támogatás – szakmai és munkahelyi vezetők

Több olyan tanulmány jelent meg, amely a mentődolgozókat személyesen, direkte kérdezte meg, hogy hogyan értékelik a munkahelyükön kapott támogatásokat, kiderült, hogy míg a kollégákkal való beszélgetést magas pontszámon értékelték, addig a szakmai, munkahelyi felsővezetőkkel való megbeszélést negatív élményként, rossz megküzdési módszerként értékelték. A szakirodalom szerint ezeket a magasrangú alkalmazottakat „alig támogatónak” vagy „nem támogatónak” tekintették. Az elégedetlenség azzal is magyarázható, hogy a munka jellege miatt nincs lehetőség személyes kapcsolattartásra a személyzet és vezetők között (Carriere & Bourque 2008; Alexander & Klein, 2001; Regehr & Millar, 2007). Regehr és Millar megállapították, hogy a mentők a vezetőket kioktatóknak és kritikusnak találták abban az időben, amikor a legnagyobb szükségük volt a támogatásra. Halpern és munkatársai azt találták, hogy a személyzet valójában igényelte volna a vezetők támogatását, de demoralizálódtak, amikor ez nem valósult meg vagy nem

volt elegendő. Ezek az eredmények azt sugallják, hogy a szakmai és a munkahelyi vezetőknek képzésre van szükségük, hogy felismerjék betöltött szerepük fontosságát, fejlesszék a kommunikációs készségeiket, előmozdítsák az alapvető tanácsadási készségeket, és törekedjenek annak felismerésére, hogy a munkavállalónak mikor lehet szüksége támogatásra (Regehr & Millar, 2007; Halpern et al., 2009).

- Humor

Irodalmi áttekintések alapján (mind kvalitatív, mind kvantitatív kutatásokból) megállapítható, hogy a fekete humort a mentőszolgálat munkatársai előszeretettel alkalmazzák, és a stressz hasznos moderátorának tekinthető, elősegítve a kontrollérzetet és a megbirkózási képességet. Az eredmények arra utalnak, hogy a mentőszolgálaton belüli bajtársiasság növeli a csapatmunkát, a morált, összekovácsolja az „összetartozás” érzését (csoporthozzárt) és szociális támogatást nyújt. Az ilyen pozitívitas korrelál a magasabb színvonalú munkavégzési minőséggel (Bennett, 2003). Ezért fontos, hogy ezt a megküzdési technikát megengedjék (Alexander & Klein, 2001; Jonsson & Segesten, 2004; Essex & Benz-Scott, 2008; Halpern mtsai, 2009; Mildenhall, 2012). A munkahelyi szabályai szabályozzák a viccelődés kontextuális elemét. A legtöbb esetben a nyilvánosságon kívül (például a vezető fülkében vagy a személyzeti szobában) történik a „kulisszák mögött”. Gyakran előfordul, hogy a humort nem osztják meg a családdal és a „külső” barátokkal, mivel ők is felismerik, hogy nem fogják értékelni durva jellegét (Mildenhall, 2012).

- Történetmesélés („sztorizgatás”)

A narratív mesélést, mint megküzdési stratégiát ritkán ismerik el önálló egységként és valójában a kommunikáció alapvető velejárájának, stratégiai formájának tekintik más megküzdési stratégiákban, mint például a társadalmi támogatás, a humor (Mildenhall, 2012). Tangherlini vizsgálataiból kiderült, hogy a mentősök egyrészt a mesélést használják a segélyhívások és a napi gondok informális feldolgozására, mely fokozza a csoport kohéziót, a csapatmunkát és a társadalmi támogatást. Másrészt a narratív mesélés érzelmi távolságot teremthet a mentődolgozó és a beteg között, segítve ezzel a megbirkózást. Úgy tűnik, hogy a történetmesélés, mint megküzdési mechanizmus alul vizsgált és alulértékelt. Nem szabad figyelmen kívül hagyni a kimondott szó jelentőségét,

mint a személyes érzelmekre, gondolatokra és a pszichológiai megküzdésre gyakorolt hatását (Tangherlini, 2000; Mildenhall, 2012).

- Káros magatartások, szokások.

Az ez irányú felmérések jelentős részében a mentődolgozók alkoholt használtak rövid távú megküzdési stratégiaként annak ellenére, hogy a válaszadók nem találták hasznosnak. Az alkoholhatás az érzések tagadásának egyik formáját jelenti, ugyanakkor az is valószínű, hogy az alkoholt relaxációs segédeszközként használják. Ward és munkatársai (2006) felvették, hogy nincs összefüggés a stressz hatás expozíciója és az alkoholfogyasztás között. Későbbiekben Sterud és munkatársai megerősítették, hogy a jelentős stressz és a túlzott alkoholfogyasztás között a sürgősségi dolgozóknál nem mutatható ki egyértelmű kapcsolat. Így talán levonható az a következtetés, hogy a mentődolgozóknál nem biztos, hogy az alkohollal való visszaélés összefügg a munkahelyi stresszel, azonban további szisztematikus kutatásokra van szükség a témában. A személyes szokásokat vizsgáló tanulmányok során figyelembe kell venni, hogy a résztvevők tartózkodhatnak az alkohol, gyógyszer vagy kábítószer használat gyakoriságáról szóló információk közzétételétől, vagy hamisíthatják az adatokat az ezzel kapcsolatos súlyos foglalkozási és társadalmi következményektől való félelem miatt (Ward, Lombard & Gwebushe, 2006; Sterud, Hem, Ekeberg & Bjørn, 2007; Mildenhall, 2012).

## **2.10 Szülői bánásmód bemutatása**

„A szülői bánásmód olyan, a gyermekkel kapcsolatos attitűdök összessége, amelyek egy jellegzetes érzelmi klímát alakítanak ki és teret adnak a szülői viselkedés megnyilvánulásainak” (Darling & Steinberg, 1993, 488. p.; Lantos, 2015, 15. p.).

### **2.10.1 A szülői nevelési attitűdöket vizsgáló irányzatok**

#### **2.10.1.1 Schaefer és Becker modelljei**

Schaefer (1965), aki a szülői nevelési attitűdök cirkumplex modelljét dolgozta ki, és két dimenzió mentén osztályoz: az autonómia-kontroll és a szülői szeretet-gyűlölet. Becker szinte párhuzamosan Schaeferrel ezt a két dimenziót az érzelmi melegség-hidegségnek és a korlátozás-engedékenységgel nevezi (Ranschburg, 1975). Becker megítélésében az

érzelmi dimenzió a szülői szeretet és melegség. Fő végpontjai a szerető, elfogadó, meleg, illetve érzelmileg elutasító, hideg szülői megközelítés. Rávilágít az érzelmek és a büntetés minőségbeli összefüggéseire. Az elutasító szülők a fizikai büntetés, valamint a lelki fenytésen keresztül mutatják meg hatalmukat. A gyermek tetteit azonosítják a személyiséggel. Az elfogadó szülők a meglévő szeretetet hasznosítják a büntetés során. A felmerülő problémát érveléssel, magyarázattal támasztják alá, ezzel a büntetés ellenére is fenntartva a jó kapcsolatot. A tettet minősítik, a gyermek személyiségének teret adnak a változásra. Ebben az esetben jobban fejlődik a büntudat, az akaraterő, felelősségvállalás, őszinteség, megfelelő szinten kifejezetté válik az önkritika. A gyermeki agresszió ebben az esetben háttérbe szorul, köszönhetően annak, hogy a gyermek ragaszkodása nincs elutasítva. A kontrolldimenzió belüli engedékenység szabad utat ad a viselkedésben, feloldja a gátlásokat, míg a korlátozás megeremti és megerősíti a korlátokat.

*A hideg, elutasító szülők* gyermekei hajlamosak az agresszióra, az externalizációra, belső fékrendszerük gyenge. Ha ezt a szülő a kontroll hiányával gátlástalanítja, akkor nyílt agresszió, delikvens magatartás, antiszocialitás jelenik meg. Ha a szülő szeretetlenségét erős korlátozással kíséri, akkor a ki nem élhető agresszív tendenciákat a gyermek önmaga ellen irányítja, melynek következtében neuroticitás, szuicid gondolati tartalmak, önpusztító impulzusok jelenhetnek meg (Becker, 1964).

Szülői szeretetet és meleget kapó gyermekeknél a belső fékrendszer megerősödik (moralitás, lelkiismereti funkciók). Engedékenység, gyenge kontroll mellett a gyermek kreatív, barátságos, nyitott, vezető hajlamú lesz. Korlátozás esetén a gyermek tekintélytisztelőbb, kevésbé lesz kreatív és szociálisan érzékeny (Becker, 1964).

Schaefer szerinti megközelítésben az első (érzelmi) dimenzió alapja, hogy milyen a szeretet vagy annak hiányának megnyilvánulása. A mérce egyik végén a gyermek elfogadása, a pozitív érzelmek kimutatása áll, a másik végén a gyermek elutasítása, negatív érzelmi reakciók láthatóak. A második dimenzió alapja a gyermek függetlenségének támogatása. Ebben az esetben a mérleg egyik végén az engedékenység, a gyermek önállóságának támogatása, míg másik végén a túlvédés, az a túlzott kontrolálás látható (Schaefer, 1965).

### 2.10.1.2 Ranschburg modellje

Ranschburg Schaefer megközelítését dolgozta át, meleg-hideg, valamint korlátozó-engedékeny fogalmakat hozva létre. A *meleg-engedékeny* szülők bátorítóak, gyermekük iránti szeretetüket éreztetik. Ezen szülők nem ragaszkodnak merev szabályokhoz. Az engedékenység lényege ebben az esetben egy elvi partnerségi viszonyon alapul, a gyermeket egyenrangúnak tekinti, lehetőséget biztosít a párbeszédre. A *hideg-engedékeny* nevelési stílus esetében a gyermek elhanyagolást él meg. A megfelelő szabályok hiánya a gyermekkori agressziót, míg a *hideg-engedékeny* légkör a deviáns viselkedést segíti elő. A *meleg-korlátozó* szülők nagy szeretettel veszik körül a gyermeket, de önállóságukat korlátozzák, mely szorongáshoz vezet. Itt a gyermekkori erőszakosság, agresszió szintén jellemző lehet. Ennek fő oka, hogy ebben az esetben, a gyermekben, a sokszor értelmetlen korlátozás miatt frusztráció alakul ki (Ranschburg, 1975).

### 2.10.1.3 Baumrind modellje

Ezen modell egy lényeges ponton kérdőjelezte meg Becker modelljét, ugyanis bemutatta, hogy az engedékenység és a kontroll sokkal összetettebb nevelési következményekhez vezetnek. Egyik eltérő nézőpontja, hogy a szülői nevelői stílusok gyermeki következményeit is kutatta. A gyermekeket a viselkedéssdimenziók alapján három nagy csoportra osztotta: a kompetensekre, a visszahúzóókra, valamint az éretlenekre (Baumrind, 1967, 1980). Baumrind vizsgálatai megcáfolni látszanak Becker azon nézetét, hogy a kontroll meggátolja a kreativitás fejlődését. A kompetens gyermekek szülei amellett, hogy érveltek és megbeszéltek a szabályokat, a gyermeket szigorúan kontrollálták, és érett viselkedést vártak el tőle. Megfigyelései alapján három nagy szülői viselkedésmintázatot fedezett fel (Baumrind, 1967):

- *tekintélyelvű (autoritariánus) szülő*: lényegében szülőcentrikus, nem tűri, hogy a gyermek megkérdőjelezze döntéseit, legfontosabb nevelési elvnek az engedelmisség megkövetelését tartja, az általa elképzelt és létrehozott szabályokba a gyermeknek nincs beleszólása.

- *mérvadó (autoritatív) szülő*: lényegében gyermekközpontú és követelmények elé állítja a gyermeket, a szabályok betartása nagy jelentőséggel bír, ugyanakkor szükség esetén,

megfelelő keretek között a gyermek szabadsága biztosított, igyekeznek megmagyarázni az eseményeket, lehetőség szerint a gyermek szintjének megfelelően.

- *engedékeny (permisszív) szülő*: teljesen, csak már túlzóan gyermekközpontú, kerülni igyekeznek a kontrollt, a különböző büntetéseket és a konfliktusokat. Feltétel nélkül elfogadják a gyermek kívánságait, kéréseit, nem követeli meg a felelős viselkedést, valamint a rendet, a szabályokat opcionálisan kezeli. A modell a nevelői stílusokat összefüggésbe tudta hozni a gyermek későbbi viselkedéseivel:

- *tekintélyelvű szülők gyerekei*: kezdeményező készségük visszafogott, kerülik a társas érintkezéseket, szociális kompetenciájuk jelentős hiányosságokkal küzd, konfliktus esetén sokszor meghátrálnak, elfojtanak, elkerülőek. Kevésbé érdeklődőek, kissé elmaradnak társaiktól.

- *irányító szülők gyerekei*: elégedettség jellemzi őket, nagyobb önállóságot és önkontrollt gyakorolnak, fokozottabb feltáró jellegű viselkedés jellemzi őket az új helyzetekben.

- *engedékeny szülők gyerekei*: éretlenek, nehézséget okoz nekik az azonnali készletések fölötti uralom, a felelősségvállalás és az önállóság társas helyzetekben.

Baumrind többek között nemi különbségeket is felfedezni vélt. A tekintélyelvű szülők fiú gyermekeinek nagyobb problémáik voltak a tekintéllyel, a tiszteletadással, haragjukat gyakrabban juttatták kifejezésre, az irányító szülők lányai nagyobb önállóságot mutattak, fiaik pedig felelősségteljesebbek voltak. Baumrind serdülőkorig követte a vizsgált szülőket és gyermekeiket, amely alapján elmondhatta, hogy az autoritatív típus pozitív következményei serdülőkorban is megmaradtak. A tekintélyelvű szülői stílus fiúkra károsabb hatással volt, mint a lányokra, ezek a fiúk rosszabb szociális kompetenciákkal rendelkeztek, alacsonyabb intellektus és iskolai teljesítmény jellemezte őket, emellett alacsony volt az önértékelésük is. Fontos következtetése, hogy a melegség vagy a kontroll önmagában nem vezethet optimális nevelői környezethez, a kettő harmonikus, megfelelő kombinációja járul hozzá a gyermek kiegyensúlyozott szocializációjához (Baumrind, 1993).



#### **2.10.1.4 Maccoby és Martin összefoglaló modellje**

Maccoby és Martin modellje egyesíti Becker és Baumrind modelljeit. A Becker-féle két dimenziót kiegészíti Baumrind háromfokozatú leírásával, és ezáltal létrejött egy negyedik szülői típus, az elhanyagoló/nem involvált szülő. Lényegében szülőközpontú, a lehető legkevesebb időt és energiát fordít a nevelésre. Ezt a nevelési stílust depresszív szülők, illetve családi krízisek esetén tapasztalták leggyakrabban, így kapcsolatba hozható a szülők személyiségvonásaival és negatív életeseményekkel. Két dimenzió alapján jellemzi a nevelési stílusokat. Az első a szülői korlátozás mely a szigorú korlátoktól a nagyobb mértékű autonómiáig terjed. A második dimenzió a szülő gyermekhez fűződő érzelmi viszonyát jellemzi a meleg és szeretetteljes hozzáállástól a hideg és közömbös magatartásig. A két dimenzió négy alapvető szülői stílust hoz létre, ezek a következők: korlátozó, követelő, ellenőrző, parancsoló; engedékenység, nem követelő, kevésbé korlátozó; gyermekközpontú, érzékeny, válaszolókész, elfogadó; szülőközpontú, érzéketlen, nem válaszolókész, elutasító (Maccoby & Martin, 1983; Csomortáni, 2014; Lantos, 2015)

#### **2.10.1.5 Kozéki féle összefoglaló modell**

Kozéki megközelítése szerint a gyermek normarendszerének kialakulásában jelentős szerepe van a határozottságnak, következetességnek és az állhatatosságnak. Lényegi pontja a szülői szeretet, amely megfelelő módon szabályozza a szülői akarat megnyilvánulását és ezáltal a gyermek hatékony nevelési „eszközüvé” válik. A modell újdonsága a plaszticitás faktor megjelenése, ami a szülői nevelő tevékenység rugalmas alkalmazkodását jelenti a gyermekhez, az aktuális helyzethez, környezethez. Ezek alapján a nevelői magatartás következő dimenziói jönnek létre: a család emocionális klímája, érzelmi hőfoka (hideg-meleg); a nevelési rugalmasság, a korlátozás-védelem plaszticitása (nyílt-zárt, rugalmas- rugalmatlan); a követelményekre való határozott odafigyelés, erő, a közvetített értékek átadása (erős-gyenge).

A fentiek alapján nyolc nevelői stílust állít elénk:

- Hideg, demokratikus (hideg, nyílt, erős)

A szülők egyenrangú partnerként próbálják kezelni gyermeküket, elvárásaikkal igazodnak a gyermek képességeihez, mely nagyfokú figyelmet igényel a szülők részéről.

Gyermekük felé igyekeznek hatékony támaszt, következetes hozzáállást biztosítani, de a szeretet hiányosságai miatt, a konfliktusok nyomán kialakuló agresszió nehezen oldódik fel. Ezen nevelés stílus következtében a gyermek szigorú normarendszert épít be, agresszióját szocializált formában (ez irányú szakmaválasztás) éli ki, törekvő, empátiás készsége gyengébb, könnyen mond ítéletet mások felett, együttérzése alacsonyabb szintű.

- Elhanyagoló (hideg, nyílt, gyenge)

A szülő támasz nélkül hagyja gyermekét, aki frusztrációkkal küzd, ebben a nevelési folyamatban a korlátozás szabályozó funkciója nem jelenik meg, nincs hatékonyság ezen szülői nevelésben, a támogató szülői magatartás itt semmilyen szinten nem valósul meg. A gyermek szocializációs és normarendszere nem fejlődik ki megfelelően, sokszor agresszió jellemzi az ilyen módon felnőtt személyeket. Hajlamosak a kriminalizmusra.

- Drilles nevelés (hideg, zárt, erős)

Ezt a szülői stílust a kifejezett vasfegyelem, érzelmi ridegség, a rugalmasság teljes hiányából adódó merev parancsuralom, megfélemlítés, túlzott büntetés jellemzi. Következésképpen a gyermek fokozottan szorongóvá válik, nem meri kifejezni a korlátozás miatt keletkezett agresszióját, cselekedeteit a félelem irányítja, a belső agresszióit hajlamos önmaga ellen irányítani, szigorú lelkiismerete súlyos belső konfliktusokat hoz létre.

- Diszharmonikus (hideg, zárt, gyenge)

A szülői tehetetlenségből ered, a gyermekeken lecsapódó gyakori következményes büntetéssorozat súlyos következményekkel jár. A szülői attitűdök változékonysága, a szülők eltérő, sokszor egymásnak ellentmondó személyisége tovább rontja a helyzetet, a gyermek fejlődését. Ez az úgynevezett neurotizáló családi légkör, a gyermek pszichés nehézségei akár a személyiségzavar szintjét is elérhetik. A gyermek szempontjából kiemelkedő jelentőséggel bír az azonos nemű szülői minta alkalmassága. A lányok esetében a legrosszabb a hideg, korlátozó és merev anyai, fiúk esetén a gyenge és vezetésképtelen apai viselkedés.

- Harmonikus (meleg, nyílt, erős)

Szeretetteljes családi légkör, kinyilvánított szülői bizalom jellemzi, a követelmények a gyermek képességeihez rugalmasan alkalmazkodnak, az elvárások ennek megfelelően

következetesek, ami megnyugtató erőt, stabilitást és védelmet biztosít. A gyermek megérti, hogy a szülői korlátozás, szabályozás az Ő érdekében történik. Következményeként az ilyen nevelésben részesülő gyermek szociálisan érzékeny, megfelelő önkontrollal rendelkezik, felelősséget tud vállalni tetteiért, úgynevezett etikus személyiséggé válik, mely ideális alapot biztosít a segítő szakmát választók számára.

- Liberális (meleg, nyílt, gyenge)

Szeretetteljes és bizalmi családi légkör jellemzi, a követelmények rugalmasak, a gyermek képességeit tekintik kiindulóalpnak viszont jelentős hátránya, hogy a szülői vezetés kifejezetten gyenge, nem mutat megfelelő erőt, így hatékonysága megkérdőjelezhető. Ennek következtében a gyermek nem éli át azokat a szükséges akadályokat, melyekkel későbbi élete során találkozni fog. Következményként a gyermek önálló, kreatív, szociálisan érzékeny lesz, de az önérvényesítésben túlzásokra hajlamos, ésszerű korlátokat nehezen tud betartani.

- Ambiciózus (meleg, zárt, erős)

Kedvező családi légkört, megfelelő támaszt nyújtanak a gyermek számára, de a rugalmasság hiánya, a merev korlátozás belső feszültséget hoz létre, a meghatározott elvárásokat mindig teljesíteni kell. Következményesen bár a gyermek szorgalmas, kötelességtudó, lelkiismeretes lesz, de a teljesítményét a kudarckerülés motiválja majd, az igazi sikerélményt nem tudja teljességében átélni.

- Túlvédő (meleg, zárt, gyenge)

Ebben a nevelési stílusban a szülők helyette, nem érte tesznek meg mindent. Az ilyen nevelés következménye az lesz, hogy a gyermek nem mer kilépni a biztonságos családi kötelékből. Külső hatásokra érzékeny, hajlamos az elzárkózásra, intravertáltságra. Felkészületlen a felnőttkori konfliktusokkal szemben. Önállótlan, függő szociális és párkapcsolati viszonyok jellemzik, indulatait elfojtja, mely felhalmozódva belső feszültségeket generálnak. (Kozéki, 1975, Csomortáni, 2014).

### **2.10.2 Túlvédés, mint korunk egyik nagy felfedezettje**

A túlvédés napjainkban egyre nagyobb jelentőséget kap, szélesebb körben kutatják és tárnak fel lényeges információkat ezzel kapcsolatban, Egyre több olyan megerősítés érkezik, hogy csaknem ugyanolyan károkat tud okozni, mint az elhanyagolás, de hosszú

távú következményeiről még mindig keveset tudunk (Moskola mtsai, 2020; Csomortáni, 2013; Csomortáni, 2014).

A túlvédés eredetileg pszichoanalitikus eredetű. A fogalom eredetileg a szülő- gyermek kapcsolatra vonatkozott. Lényegi háttere az, amikor a túlvédő szülő megpróbálja megvédeni gyermekét az élet természetes veszélyeitől, bizonytalanságaitól. Ez a magatartás általában túlzó és nem egészséges. Pszichoanalitikus magyarázata szerint e jelenség lényege a *reakcióképzés*: a szülőnek elfojtott ellenséges érzései vannak gyermekével szemben, ezért megjelennek a gyermek bántalmazásáról szóló gondolatok, víziók. Következésképpen aktiválódik a szülő pszichés elhárító rendszere, annak érdekében, hogy megvédje az eget a negatív érzelmekkel való szembesüléstől, az ellenségességet átalakítja túlzott gyengédséggé, szeretetté. Ennek a szeretetnek a mesterséges reakciója a szülői gondoskodás kényszeres megnyilvánulása.

Csomortáni meghatározása szerint a pszichológiai túlvédést úgy definiálhatjuk, „mint a szülő-gyermek, segítő-segített kapcsolatokban megjelenő szélsőséges magatartásformák csoportját, melyekben a szülő/segítő védő-, támogató-, kontroll funkciója indokolatlanul kerül túlsúlyba a gyermek/segített felkészítését-, autonómiájának növekedését elősegítő funkciókkal szemben” (Csomortáni, 2005; Csomortáni, 2014). Kiemelendő, hogy túlvédés nem csak szülő- gyermek kapcsolatban jelenik meg, potenciálisan jelen van minden aszimmetrikus szerepviszonylatban (tanár-diák, orvos-beteg, főnök-beosztott (Parker, 1983).

Csomortáninak kutatásai alapján többféle, részben egymást átfedő túlvédési jelenséget sikerült elkülönítenie:

- *A túlvédés büntudatos formája*: a szülő a gyermekkel szemben érzett negatív érzései miatt büntudatot él át, amit túlzott mértékű gondoskodásával kompenzál.
- *Reaktív túlvédés*: a túlvédés kontrolláló, a gyermek önállóságát elfogadni képtelen magatartás, amely általában a szülő vezér személyiségéből adódik.
- *Szeduktív túlvédés*: a túlvédés elkényeztető formája, a szülő igényének megfelelő, szoros kapcsolat fenntartására irányul.
- *Szorongó vagy neurotikus túlvédés*: ebben az esetben a túlvédés a neurotikus szülői személyiség vagy a gyenge szülői identitásból származik.

- *Túlzott libidinális kielégítés:* a szülő túlzott mértékben elégíti ki gyermeke szükségleteit, melynek következtében a gyermek önállósága jelentősen visszaszorul.
- *Szimbiotikus túlvédés:* amikor a gyermek és az anya személyisége nem különül el megfelelő módon egymástól.

### **2.10.3 Túlvédés, mint korunk egyik nagy felfedezettje A túlvédés jelentése különböző pszichológiai irányzatok szerint**

- Levy pszichoanalitikus túlvédés elmélete

Elsőként fogalmazta meg az anyai túlvédés négy fontos jellemzőjét, melyekből az első három szoros kapcsolatban állt az anyai szorongással és a gyermekkel való túlzott foglalkozással. Ezek a következők: túlzott fizikai vagy szociális kontaktus; infantilizáció; az önállóság akadályozása; az anyai kontroll hiánya vagy eltúlzása, melynek következményes két végpontja a gyermeki agresszivitás vagy visszahúzódás. Azok a gyermekek, akik *kontrolláló/elutasító* szülői hatást tapasztaltak meg édesanyjuk részéről, a továbbiakban nehézségekkel küzdöttek a másokkal való szoros érzelmi kapcsolat kialakításában. Az *engedékeny* szülői hatás esetén a gyermeknek megengedik az agresszió szabad kifejezését anélkül, hogy az anya ezt határokkal befolyásolná (Levy, 1966; Csomortáni, 2013; Csomortáni, 2014).

- A túlvédés individuál-pszichológiai megközelítése

Adler szerint a túlvédés az anya és gyermeke között időn túl fennmaradó eltúlzott kapcsolat, ennek következtében az önállóság jelentős károkat szenved. Az individuál-pszichológiai megközelítés alapján a túlvédés értelmezése kiterjed a gyermekek életfeladataira is. A szülő olyan feladatokat vállal át gyermekétől, amit az egyedül is végre tudna hajtani. Ennek következtében a gyermek nem találkozik azokkal a szituációkkal, amelyből konstruktív tapasztalatban részesülhetne (Brezsnyánszky, 1998).

- A túlvédés jungi pszichológiai megközelítése

Ebben az értelmezésben a túlvédés egy olyan kifejezetten szoros kapcsolat szülő és gyermeke között, amely miatt minden leválási kísérletet személyes tragédiaként élnek meg. Jung szerint a túlvédés alapja a gyenge, kontrolláló szülő. Az ilyen környezetben felnevelődő gyermek a „szülői elszakadást” követően környezetéből próbálja pótolni a korábban a szülők által biztosított pozitív érzéseket, de mind hiába, a kialakult frusztráció

agresszióba torkollik, amelyet nem tud kinyilvánítani környezete fel, így egy depressziós állapot jön létre (Jung, 1997).

- A túlvédés szociálpszichológiai megközelítése

Amennyiben a gyermek a megkövetelő, apai szeretet nélküli, csak a végtelenségig elfogadó, védő anyai szeretet tapasztalja meg, úgy lelki fejlődését jelentős csorba éri. Az ilyen túlvédő anya saját szorongását akaratlanul is áthelyezi gyermekére. Gátolja felnövekedését, gyámoltalanság felé vezeti. A gyermek ennek hatására azt várja, hogy gondoskodjanak róla, hiányzik belőle a fegyelem, a függetlenség, az élet önálló irányításának képessége, kapcsolataiban legtöbbször tekintéllyel, hatalommal rendelkező anyai helyettesítőt keres magának (Fromm, 2000).

- Parker féle megközelítés

A szülői túlvédés vizsgálatának Levy utáni második nagy hullámának egyik legjelentősebb képviselője. Klinikai tapasztalatai alapján azt állította, hogy a jelenség számos pszichiátriai kórkép háttértényezőjeként kimutatható. A túlvédést két nagy megnyilvánulási formában jellemezte: az egyik a *gondoskodás elégtelensége*, a másik a *túlzott kontroll*. Parker az anyákon kívül az apákra és a többi szocializációs szereplőre is kiterjesztette a túlvédés hátterének feltárását. Vitathatatlan érdemei közé tartozik, hogy kifejlesztette az első ez irányú pszichológiai mérőeszközt, a Parental Bonding Instrument (PBI-Szülői Bánásmód Kérdőív) kérdőívet. A kötődést vizsgáló eszközök egy általános kapcsolódási háttérpotenciált vizsgálnak, míg a kapcsolódás és így a PBI egy megvalósuló kapcsolati minőséget jelez. A mérőeszköz két dimenzió mentén vizsgálódik, az egyik a *védelem* (két végpontja a kontroll, túlvédés és autonómia, engedélyezés) a másik a *gondoskodás* (két végpontja a gondoskodás, törődés, illetve az érdektelenség és elutasítás). A gyermekkorban megélt szülői attitűdöket méri a felnőttek visszaemlékezései alapján (Parker, 1983; Tóth & Gervai, 1999).

- Perris féle európai felmérések, az EMBU kialakítása.

Perris csaknem egy időben Parkerrel, hasonló gondolati elvek és célok mentén társaival együtt - európai válaszként - létrehozta a szülői nevelői attitűdöket a gyermek szemszögéből vizsgáló Egnä Minnen Beträffande Uppfostran (EMBU) kérdőívet. A szerzők faktoranalízis útján 4 alskálát találtak, név szerint az elutasítást, érzelmi

melegséget, túlvédést és a kivételezést. A vizsgálatokból kiderült, hogy mindegyik nem az azonos nemű szülőt tartotta elutasítóbbnak, míg a szülők érzelmi melegsége anyák esetén nagyobb volt. Az anyai túlvédésben a férfiak és az egyedül, testvér nélkül nevelkedők szignifikánsan magasabb értéket értek el, de az egész mintán érzékelhető volt egy túlvédés tendencia az anyákra vonatkoztatva. A kivételezésben minden nem az ellentétes nemű szülőt értékelte magasabbra. Egy nemzetközi, 25 ország bevonásával készült EMBU kérdőíves vizsgálat során a három első skála változatlan maradt a különböző vizsgált populációkban, de a „kivételezés” nem volt fenntartható, így későbbiekben ezt a skálát meg is szüntették. A különböző kérdőív változatok visszaigazolták a szorongásos zavarok és az alacsony érzelmi melegség, magas védelem mintázat erős együttjárását minden életkorban és kultúrában. (Arrindell mtsai, 1994, 2005; Moskola mtsai, 2020).

#### **2.10.4 A szülői bánásmód kapcsolatai a személyiségfejlődéssel**

- **Önértékelés**

Sikerült összefüggést találni a szülői bánásmód és az önértékelés között. A kutatási eredmények azt mutatták, hogy az alacsony szintű anyai odafigyelés és az emellett megjelenő túlvédés felnőttkorban alacsony szintű önértékeléssel, és negatív gondolkodásmóddal párosul. Ugyanezt sikerült kimutatni az apai túlvédés vonatkozásában. Így már tudjuk, hogy a szülői elhanyagolás és elutasítás alacsonyabb önértékeléshez, valamint magasabb stressz szinthez vezet (Hall, Peden, Rayens & Beebe, 2004; Backer-Fulghum, Patock-Peckham, King, Roufa & Hagen, 2012).

- **Depresszió**

Több kutatás foglalkozott már a depresszió és a szülői bánásmódok összefüggéseivel is. Azt találták, hogy depressziós betegek körében lényegesen magasabb számban fordult elő szülői neveltetésük során a túlvédés és alacsonyabb szintű a szülői odafigyelés, amely mellett magasabb szintű önvád és kevésbé hatékony önkontroll volt észlelhető (Richter, Eisemann & Ferris, 1994; Sharma, Yadava & Deshmukh, 2011; Handa, Ito, Tsuda, Ohsawa & Ogawa, 2009).

- **Dependenciák**

A dependenciák esetében a szülői kontroll védőfaktoraként jelenik meg, vagyis a kutatások azt mutatták, hogy a szülői kontroll, valamint a szülői támogatással való elégedettség kevesebb alkohol- és marihuána-fogyasztással, valamint alacsonyabb mértékű dohányzással járt együtt (Kovács & Pikó, 2010).

### **2.10.5 A szülői bánásmód és a megküzdés kapcsolata**

A megküzdési stratégiák a szocializáció, ezen belül is elsősorban a családi szocializáció során alakulnak ki. A családi szocializációs hatásokban keletkező zavar a személyiségfejlődés zavarához vezethet, amely megnehezítheti az egyénnek a környezetéhez való megfelelő alkalmazkodását. A depresszív élményfeldolgozási módot közvetlen kapcsolatba hozták a túlvédő szülői magatartással, mely nem megbetegítő hajlam, hanem a konfliktusokhoz való alkalmazkodás jellegzetesen egyoldalú, de korrigálható alternatívája. Ezen és más nem adaptív megküzdési stratégiák a különböző testi, mentális megbetegedések előidézésében, fenntartásában és kiújulásában jelentős szerepet játszanak. (Várfiné Komlói, Vass & Rózsa, 1997; Margitics & Pauwlik, 2006). A megküzdéssel kapcsolatos további kutatási eredmények alapján felvetődik az a lehetőség, hogy a személyiség fejlődésére elsősorban nem az van befolyással, hogy a szülők előnyös vagy előnytelen tulajdonságokkal rendelkeznek a nevelés során, hanem hogy a gyermek milyen képet alakít ki szüleiről, milyen belső képmás jön létre a neveltetésük során. Kashani által végzett kutatás alátámasztotta ezt a felvetést, ugyanis vizsgálatában jól alkalmazkodó, pozitív megküzdéssel bíró serdülők és pszichés zavarban szenvedők között abban talált különbséget, hogy az utóbbiaknál a szülőkről kialakított kép negatív volt. (Kashani, Rosenberg, Beck, Reid & Battle, 1987; Csorba, Papp, Simon & Simoni, 1998; Margitics & Pauwlik, 2006).



### 3. CÉLKITŰZÉSEK

Egy olyan átfogó vizsgálatot tűztünk ki általános célul, amely a kivonuló mentődolgozók halálattitűdjét, ezen belül a halálfélelem és a halálelkerülés mértékét méri fel. Továbbá célunk volt még feltárni a legjellemzőbb megküzdési mechanizmusait, valamint a szülői neveltetésükről is releváns információt szolgáltatni. Meghatározott célkitűzésünk volt a halálfélelem és a szülői neveltetés, valamint a megküzdés között feltételezett kapcsolatok feltárása a helyszínen tevékenykedő, a haldokló vagy súlyos, életveszélyes állapotban lévő betegekkel mindennapi közvetlen kapcsolatban álló mentőpopulációban. Ezen eredményeket felhasználva olyan javaslatokat kívánunk tenni, amely a mentőmunka és a képzés hatékonyságát és minőségét növelheti. A kutatás további meghatározott célja a legjellemzőbb megküzdési mechanizmusai és szülői neveltetési hátterük azonosítása, valamint e tényezők és a halálfélelem lehetséges kapcsolatainak feltárása.

#### 3.1 Kutatási hipotézisek

- Feltételezzük, hogy a kivonuló mentődolgozók körében a semleges elfogadás a leggyakrabban előforduló halálattitűd, de nem elhanyagolható szinten a halálfélelem is jelentős mértékben megjelenik a vizsgált mintában.
- Feltételezzük, hogy a kivonuló mentődolgozók körében a problémaelemzés megküzdési mód az, amely a leggyakrabban alkalmazásra kerül.
- Feltételezzük, hogy a kivonuló mentődolgozók fiatalkori neveltetése során tapasztalt leggyakoribb szülői bánásmód az anyai melegség.
- Feltételezzük, hogy a kivonuló mentődolgozók fiatalkori neveltetése során tapasztalt anyai és apai korlátok, valamint apai beleszólás pozitívan befolyásolják a halálfélelem megjelenését.
- Feltételezzük, hogy a kivonuló mentődolgozók fiatalkori neveltetése során észlelt szülői aggodás az érzelmközpontú megküzdésre gyakorolt hatáson keresztül negatívan befolyásolja a halálfélelem megjelenését.

## **4. MÓDSZEREK**

### **4.1 Adatfelvétel**

A kutatási tervet kérelmünkre a KEB megvizsgálta és jóváhagyta, ETT TUKEB 11994-/2018/EKU számon szakmai-etikai engedélyt adott ki. A vizsgálat alapjának tekinthető kérdőívet elektronikus formában tettük hozzáférhetővé a mentőpopuláció számára. Az Országos Mentőszolgálat engedélyével a kérdőívet a belső, zárt e-mail felületen osztottuk meg, így minden kivonuló dolgozó a munkahelyi e-mail címére megkapta az online linket, amelyen keresztül tájékoztatást és beleegyezést követően anonim módon válaszolhatott a vizsgálati kérdésekre (a felmérés időszakában n=6412 fő, a férfiak aránya 88%, a nők aránya 12%). Ezen felül a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara mentésügyi szekciójának tagjai (a felmérés időszakában n=4502) is megkapták a kérdőívet, így biztosítva azt, hogy azon kivonuló mentődolgozók, akik nem az Országos Mentőszolgálatnál, hanem a magánszektorban kivonuló mentőtevékenységet végeznek, részesei lehessenek a felmérésnek. Alapsokaságnak e két szervezet tagjainak átfedéssel létszámát tekintettük, mely összesen 6612 fő. A kérdőív első részében rákérdezéssel próbáltuk azt biztosítani, hogy ugyanaz a személy ne töltsen ki többször a kérdőívet. Amennyiben a „Kitöltötte már ezt a kérdőívet korábban?” kérdésre az „igen” választ jelölték be, az online felület további kérdést nem tett fel és a kérdőív lezárult. Az adatfelvétel 2018. március 1-jén kezdődött és 2019. február 28-án zárult. A beérkezett 669 kitöltött kérdőívből az adatfájl tisztítását követően 626 kitöltés bizonyult elemzésre alkalmasnak.

### **4.2 Minta**

A mintavételi eljárás valószínűségi mintavételnek tekinthető, hiszen a mentőpopuláció minden egyes tagjának volt esélye a bekerülésre (nullánál nagyobb valószínűséggel), de véletlen (random) kiválasztás nem történt. A felmérés, egy egységes adatbázisban szereplő, az egész országot lefedő, minden kivonuló mentődolgozó hivatalos e-mail címét tartalmazó zárt csoportban történt. A minta nemre vonatkoztatva reprezentatívnek tekinthető, hiszen az Országos Mentőszolgálat adatai alapján 88% férfi és 12% nő dolgozik a szervezet keretein belül és ugyanezen arányok jellemzik a mintánkat is. A

fentieket tekintve, eredményeink alapján kellő óvatossággal, de a mentőpopulációra vonatkozó következtetéseket is levonhatunk.

### **4.3 MÉRŐESZKÖZÖK**

A kérdőív általunk összeállított szociodemográfiai, munkával kapcsolatos és bizonyos egészségmagatartási kérdéseket is tartalmazott. Vizsgáltuk a kitöltők nemét, életkorát, legmagasabb iskolai végzettségét, családi állapotát, gyermekeik számát. Érdekel minket, hogy neveltetése során hol töltötte a legtöbb időt, honnan származik (tanya, község-falu, város, megyeszékhely, főváros), milyen jellegű lakóhelyen él. A munkahellyel kapcsolatos kérdések közül kitértünk arra, hogy milyen beosztásban, hány éve és melyik megyében, régióban dolgozik a mentőknél. Ezen belül rákérdeztük, hogy milyen szintű mentőjárművön dolgozik (mentőgépkocsi, esetkocsi, rohamkocsi, MTK/MOK, légi vagy motoros jármű), havi hány órában, milyen munkarendben (változó, 12 órás, 24 órás) és összesen hány állása van. Vizsgáltuk, hogy jelenleg mennyire elégedett anyagi helyzetével. Ezen felül egészségmagatartási kérdéseket is feleltünk, mint, hogy mennyi energiatalt, kávét iszik és hogy mennyi (hány szál cigarettát) dohányt szív el naponta, milyen gyakran iszik alkoholt, valamint, hogy milyen gyakran mozog tudatosan, aktívan. A kérdéssor második részében a halálattitűdre, a szülői neveltetésre és a megküzdésre vonatkozó kérdőíveket használtunk fel, melyeket alább részletezünk.

#### **4.3.1 Revideált Halálattitűd-profil kérdőív (Death Attitude Profile-Revised; DAP-R)**

A kérdőív - ahogy a nevében is szerepel- egy átdolgozott forma. Elődjét 1987-ben Gina Gesser dolgozta ki a Torontói Egyetemen Paul T. P. Wong és Gary T. Reker-el együtt (Death Attitude Profile; DAP). Ezen kérdőív 21 itemes volt, valamint négy alskálát tartalmazott (halálfélelem, elfogadás menekülésként, várakozásteli elfogadás és a semleges elfogadás) (Gesser mtsai., 1988). További kutatásaik révén, Wong vezetésével Gesser és Reker 1994-ben kiadták az általunk is alkalmazott, revideált halálattitűd-profil kérdőívet, mely egy átdolgozott és kibővített kérdéssort tartalmazott, összesen 32 itemmel, az eddigiek mellett megjelent egy új alskála is, a halálelkerülés (Wong mtsai., 1994). Az alskálák értelmezéséről részletesen a „halál jelentése” fejezetben írtunk.

### **4.3.2 Revideált Halálattitűd-profil kérdőív (Death Attitude Profile-Revised; DAP-R) hivatalos lefordítása.**

Fontosnak tartjuk megemlíteni, hogy a vizsgálatot megelőzően, mivel hivatalos magyar nyelvű fordításra utaló eredményt nem találtunk, így az angol nyelvű skála magyarra fordítását elvégeztük, melyet két független szakfordítóval tettük meg. A magyarra fordított kérdőív angol nyelvre való visszafordítása szintén két független fordító segítségével történt. A fordításról jegyzőkönyv készült, a lefordított kérdőívvel hazai felmérést készítettünk, az eredményeket tudományos folyóiratban publikáltuk (Moskola mtsai, 2021a). A két eredményterméknek a fordítók és nyelvész szakember segítségével történő egybevetését követően megállítható volt, hogy a lefordított kérdőív megfelel az eredeti mérőeszköz tartalmi szerkezetének és használhatóságának (Moskola mtsai, 2021a).

### **4.3.3 Konfliktusmegoldó kérdőív (Ways of Coping; WOC-22)**

A kérdőív eredeti változatát Lazarus és Folkman dolgozta ki, az ebből létrehozott rövidített változatát Rózsa Sándor 2008-ban magyar populáción is validálta. Az eredeti kérdőív tételein végzett feltáró faktorelemzés alapján első körben 7 faktoros struktúra bontakozott ki: Pozitív átértékelés, Menekülés-elkerülés, Szociális támaszkeresés, Távolítás-elfogadás, Konfrontálódás, Tervszerű problémamegoldás-önkontroll, és Visszahúzó-dáskontrollvesztés-segítségkérés. A hét dimenzió a teljes variancia 41%-át írta le. A kapott faktorok összességében hasonlóak, mint amiről Folkman és Lazarus beszámolt. A 16 tételből álló rövidített Konfliktusmegoldó Kérdőívet egy országos reprezentatív vizsgálat keretében végezték el Magyarországon. Eredményeik rávilágítottak arra, hogy a különböző élethelyzeteknek megfelelő kitöltés során a megküzdés-faktorok alacsony együttjárást mutattak (átlag korreláció: 0,33). Ennek okán a validálók később létrehozták a 22 ítemes változatot, mely már magasabb korrelációt sikerült elérni. A kérdőív 4 fokozatú Likert-skálát (nem jellemző = 0, jellemző = 3) használ. A magyarországi tanulmány három fő megküzdést írt le több alszkálával, ezek a következők: *Problémaorientált* (Problémaelemzés, Kognitív átstrukturálás, Alkalmazkodás); *Érzelemorientált* (Érzelmi indíttatású cselekvés, Érzelmi egyensúly keresése, Visszahúzó-dás); *Támogatást kereső* (Segítségkérés). Ezek értelmezéséről feljebb a „megküzdés bemutatása” fejezetben részletesen írtunk (Rózsa mtsai., 2008). A mentőpopulációra

vonatkoztatva a mérőeszköz tételein végzett újbóli faktorelemzés a következő négy dimenziót eredményezte: Kognitív átstrukturálás, Feszültségredukció, Problémaelemzés, Kockázatkeresés (Moskola mtsai., 2021)

#### **4.3.4 Emlékeim a Szülői Nevelésről Kérdőív, rövidített változata (short Egna Minnen Beträffande Uppfostran; s-EMBU)**

Kutatásunk során Perris által kifejlesztett EMBU - melyet részletesebben a túlvédés fejezetben ismertettünk - 23 kérdéses változatával vizsgáltuk (s-EMBU), melyet Arrindell (1999), Magyarországon pedig Kállai (1994) alkalmazott és validált először. Eredetileg a rövidített változat 3 alskálát tartalmazott: Melegség, Elutasítás és Túlvédés. Ezek értelmezéséről a „szülői bánásmód” fejezetben részletesen tárgyaltunk. Ezen kérdőív egyszerűsíti a felvételt és rövideje miatt növekszik a kitöltési hajlandóság is (Arrindell mtsai.,1994, 2005; Moskola mtsai, 2020).

#### **4.4 Adatfeldolgozás és elemzés**

Vizsgálatunk során független mintás t-próba, varianciaanalízis (annak robusztus változatát – Welch, Tukey HSD/Games-Howell post-hoc teszt), korrelációelemzés, valamint lineáris regresszió vizsgálatokat végeztünk. Az elemzések során a szignifikancia rögzített szintje  $\alpha = 0,05$  ( $p < 0,05$  tekintettük statisztikailag szignifikáns eredménynek). A statisztikai elemzéseket IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0 (IBM Corp. Released 2012., Armonk, NY: IBM Corp.) program segítségével végeztük el.

## 5. EREDMÉNYEK

Ezen fejezet a kutatásunk során gyűjtött és elemzett adatok eredményeit mutatja be. Először a válaszadók szociodemográfiai jellemzőit majd a munkával és a munkahellyel, valamint az egészségmagatartással kapcsolatos jellemzőket szemléltetjük. Ezek után bemutatjuk azokat az eredményeket, amelyek a halálattitúd (DAP-R), a megküzdés (WOC) valamint a szülői neveltetés, bánásmód összefüggéseit tárgyalja a demográfiai, munkahelyi és egészségmagatartási tényezők tükrében. Végül a szülői nevelői attitűdök, a megküzdés és a halálelkerülés, halálfélelem kapcsolatait mutatjuk be regressziós modellekben.

### 5.1 A résztvevők szociodemográfiai jellemzői

Ahogy a teljes mentő populációban, úgy a kutatási alapmintánkban is a férfiak vannak jelentős többségben ( $n=547$ , 87,7%). A nők közül a mentőszolgálatnál dolgozók arányának megfelelően töltötték ki a kérdőívet ( $n=77$ , 12,3%). A felmérésben résztvevő kivonuló mentődolgozók 20 és 64 év közöttiek ( $M = 42,09$ ;  $SD = 10,47$ ). A férfiak és nők életkora statisztikailag szignifikáns különbséget mutatott ( $t(619) = 8,111$ ;  $p < 0,001$ ), a férfi mentődolgozók átlagosan közel 10 évvel idősebbek ( $M = 43,23$ ;  $SD = 10,20$ ), mint a nők ( $M = 34,23$ ;  $SD = 8,94$ ).

A legmagasabb iskolai végzettséget tekintve vizsgálatunkból kiderül, hogy legnagyobb arányban az OKJ végzettségűek (227 fő, 36,7%) és a főiskola/BSc szintű (198 fő, 32,0%) képzéssel rendelkezők vannak. A mintánkban résztvevő kivonuló mentődolgozók több mint a fele (337 fő, 54,6%) nem gyakorol semmilyen vallást. Családi állapot tekintetében a kutatásban résztvevők 59,2 %-a (364 fő) házas, 17,4% (107 fő) (korábban nem elvált) élettársi kapcsolatban él, így a kitöltők 76,6%-a (471 fő) társas kapcsolatban élt az adatfelvétel időszakában. A nevelt gyermekek számát illetően a válaszadók közel egynegyede gyermektelen (158 fő, 26,9%). A gyermekesek közül két gyermeket (183 fő 42,7 %), közel egynegyedük egy gyermeket, egyötödük pedig három gyermeket nevel. A kitöltők nagyobb része városban nevelkedett (249 fő, 40,6%), a minta közel egyharmada pedig faluhelyen (227 fő, 37,0%) (1. táblázat).–Legtöbben saját lakásban (társas ház) élnek (256 fő, 42,1%), valamint saját kertés-családi házban (247 fő, 40,6%) (2. táblázat).

**1. táblázat. A felmérésben résztvevő kivonuló mentődolgozók demográfiai jellemzői (Moskola mtsai, 2021a)**

<b>Iskolai végzettség</b>	<b>fő</b>	<b>%</b>	<b>Gyermekek száma</b>	<b>fő</b>	<b>%</b>
Középiskola	35	5,7	1	117	27,3
Szakközépiskola	70	11,3	2	183	42,7
Gimnázium	40	6,5	3	91	21,2
OKJ	227	36,7	4	26	6,1
Főiskola, BSc	198	32	5	9	2,1
Egyetem, MSc	47	7,6	6	1	0,2
PhD	1	0,2	7	2	0,5
<b>Családi állapot</b>	<b>fő</b>	<b>%</b>	<b>Neveltetés helye</b>	<b>fő</b>	<b>%</b>
Nőtlen/hajadon	85	13,8	Tanya	7	1,1
Élettársi viszonyban	107	17,4	Község-falu	227	37
Házasság	364	59,2	Város	249	40,6
Elvált	58	9,4	Megyeszékhely	73	11,9
Özvegy	1	0,2	Főváros	57	9,3

## 5.2 Munkával, munkahellyel kapcsolatos jellemzők

A munkahelyi beosztás tekintetében a válaszadók többsége mentőápoló státuszban van, ez a válaszadók 47,8%-ak (299 fő), 28,9 % (181 fő) pedig mentőtiszt volt az adatfelvétel idejében. A mentőszolgálatnál eltöltött évek számát vizsgálva kiderül, hogy átlagban 16,46 éve (SD = 11,32) dolgoznak a szervezetnél (minimum fél éve, maximum 44 éve). A válaszadók 22,3 %-a (137 fő) Közép-Magyarországi, 18,7 % (115 fő) Dél-Alföldi régióban él (a két legnagyobb arányú válaszokészéget mutató régió). Jelentős többségük budapesti munkahellyel rendelkezik (97 fő, 15,8%). A résztvevő mentődolgozók – ahogy fentebb bemutatásra került, megfelelően a mentőtiszt és mentőápolói részvételi többségnek- jó részük esetkocsin (276 fő, 45,6%) dolgozik. A válaszadók döntő többsége főállású (532 fő, 86,5%). A munkarend szempontjából a 24 órás műszakot választották a leggyakrabban (290 fő, 46,8%). A második helyen a változó munkarend áll (239 fő, 38,6%), illetve 14.5%-uk (90 fő) 12 órás műszakban dolgozik. Jelen vizsgálat szempontjából a fentartott munkaviszony számát is fontosnak tartjuk áttekinteni, hiszen ezen adat érzékletesen mutatja meg a mentődolgozók leterheltségét, ami a hatékony munkavégzés egyik befolyásoló tényezője lehet. Eredményeink szerint a kérdőívet kitöltők jelentős részének két állása van (252 fő, 41,4%). Öröndetes eredmény viszont,

hogy második helyen a „csupán” egy állásban tevékenykedők állnak (194 fő, 31,9%). Sajnálatos módon a mintában - még mindig magas számban - jelen vannak olyan dolgozók is, akik három vagy több állásba kényszerülnek (163 fő, 26,8%).

Az anyagi helyzettel való elégedettséget vizsgálva, azt tapasztaljuk, hogy a dolgozók több mint fele közepesen elégedett anyagi helyzetével (388 fő, 62,6%). További közel egyötödük elégedett (119 fő, 19,2%) vagy nem elégedett (113 fő, 18,2%) anyagi helyzetével (2. táblázat).

## 2. táblázat. A felmérésben résztvevő kivonuló mentődolgozók munkahelyi jellemzői (Moskola mtsai, 2021a)

<b>Beosztás a mentőszolgálatnál</b>	<b>fő</b>	<b>%</b>	<b>Munkaóra mentőszolgálatnál</b>	<b>fő</b>	<b>%</b>
Mentőorvos	24	3,8	12 óra	1	0,2
Mentőtiszt	181	28,9	24 óra	8	1,3
Mentőtechnikus	64	10,2	36 óra	4	0,7
Mentőápoló	299	47,8	48 óra	11	1,8
Mentő-gépkocsivez	58	9,3	60 óra	17	2,8
			84 óra	32	5,2
			120 óra	10	1,6
			168 óra	532	86,5
<b>Munkavégzés helye</b>	<b>fő</b>	<b>%</b>	<b>Munkavégzés mentőjármű típusa</b>	<b>fő</b>	<b>%</b>
Közép-Magyarország	137	22,3	Mgk	180	29,5
Dél-Alföld	115	18,7	KIM	82	13,4
Észak-Alföld	91	14,8	Eesetkocsi	276	45,2
Közép-Dunántúl	91	14,8	MOK/MTK	45	7,4
Észak-Magyarország	70	11,4	Rohamkocsi	22	3,6
Dél-Dunántúl	65	10,6	Mentőhelikopter	4	0,7
Nyugat-Dunántúl	46	7,5	Mentőmotor	1	0,2
<b>Lakóhely</b>	<b>fő</b>	<b>%</b>	<b>Munkaviszony száma</b>	<b>fő</b>	<b>%</b>
Bérelt lakás	86	14,1	1 állás	194	31,9
Saját lakás	256	42,1	2 állás	252	41,4
Bérelt kertescsaládi ház	19	3,1	3 állás	120	19,7
Saját kertescsaládi ház	247	40,6	4 állás	37	6,1
			5 állás	6	1



### 5.3 Egészségmagatartás, rizikómagatartások jellemzése

A dohányzás fontos egészségmagatartási tényező, számos kardiovaszkuláris, daganatos és pulmonológiai kórkép kockázati tényezője. Ezért ennek áttekintése jelen kutatás szempontjából is nagy jelentőséggel bír. Eredményeink azt mutatják, hogy a résztvevők többsége nem dohányzó (417 fő, 66,6%) viszont közel 40% -uk dohányzónak vallja magát. A dohányzók döntő többsége (144 fő, 72%) napi szinten több mint fél doboz cigarettát szív el.

Az alkoholfogyasztás tekintetében elmondható, hogy a válaszadók 50%-a (306 fő) nem, vagy csak ritka alkalmanként fogyaszt alkoholt. A naponta vagy a hetente többször alkoholt fogyasztók aránya 12,6% (77 fő).

A kitöltők 41,4 %-a (253 fő) nem vagy nagyon ritkán sportolnak és csupán a dolgozók egy negyede sportol naponta vagy hetente többször (157 fő, 25,6%) (3. táblázat).

#### 3. táblázat. A felmérésben részvevő kivonuló mentődolgozók egészség- és rizikómagatartási jellemzői (Moskola mtsai, 2021a)

Alkoholfogyasztás	fő	%	Testmozgás	fő	%
Egyáltalán nem	69	11,3	Egyáltalán nem	88	14,4
Ritka alkalmank.	237	38,7	Ritka alkalmank.	165	27
Havonta	76	12,4	Havonta	41	6,7
Hetente egyszer	95	15,5	Hetente egyszer	86	14,1
Hetente kétszer	59	9,6	Hetente kétszer	75	12,3
Hetente többször	68	11,1	Hetente többször	117	19,1
Naponta	9	1,5	Naponta	40	6,5

Dohányzás (szál)	fő	%
Nem dohányzik	417	67,6
10-nél kevesebb	56	9,1
10-nél több	144	23,3

### 5.4 A felhasznált kérdőívek összesített eredményei

Az alábbi fejezetben láthatjuk azokat az átlagokat, amelyek a három kérdőív rész válaszaiból származnak, a halálattitúd, a megküzdés (konfliktusmegoldó) illetve a szülői neveltetés eredményei kerülnek bemutatásra. Ezt követően mind a három kérdőív részletesebb elemzését is láthatjuk, összefüggéseit a vizsgált szociodemográfiai

jellemzőkkel, a munkával és munkahellyel, valamint az egészségmagatartás jellemzőivel. Ezekből körvonalazódnak majd azok a kérdőívet kitöltő személyekre jellemző mintázatok, amelyek a kivonuló mentődolgozók populációjában széleskörben is felmerülhetnek. A kivonuló mentődolgozók vizsgált mintáján a Halálattitűd (DAP-R) egyes alskálái megfelelő belső megbízhatósággal rendelkeztek (Cronbach alfa: 0,733-0,924). Faktorstruktúrája és a hozzátartozó tételek: halálelkerülés (3, 10, 12, 19, 26), várakozásteli elfogadás (4, 8, 13, 15, 16, 22, 25, 27, 28, 31), elfogadás menekülésként (5, 9, 11, 23, 29), halálfélelem (1, 2, 7, 18, 20, 21, 32), semleges elfogadás (6, 14, 17, 24, 30). A mintára jellemző átlag és szórás adatokat a 4. táblázat szemlélteti.

A vizsgált mintán a Megküzdés (WOC) hét alskálája közül három nem elfogadható belső megbízhatóságot mutatott (Cronbach alfa 0,306; 0,392, illetve 0,479). A további alskálák kérdéses megbízhatóságot mutattak (Cronbach alfa: 0,539-0,701). Így elemzéseink során első lépésben a kérdőív új, megbízható faktorait kerestük, ehhez feltáró faktoranalízist végeztünk, maximum likelihood módszerrel, Varimax forgatás alkalmazásával. A faktoranalízis végső faktorstruktúrája az eredeti információtartalom 52.93%-át őrizte meg (KMO = 0,785; Bartlett khi-négyzet = 1870,473;  $p < 0.001$ ). A négy faktor az alábbi elnevezéseket kapta az itemek tartalma alapján: problémaelemzés (1, 17, 18, 21, 22), feszültségredukció (4, 15, 16, 19), kognitív átstrukturálás (8, 9, 10, 11) és kockázatkeresés (3,13). Az új faktorok megfelelő belső megbízhatóságot mutattak (Cronbach alfa: 0,532-0,827), a mintára jellemző átlag és szórás adatokat a 4. táblázat szemlélteti. A szülői neveltetés, nevelési jellemzők (s-EMBU) kérdőív eredeti három alskálája belső megbízhatósága megfelelő volt (Cronbach alfa: 0,635-0,867). Tételei: elutasítás (1, 4, 7, 13, 15, 16, 21), melegség (2, 6, 12, 14, 19, 23), túlvédés. A további elemzésekhez a túlvédés alskáláján belül 3 további alrészlet különítettünk el: beleszólás (10, 18, 22), korlátok (5, 17, 20), aggodás (3, 11). A faktorelemzés eredményeit a 13. és 14. melléklet tartalmazza. A mintára jellemző átlag és szórás adatokat a 4. táblázat szemlélteti.

**4. táblázat: A felhasznált kérdőívek leíró statisztikai mutatói a kivonuló mentődolgozók körében (Moskola mtsai, 2021a)**

<b>Halálattitűd (DAP-R)</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>
Halálelkerülés	3,42	1,76
Várakozásteli elfogadás	3,28	1,72
Elfogadás menekülésként	3,10	1,59
Halálfélelem	2,76	1,28
Semleges elfogadás	5,88	1,19
<b>Megküzdés (WOC)</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>
Problémaelemzés	2,89	0,56
Feszültségredukció	2,22	0,66
Kognitív átstrukturálás	2,40	0,64
Kockázatkeresés	1,62	0,61
<b>Nevelési jellemzők (s-EMBU)</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>
Elutasítás (anya)	1,49	0,46
Melegség (anya)	2,99	0,67
Túlvédés - Beleszólás (anya)	1,85	0,61
Túlvédés - Korlátok (anya)	2,93	0,61
Túlvédés - Aggódás (anya)	2,29	0,72
Elutasítás (apa)	1,50	0,53
Melegség (apa)	2,73	0,77
Túlvédés - Beleszólás (apa)	1,60	0,55
Túlvédés - Korlátok (apa)	2,74	0,68
Túlvédés - Aggódás (apa)	1,99	0,69

*Megjegyzés.* M: átlag, SD: szórás

A halálattitűd kérdőív átlag pontszámait vizsgálva láthatóvá válik, hogy a minta jellemző attitűdje a semleges elfogadás. Jellemző még - átlagban sokkal kisebb értékben - a halálelkerülés. Mintánkban - bár a legkisebb átlag értékben -, de jelen van a halálfélelem is.

A megküzdési stratégiák közül a problémaelemzést használják a legnagyobb mértékben, a második helyen a kognitív átstrukturálás áll. A kockázatkeresés viszont alacsony mértékben jellemzi a mintát.

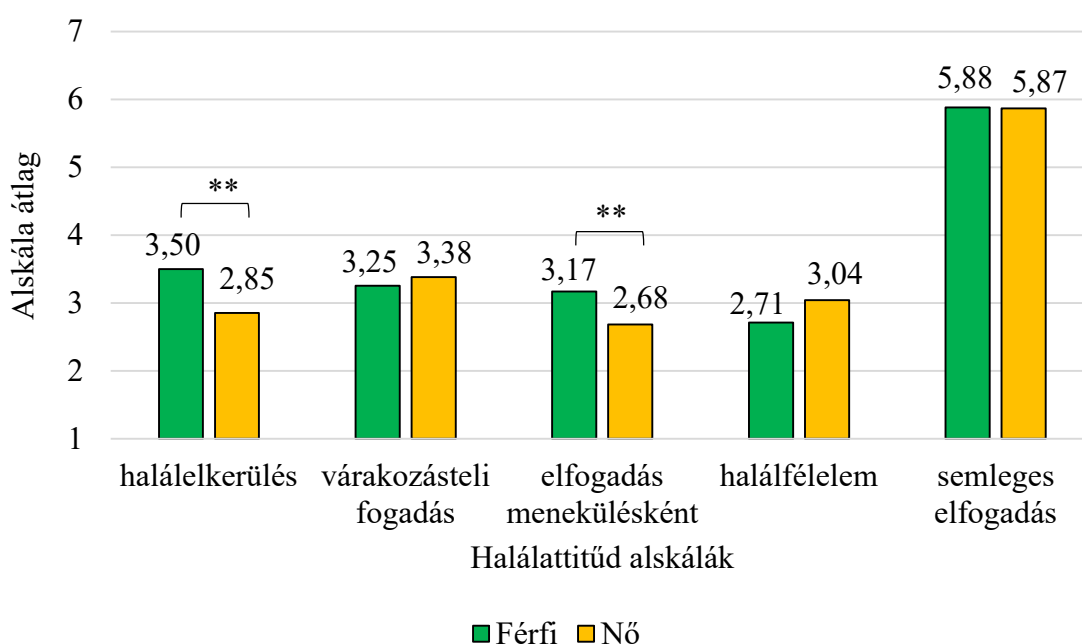
A szülői nevelésről visszamaradt emlékeket vizsgálva mindkét szülő vonatkozásában dominánsan a melegség és a korlátok voltak kiemelkedőek, azzal a különbséggel, hogy az anyai oldalról ezek nagyobb mértékben voltak jelen.

A továbbiakban a szociodemográfiai, a munka és munkahely, valamint az egészségmagatartás összefüggéseit vizsgáltuk a halálattitűddel, megküzdéssel és szülői neveléssel kapcsolatban a kivonuló mentődolgozók körében.

## 5.5 A halálattitűd vizsgálat eredményei, szociodemográfiai, munkahelyi és egészséget befolyásoló tényezők lehetséges összefüggéseinek elemzése

- Szociodemográfiai jellemzők és a halálattitűd összefüggései

Az öt alskála közül a *halálelkerülés* ( $t(599) = 2,924$ ;  $p = 0,004$ ) és az *elfogadás menekülésként* ( $t(607) = 2,819$ ;  $p = 0,006$ ) skála mutattak statisztikailag szignifikáns különbséget férfiak és nők között. Mindkét alskálán a férfiakat magasabb átlagértéket mutattak, mint a nők (1. ábra).

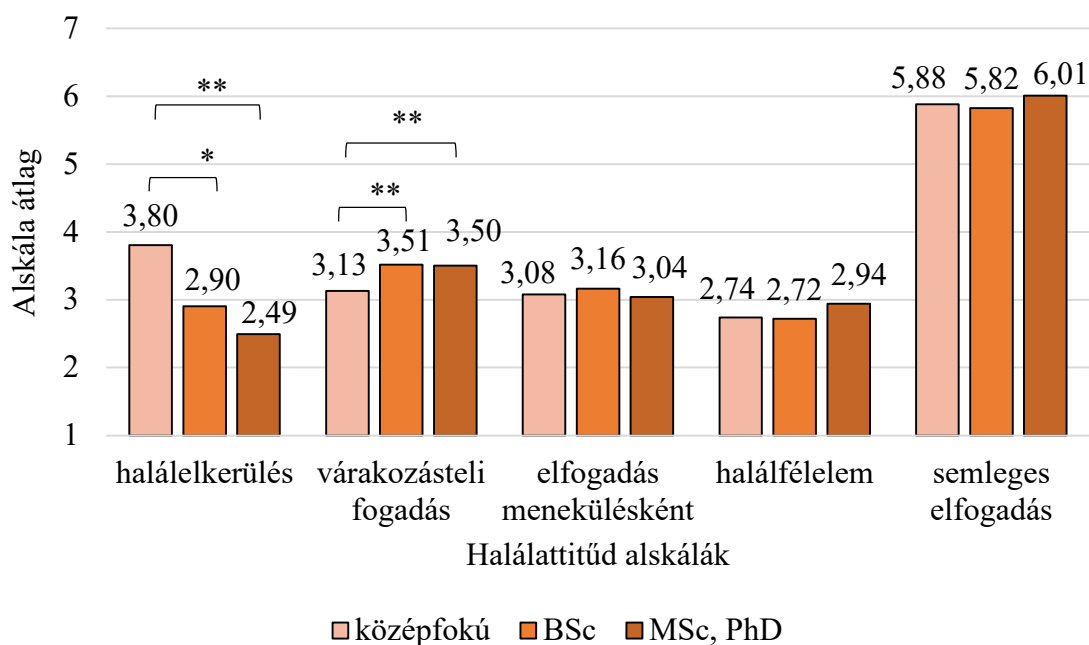


1. ábra: Halálattitűd a nem függvényében (\*\*  $p < 0,005$ )

Az életkor a *halálelkerülés* ( $r(598) = 0,147$ ;  $p < 0,001$ ) és az *elfogadás menekülésként* ( $r(606) = 0,142$ ;  $p < 0,001$ ) halálattitűdökkel mutatott statisztikailag szignifikáns, de értékében elhanyagolható kapcsolatot.

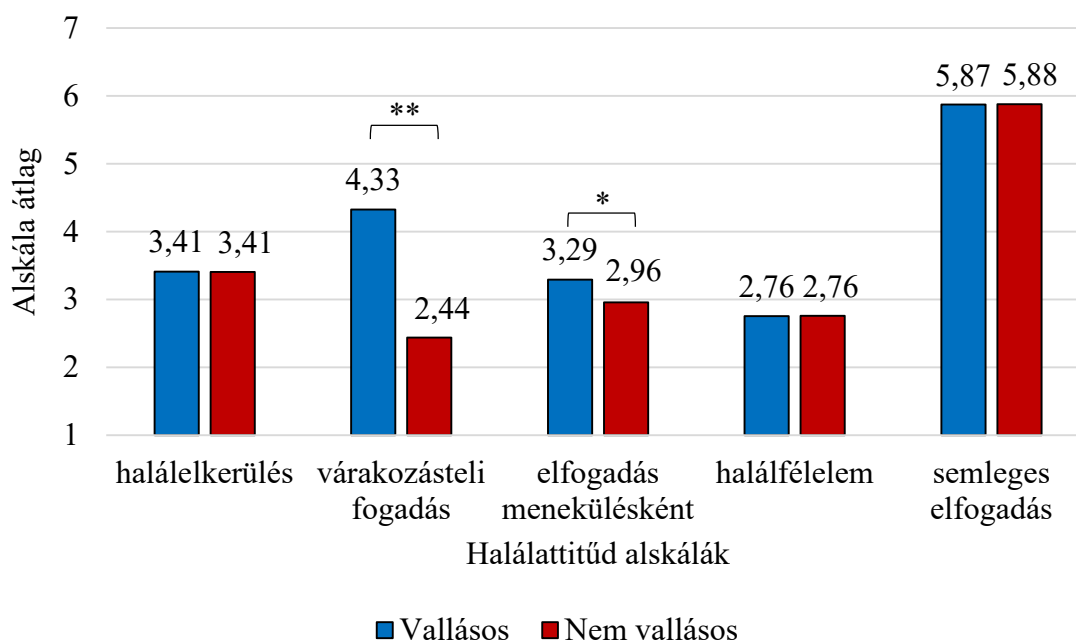
Az iskolai végzettség vizsgálata során a személyeket három csoportba soroltuk: középfokú végzettséggel rendelkezők ( $n=372$ ; 60,2%), főiskolai, BSc ( $n=198$ ; 32,0%), illetve egyetemi, MSc/PhD ( $n=48$ ; 7,8%) végzettséggel rendelkezők. A halálattitűd alskálák közül a *halálelkerülés* ( $F(2,592) = 26,368$ ;  $p < 0,001$ ) és a *várakozásteli elfogadás* ( $F(2,592) = 3,418$ ;  $p = 0,036$ ) mutatott statisztikailag szignifikáns összefüggést az iskolai végzettséggel. A post-hoc tesztek alapján a *halálelkerülés* és *várakozásteli*

*elfogadás* esetében a középfokú végzettséggel rendelkezők szignifikáns mértékben nagyobb értéket mutattak, mint a felsőfokú (BSc, MSc/PhD) végzettséggel rendelkezők (2. ábra).



**2. ábra: Halálattitűd az iskolai végzettség függvényében (\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,001$  )**

A vallásosság statisztikailag szignifikáns összefüggést mutatott a *várakozásteli elfogadás* ( $t(592) = 15,546$ ;  $p < 0,001$ ) és *elfogadás menekülésként* ( $t(600) = 2,572$ ;  $p = 0,010$ ) halálattitűdökkel; mindkét alskála a vallásos személyek körében mutatott nagyobb értéket (3. ábra).

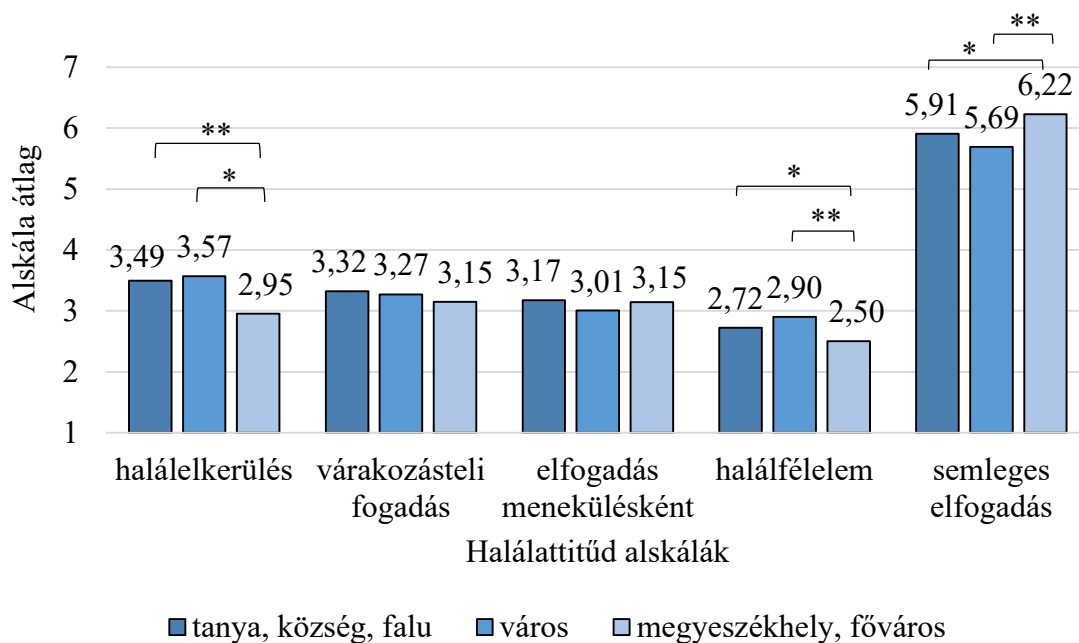


**3. ábra: Halálattitűd a vallásosság függvényében (\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,001$  )**

A családi állapot esetében a párkapcsolatban élőket (házas/élettársi kapcsolat,  $n=471$ , 76,6%), nőtlenekeket/hajadonokat ( $n=85$ , 13,8%), illetve az elvált/özvegy személyeket ( $n=59$ , 9,6%) hasonlítottuk össze. Eredményeink alapján a családi állapot nem mutatott statisztikailag szignifikáns összefüggést a halálattitűddel.

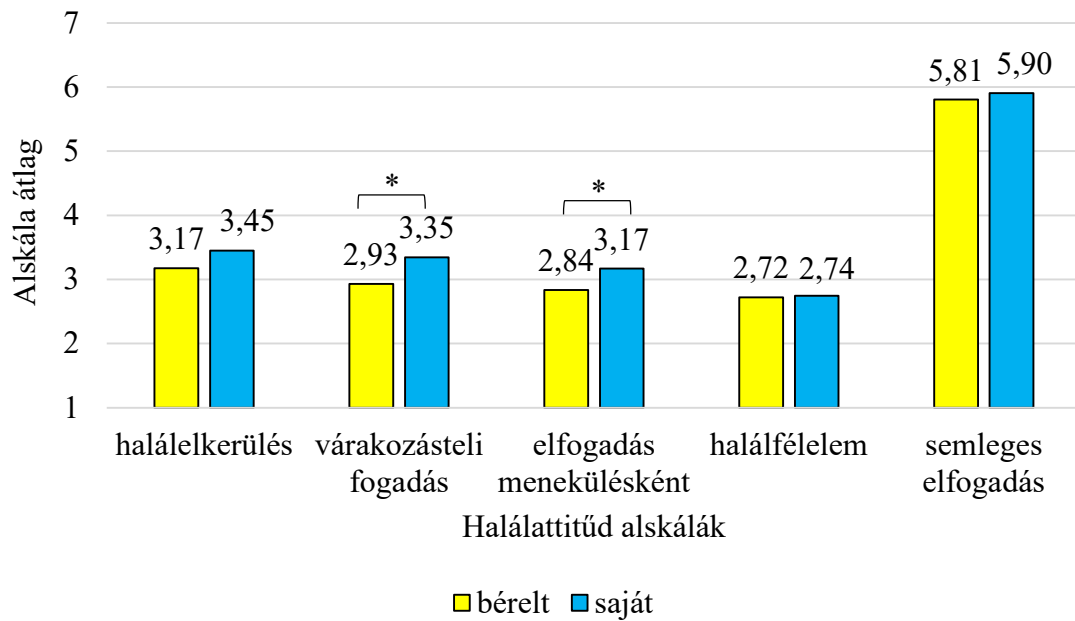
A nevelt gyermekek száma a *haláلعlkerülés* ( $r(565) = 0,086$ ;  $p = 0,040$ ), a *várakozásteli elfogadás* ( $r(566) = 0,153$ ;  $p < 0,001$ ), és az *elfogadás menekülésként* ( $r(571) = 0,090$ ;  $p = 0,031$ ) halálattitűdökkel mutatott statisztikailag szignifikáns, de értékében elhanyagolható kapcsolatot.

A neveltetés helye statisztikailag szignifikáns összefüggést mutatott a *haláلعlkerülés* ( $F(2,588) = 5,551$ ;  $p = 0,004$ ), a *haláلفélelem* ( $F(2,596) = 4,272$ ;  $p = 0,015$ ) és a *semleges elfogadás* ( $F(2,597) = 12,701$ ;  $p < 0,001$ ) alskálákkal. A *haláلعlkerülés* és *haláلفélelem* átlagértékei alacsonyabbak voltak a nagyvárosban/fővárosban nevelkedett személyek esetében, azokhoz képest, akik városban, vagy falun/községben nevelkedtek. A nagyvárosi/fővárosi származású személyek körében magasabb értéket mutatott a *semleges elfogadás* értéke a másik két származási csoporthoz képest (4. ábra).



**4. ábra: Halálattitűd a neveltetés helyének függvényében (\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,005$  )**

A jelenlegi lakóhelyet vizsgálva a *várakozásteli elfogadás* ( $t(583) = -2,315$ ;  $p = 0,022$ ) és az *elfogadás menekülésként* ( $t(591) = -2,028$ ;  $p = 0,044$ ) alskálák mutattak szignifikáns különbséget a bérelt, illetve saját ingatlanban lakók között; a saját lakásban/kertes-családi házban lakók nagyobb értéket mutattak (5. ábra).

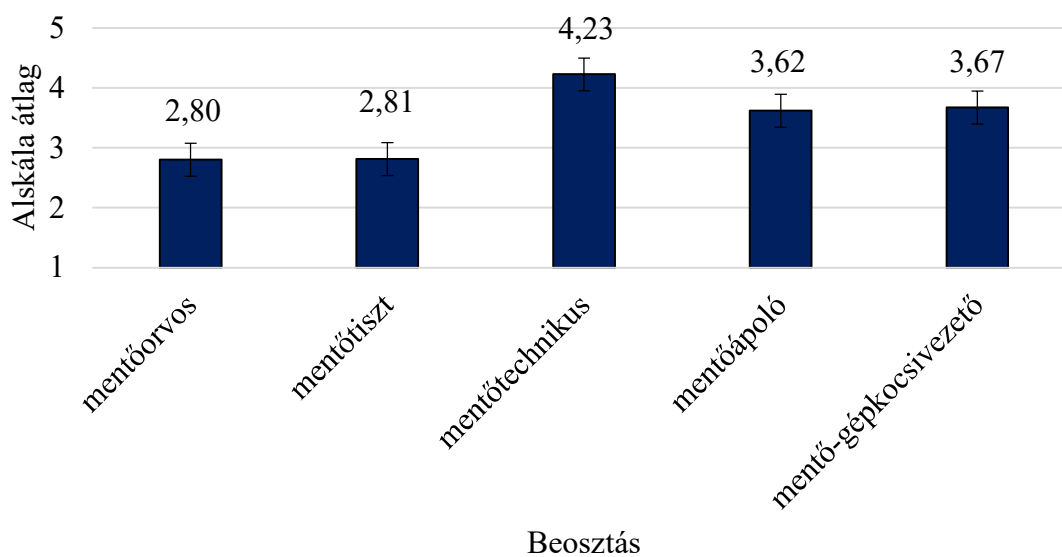


**5. ábra: Halálattitűd a jelenlegi lakóhely függvényében (\* p < 0,05)**

- Munkahelyi jellemzők és a halálattitűd összefüggései

A kivonuló mentődolgozók beosztását vizsgálva a halálattitűd öt alskálája közül csak a *halálelkerülés* mutatott statisztikailag szignifikáns különbséget a vizsgált beosztások között ( $F(4,598) = 12,110$ ;  $p < 0,001$ ). A mentőtechnikusok mutatták a *halálelkerülés* alskálán a legmagasabb átlagértéket, míg a mentőorvosok és mentőtisztek csoportját alacsonyabb átlagérték jellemezte; a mentőápolók és mentő-gépkocsivezetők pedig a kettő közötti értéket mutatták (6. ábra).





**6. ábra: Halálelkerülés a beosztás függvényében**

A munkavégzés helye („Melyik megyében dolgozik?”) és a „Leggyakrabban milyen szintű mentőjárművön dolgozik?” kérdés statisztikailag szignifikáns összefüggést nem mutattak a halálattitúddal. A munkavégzés helyétől és a mentőjárműtől függetlenül a *semleges elfogadás* volt a legjellemzőbb halálattitúd a vizsgált mentődolgozók körében. A munkarend (12 órás, 24 órás, változó) szintén nem mutatott statisztikailag szignifikáns összefüggést a halálattitúddal.

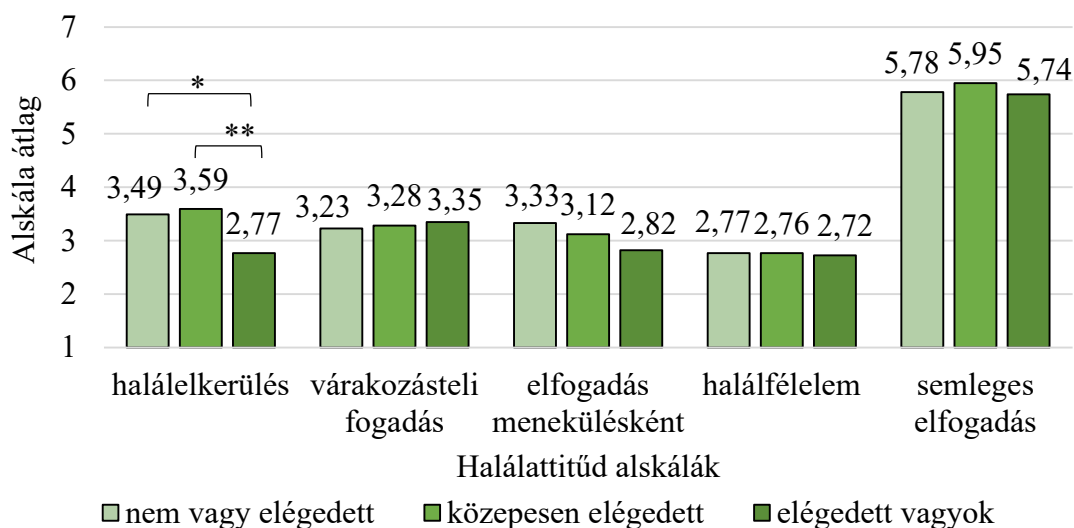
A mentőknél eltöltött munkaév csak a *halálelkerüléssel* és az *elfogadás menekülésként* halálattitúddal mutatott statisztikailag szignifikáns, de értékében elhanyagolható kapcsolatot. Továbbá a havi munkaóra és a munkaviszony („Hány állása van?”) statisztikailag szignifikáns kapcsolatot a halálattitúddal nem mutatott (5. táblázat).

5. táblázat: A munkaév, munkaóra és munkaviszony kapcsolata a halálattitúddal

		Halál- elkerülés	Várakozásteli elfogadás	Elfogadás menekülésként	Halál- félelem	Semleges elfogadás
<b>Munkaév</b>	<b>r</b>	,112**	0,059	0,189**	-0,014	0,007
	<b>p</b>	0,007	0,159	0,000	0,731	0,862
	<b>N</b>	576	576	582	583	584
<b>Munkaóra</b>	<b>r</b>	0,079	-0,053	-0,019	-0,034	0,059
	<b>p</b>	0,053	0,199	0,647	0,402	0,15
	<b>N</b>	593	592	600	601	602
<b>Munkaviszony</b>	<b>r</b>	0,013	-0,016	0,010	0,042	-0,072
	<b>p</b>	0,759	0,691	0,813	0,307	0,078
	<b>N</b>	589	588	596	597	598

\*\* A korreláció 0.01 szinten szignifikáns.

Az anyagi helyzettel való elégedettség csak a *halálelkerülés* alskálával mutatott statisztikailag szignifikáns összefüggést ( $F(2,595) = 10,333$ ;  $p < 0,001$ ). Az anyagi helyzetükkel elégedett mentődolgozók ezen az alskálán alacsonyabb átlagértéket mutattak, mint azok, akik nem vagy közepes mértékben elégedettek anyagi helyzetükkel (7. ábra).



7. ábra: Halálattitúd az anyagi helyzettel való elégedettség függvényében (\*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,001$ )

- Egészségmagatartás és a halálattitúd összefüggései

A dohányzás esetében a nem dohányzók, a napi 10 szálnál kevesebbet, illetve többet dohányzók kerültek összehasonlításra. A dohányzás és a halálattitúdok statisztikai szignifikáns összefüggést nem mutattak.

Alkoholfogyasztás mértéke, illetve testmozgás végzése statisztikailag szignifikáns kapcsolatot a halálattitúddal nem mutatott (6. táblázat).

**6. táblázat: Az alkoholfogyasztás és testmozgás kapcsolata a halálattitúddal**

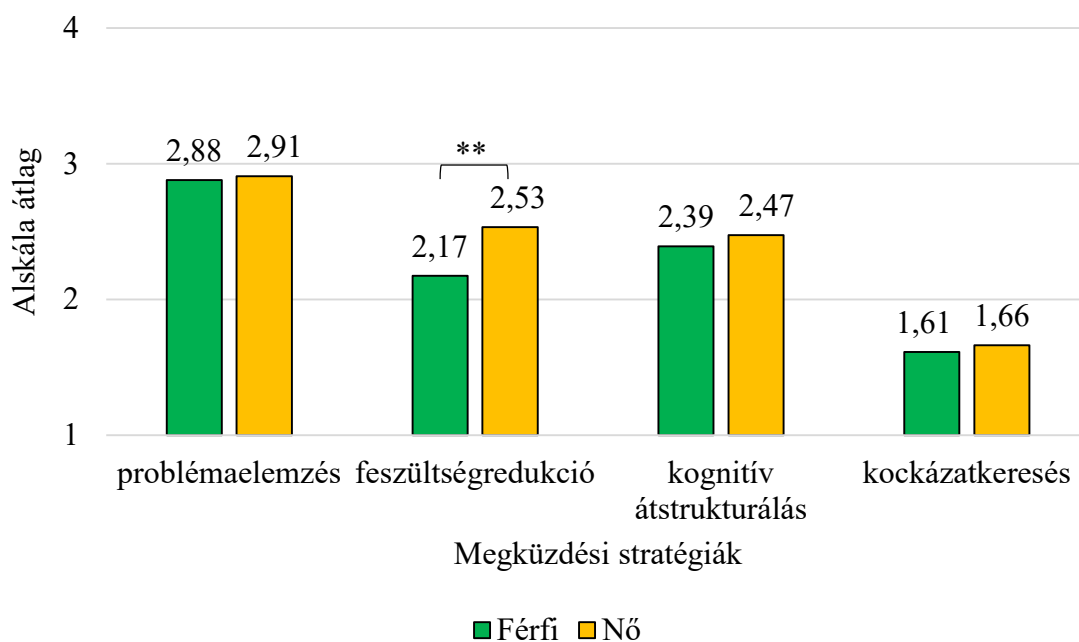
		Halál-elkerülés	Várakozásteli elfogadás	Elfogadás menekülésként	Halál-félelem	Semleges elfogadás
<b>Alkohol-fogyasztás</b>	<b>rho</b>	0,010	0,075	0,073	0,053	-0,029
	<b>p</b>	0,805	0,070	0,073	0,196	0,479
	<b>N</b>	590	590	598	599	600
<b>Testmozgás</b>	<b>rho</b>	0,010	-0,006	-0,068	0,001	0,023
	<b>p</b>	0,814	0,888	0,098	0,987	0,581
	<b>N</b>	590	590	598	600	600

A halálattitúd és a vizsgált szociodemográfiai, munkahelyi és egészségmagatartási tényezők összefüggéseinek összefoglalását a 7. táblázat szemlélteti a mellékletben.

### **5.6 A megküzdési vizsgálat eredményei, szociodemográfiai, munkahelyi és egészséget befolyásoló tényezők lehetséges összefüggéseinek elemzése**

- Szociodemográfiai jellemzők és megküzdés

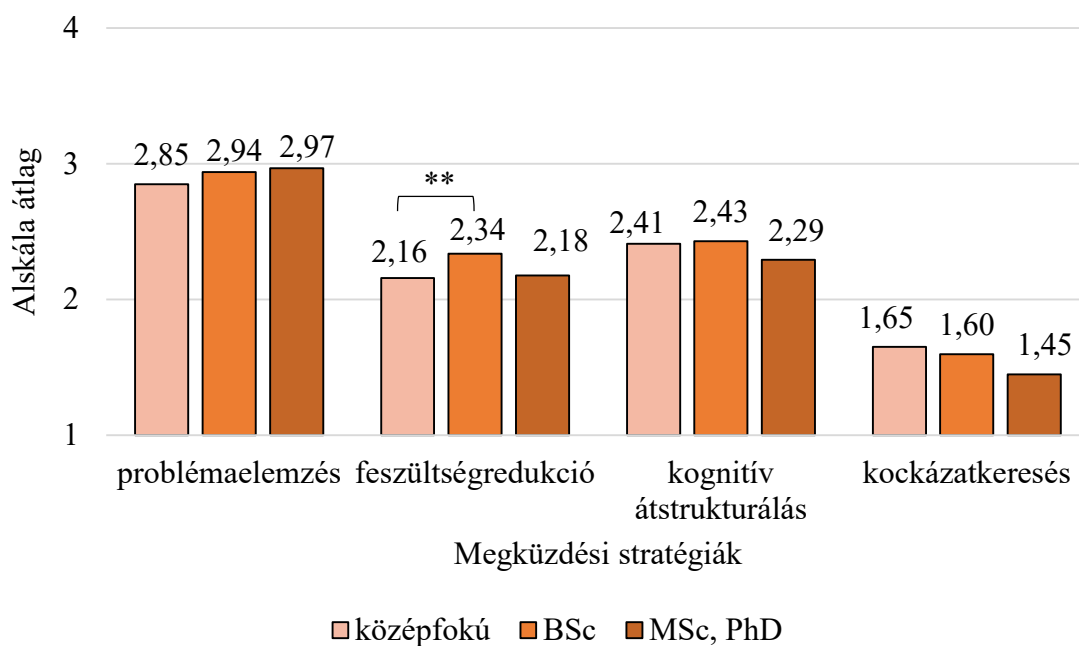
A vizsgált konfliktusmegoldó, megküzdési stratégiák közül nemi különbséget csak a *feszültségredukció* esetében találtunk ( $t(622) = -4,173$ ;  $p < 0,001$ ), amely jellemzőbb volt a nőkre, mint a férfiakra (8. ábra).



**8. ábra: Megküzdési stratégiák a nem függvényében (\*\* p < 0,001)**

Az életkor a *problémaelemzéssel* ( $r(621) = -0,116$ ;  $p = 0,004$ ) és a *feszültségredukcióval* ( $r(621) = -0,209$ ;  $p < 0,001$ ) mutatott statisztikailag szignifikáns, negatív kapcsolatot. Előbbivel értékében elhanyagolható, utóbbival gyenge korreláció áll fenn. Ami arra utalhat, hogy az életkor előrehaladtával a feszültségredukció, mint megküzdési stratégia kevésbé jellemző.

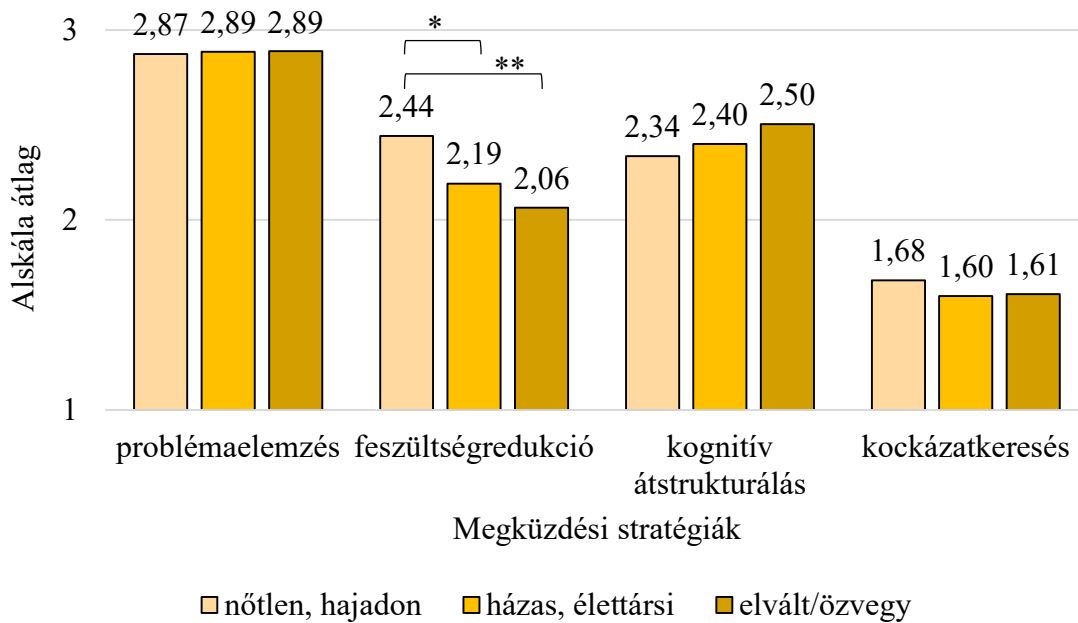
A megküzdési stratégiák közül a *feszültségredukció* mutatott statisztikailag szignifikáns összefüggést az iskolai végzettséggel ( $F(2,615) = 5,003$ ;  $p = 0,008$ ). Legmagasabb értéket a főiskolai diplomával rendelkezők mutatták, legalacsonyabb érték a középfokú végzettséggel rendelkezőket jellemezte; az MSc/PhD végzettségű személyek a kettő közötti értéket mutattak. (9. ábra).



**9. ábra: Megküzdési stratégiák az iskolai végzettség függvényében (\*  $p < 0,05$ )**

A vallásosság statisztikailag szignifikáns összefüggést nem mutatott a megküzdési stratégiákkal.

A családi állapotot vizsgálva szintén a *feszültségredukció* mutatott statisztikailag szignifikáns különbséget a csoportok között ( $F(2,612) = 5,948$ ;  $p = 0,003$ ). A nőtlen/hajadon mentődolgozók a *feszültségredukció* magasabb átlagértéket mutatták, mint a párkapcsolatban élők (házas/élettársi), illetve elváltak/özvegyek (10. ábra).



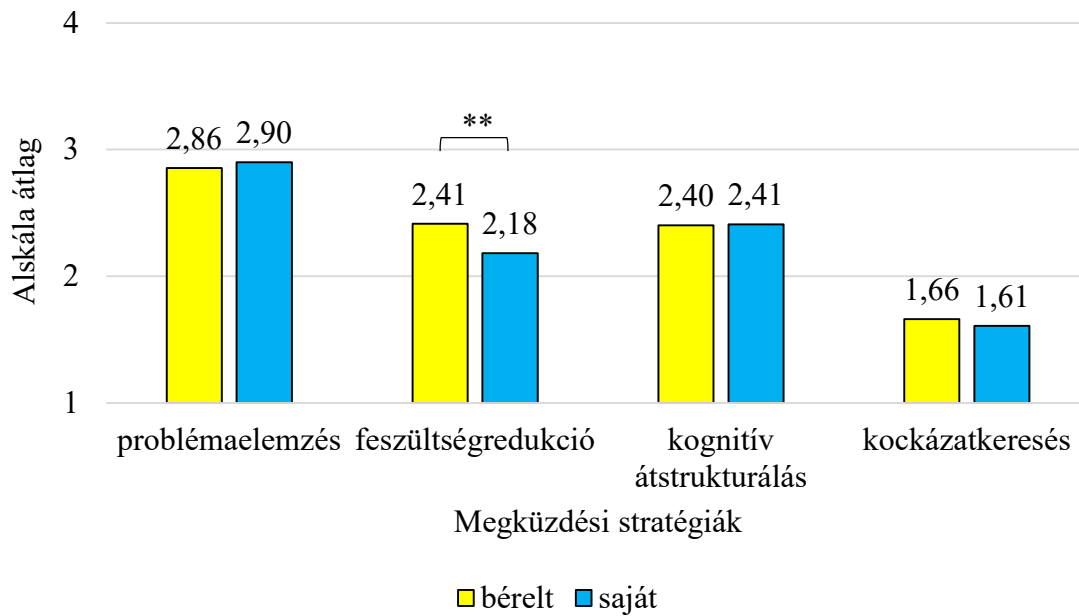
**10. ábra: Megküzdési stratégiák a családi állapot függvényében (\*  $p < 0,05$ ,**

**\*\*  $p < 0,005$ )**

A nevelt gyermekek száma a *feszültségredukcióval* ( $r(585) = -0,135$ ;  $p = 0,001$ ) statisztikailag szignifikáns negatív, de értékében elhanyagolható kapcsolatot mutatott.

A neveltetés helye statisztikailag szignifikáns összefüggést nem mutatott a megküzdési stratégiákkal.

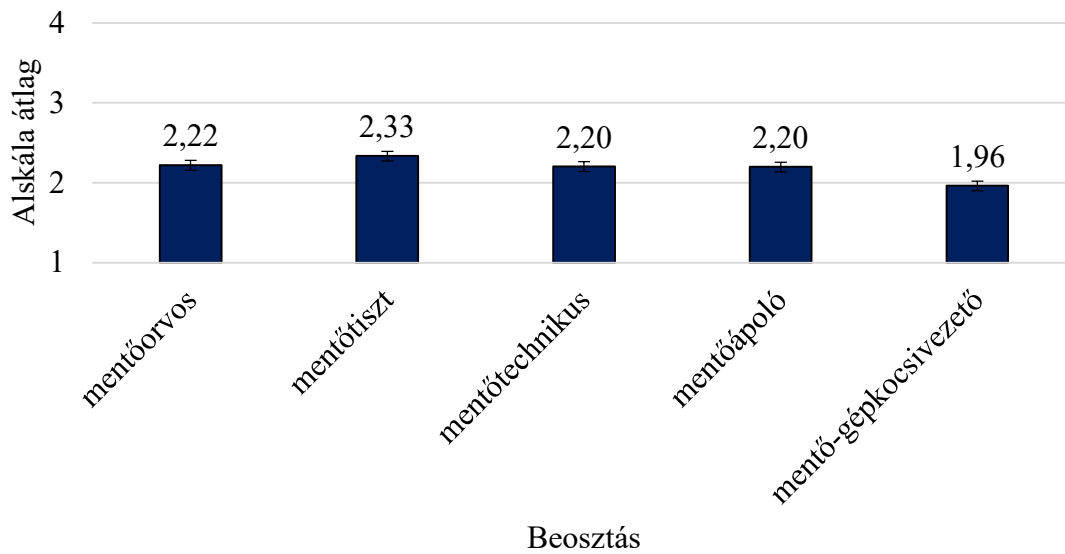
A jelenlegi lakóhely két csoportja (bérelt vs. saját ingatlanban lakók) a *feszültségredukcióban* mutatott statisztikailag szignifikáns különbséget ( $t(606) = 3,202$ ;  $p = 0,002$ ); a bérelt lakásban/kertes-családi házban lakók nagyobb értéket mutattak, mint a saját ingatlanban élők (11. ábra).



**11. ábra: Megküzdés a jelenlegi lakóhely függvényében (\*\* p < 0,05)**

- Munkahelyi jellemzők és megküzdés

A mentődolgozók beosztását vizsgálva a megküzdési stratégiák közül csak a *feszültségredukció* mutatott statisztikailag szignifikáns különbséget a vizsgált beosztások között ( $F(4,621) = 4,043$ ;  $p = 0,004$ ). A mentőtisztek mutatták a *feszültségredukció* legmagasabb átlagértékét, míg a mentő-gépkocsivezetőket a legalacsonyabb átlagérték jellemezte; a mentőápolók, mentőtechnikusok és mentőorvosok a kettő közötti értéket mutattak. A további megküzdési stratégiákban különbség a beosztás vizsgált csoportjai között nem volt (12. ábra).



**12. ábra: Feszültségredukció a beosztás függvényében.**

A munkavégzés helye („Melyik megyében dolgozik?”) és a „Leggyakrabban milyen szintű mentőjárművön dolgozik?” statisztikailag szignifikáns összefüggést nem mutattak a megküzdéssel. A munkarend (12 órás, 24 órás, változó) szintén nem mutatott statisztikailag szignifikáns összefüggést a megküzdési stratégiákkal.

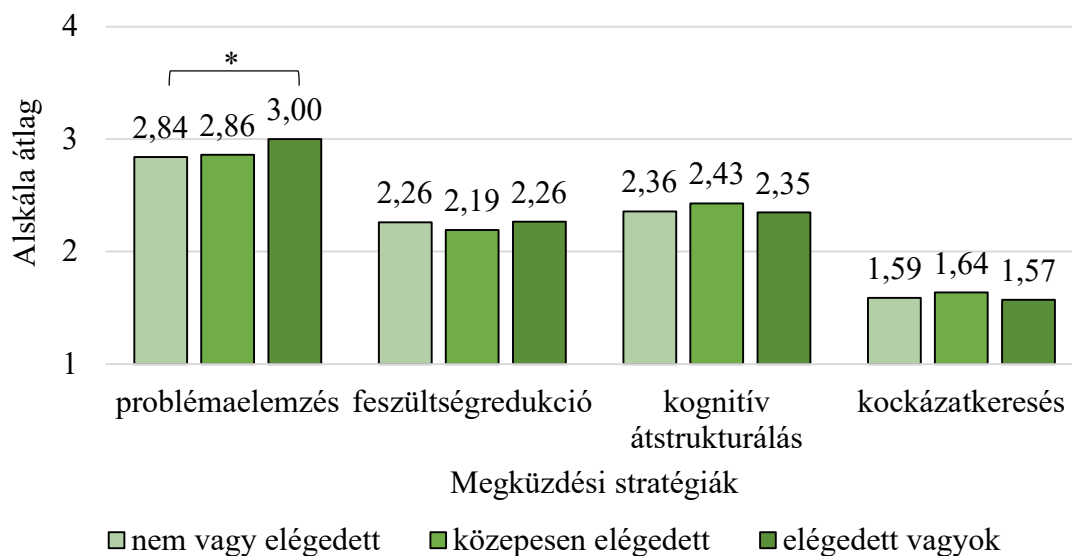
A mentőknél eltöltött munkaév a *problémaelemzéssel* és a *feszültségredukcióval* mutatott statisztikailag szignifikáns negatív kapcsolatot, továbbá a havi munkaóra szintén a feszültségredukcióval mutatott szignifikáns negatív kapcsolatot, ám a feltárt kapcsolatok nagyságukban elhanyagolható korrelációt jeleztek. A munkaviszony („Hány állása van?”) statisztikailag szignifikáns kapcsolatot a megküzdéssel nem mutatott (8. táblázat).



8. táblázat: A munkaév, munkaóra és munkaviszony kapcsolata a megküzdéssel

		Probléma- elemzés	Feszültség- redukció	Kognitív átstrukturálás	Kockázat- keresés
Munkaév	<b>r</b>	-0,104*	-0,118**	0,027	-0,051
	<b>p</b>	,011	,004	,512	,216
	<b>N</b>	597	597	597	597
Munkaóra	<b>r</b>	0,002	-0,085*	-0,015	-0,012
	<b>p</b>	,957	,035	,707	,760
	<b>N</b>	615	615	615	615
Munkaviszony	<b>r</b>	0,056	0,024	-0,036	0,069
	<b>p</b>	,165	,551	,382	,087
	<b>N</b>	609	609	609	609
** A korreláció 0.01 szinten szignifikáns.					
* A korreláció 0.05 szinten szignifikáns.					

Az anyagi helyzettel való elégedettség a megküzdési stratégiák közül csak a *problémaelemzéssel* mutatott statisztikailag szignifikáns összefüggést ( $F(2,617) = 3,365$ ;  $p = 0,036$ ). Az anyagi helyzetükkel elégedett mentődolgozók magasabb átlagértéket mutattak, mint azok nem elégedettek, a közepesen elégedett csoport a kettő közötti értéket mutatott (13. ábra).



13. ábra: Megküzdés az anyagi helyzettel való elégedettség függvényében (\*  $p < 0,05$ )

- Egészségmagatartás és megküzdés

A dohányzás és a megküzdési stratégiák statisztikai szignifikáns összefüggést nem mutattak. Az alkoholfogyasztás a *kognitív átstrukturálással* mutatott szignifikáns negatív, de értékében elhanyagolható kapcsolatot. A testmozgás a *problémaelemzéssel* és a *kognitív átstrukturálással* szignifikáns pozitív, de értékében szintén elhanyagolható kapcsolatot mutatott. (9. táblázat).

**9. táblázat: Az alkoholfogyasztás és testmozgás kapcsolata a megküzdéssel**

		Probléma- elemzés	Feszültség- redukció	Kognitív átstrukturálás	Kockázat- keresés
Alkohol- fogyasztás	<b>rho</b>	-0,045	0,022	-0,092*	-0,005
	<b>p</b>	0,261	0,581	0,023	0,896
	<b>N</b>	613	613	613	613
Testmozgás	<b>rho</b>	0,097*	-0,066	0,149**	-0,007
	<b>p</b>	0,016	0,102	< 0,001	0,870
	<b>N</b>	612	612	612	612

A megküzdés és a vizsgált szociodemográfiai, munkahelyi és egészségmagatartási tényezők összefüggéseit a mellékletben található 10. táblázat szemlélteti.

### 5.7 A szülői bánásmód vizsgálati eredményei, szociodemográfiai, munkahelyi és egészséget befolyásoló tényezők lehetséges összefüggéseinek elemzése

- Szociodemográfiai jellemzők és szülői bánásmód

A nemi különbségekről elmondhatjuk, hogy a nők, mind az anyjuk, mind az apjuk korlátozó magatartását, továbbá a feléjük irányuló meleg apai bánásmódot a férfiakhoz képest gyakoribb szülői megnyilvánulásnak élték meg (11. táblázat).

11. táblázat: Szülői bánásmód férfiak és nők körében

Anya	Férfi		Nő		t	p
	M	SD	M	SD		
Elutasítás	1,47	0,42	1,59	0,66	-1,433	0,156
Melegség	2,98	0,66	3,10	0,77	-1,310	0,193
Beleszólás	1,84	0,58	1,99	0,81	-1,606	0,112
Korlátok	2,88	0,60	3,27	0,58	-5,448	< 0,001
Aggódás	2,28	0,70	2,38	0,84	-1,023	0,309
Apa	Férfi		Nő		t	p
	M	SD	M	SD		
Elutasítás	1,50	0,54	1,48	0,49	0,275	0,784
Melegség	2,70	0,76	2,97	0,81	-2,603	0,011
Beleszólás	1,60	0,54	1,63	0,66	-0,422	0,674
Korlátok	2,71	0,67	3,00	0,68	-3,369	0,001
Aggódás	1,99	0,68	2,06	0,80	-0,700	0,486

Az életkor az anyai melegséggel ( $r(609) = -0,112$ ;  $p = 0,006$ ) és korlátokkal ( $r(613) = -0,085$ ;  $p = 0,035$ ), valamint az apai melegséggel ( $r(583) = -0,104$ ;  $p = 0,012$ ) mutatott statisztikailag szignifikáns negatív, de értékében elhanyagolható kapcsolatot. Életkortól függetlenül a vizsgált mentődolgozók szülei nevelési attitűdjeit igen hasonlóan jellemezték.

A szülői bánásmód megítélése a válaszadók iskolai végzettsége szerint is szignifikáns eltérést mutatott. A szülők korlátozó nevelését az MSc/PhD végzettséggel rendelkezők erőteljesebbnek ítélték meg, mint a középfokú végzettségűek; a BSc végzettséggel rendelkezők a kettő közötti értéket mutattak. Szignifikáns különbséget mutatott még az apai aggódás, amelyet a középfokú végzettséggel rendelkezők jelentősebbnek minősítettek, mint a felsőfokú végzettséggel (BSc, MSc/PhD) rendelkezők (12. táblázat).

**12. táblázat: Szülői bánásmód az iskolai végzettség függvényében**

Anya	Középfokú		BSc		MSc/PhD		F	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
Elutasítás	1,47	0,47	1,51	0,47	1,56	0,41	0,952	0,389
Melegség	2,98	0,67	2,98	0,71	3,09	0,58	0,800	0,451
Beleszólás	1,82	0,60	1,92	0,65	1,93	0,54	2,130	0,123
Korlátok	2,87	0,60	3,00	0,62	3,17	0,62	6,746	0,002
Aggódás	2,32	0,73	2,22	0,73	2,38	0,65	1,731	0,181
Apa	Középfokú		BSc		MSc/PhD		F	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
Elutasítás	1,51	0,55	1,50	0,52	1,46	0,43	0,187	0,829
Melegség	2,71	0,77	2,76	0,79	2,76	0,70	0,367	0,694
Beleszólás	1,60	0,56	1,62	0,55	1,57	0,56	0,154	0,858
Korlátok	2,69	0,67	2,81	0,69	2,93	0,68	3,572	0,031
Aggódás	2,06	0,71	1,90	0,66	1,89	0,62	4,195	0,017

A magukat vallásosnak tartó személyek szignifikánsan jelentősebbnek értékelték szüleik korlátozó magatartását, és az anyai melegséget, mint a nem vallásos személyek (13. táblázat).

**13. táblázat: Szülői bánásmód a vallásos és nem vallásos személyek körében**

Anya	Vallásos		Nem vallásos		t	p
	M	SD	M	SD		
Elutasítás	1,50	0,49	1,48	0,43	0,491	0,624
Melegség	3,06	0,65	2,94	0,69	2,108	0,035
Beleszólás	1,89	0,63	1,82	0,60	1,432	0,153
Korlátok	3,02	0,59	2,85	0,63	3,442	0,001
Aggódás	2,33	0,71	2,26	0,73	1,172	0,242
Apa	Vallásos		Nem vallásos		t	p
	M	SD	M	SD		
Elutasítás	1,51	0,53	1,49	0,53	0,322	0,747
Melegség	2,75	0,76	2,71	0,78	0,564	0,573
Beleszólás	1,59	0,54	1,60	0,56	-0,180	0,857
Korlátok	2,83	0,68	2,67	0,68	2,773	0,006
Aggódás	1,97	0,66	2,02	0,72	-0,736	0,462

A családi állapotot vizsgálva az anyai korlátok megítélése mutatott statisztikailag szignifikáns különbséget a vizsgált csoportok között. A házaspáros, élettársi kapcsolatban élők

jelentősebbnek ítélték az anya korlátozó viselkedését, mint azok, akik elváltak/özvegyek; a nőtlenek/hajadonok a kettő közötti értéket mutattak (14. táblázat).

**14. táblázat: Szülői bánásmód a családi állapot függvényében**

Anya	Nőtlen, hajadon		Házas, élettárs		Elvált/ özvegy		F	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
Elutasítás	1,45	0,50	1,49	0,46	1,43	0,39	0,676	0,511
Melegség	3,02	0,71	3,01	0,66	2,89	0,69	0,800	0,452
Beleszólás	1,76	0,55	1,86	0,61	1,84	0,59	1,266	0,286
Korlátok	2,92	0,69	2,96	0,60	2,73	0,59	3,716	0,027
Aggódás	2,28	0,79	2,30	0,72	2,28	0,71	0,021	0,979
Apa	Nőtlen, hajadon		Házas, élettárs		Elvált/ özvegy		F	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
Elutasítás	1,47	0,51	1,50	0,53	1,46	0,46	0,183	0,833
Melegség	2,75	0,84	2,74	0,77	2,73	0,64	0,025	0,975
Beleszólás	1,50	0,47	1,61	0,54	1,61	0,58	1,779	0,174
Korlátok	2,67	0,74	2,77	0,68	2,62	0,61	1,863	0,160
Aggódás	2,04	0,82	1,98	0,68	2,09	0,61	0,932	0,397

A nevelt gyermekek száma és a szülői bánásmód megítélése statisztikailag szignifikáns kapcsolatot nem mutatott.

A származási hely vizsgálatánál összességében a vizsgált három csoport az anyai beleszólás megítélésében mutatott statisztikailag szignifikáns különbséget ( $F(2,600) = 3,162$ ;  $p = 0,044$ ). Viszont a páros összehasonlítások nem mutattak jelentős eltérést a csoportok között. Összességében a származási hely és a szülői bánásmód megítélése jelentős összefüggést nem mutatott.

- Munkahelyi jellemzők és a szülői bánásmód

A beosztás közötti különbségeket vizsgálva kiderül, hogy a mentőorvosok körében szignifikáns mértékben az anyai és apai korlátok voltak jellemzőbbek a többi beosztáshoz képest. A mentő-gépkocsivezetők körében megfigyelhető, hogy kevésbé jelentősnek ítélték az anyai elutasítást és beleszólást más beosztásban dolgozókhöz képest (15. táblázat).

15. táblázat: Szülői bánásmód a beosztás függvényében

Anya	Mentő-orvos		Mentő-tiszt		Mentő-technikus		Mentő-ápoló		Mentő-gépkocsi-vezető		F	p
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
Elutasítás	1,52	0,48	1,52	0,48	1,53	0,45	1,49	0,48	1,35	0,28	3,079	0,020
Melegség	3,11	0,65	3,00	0,72	2,88	0,63	3,01	0,66	2,97	0,63	0,771	0,546
Beleszólás	2,01	0,63	1,90	0,65	1,78	0,53	1,86	0,62	1,67	0,52	2,649	0,037
Korlátok	3,39	0,52	3,00	0,64	2,84	0,58	2,90	0,62	2,79	0,51	6,869	< 0,001
Aggódás	2,35	0,77	2,23	0,73	2,31	0,59	2,33	0,75	2,21	0,66	0,798	0,529
Apa	Mentő-orvos		Mentő-tiszt		Mentő-technikus		Mentő-ápoló		Mentő-gépkocsi-vezető		F	p
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
Elutasítás	1,44	0,39	1,53	0,55	1,53	0,55	1,50	0,52	1,43	0,52	0,408	0,803
Melegség	2,87	0,75	2,76	0,80	2,57	0,73	2,73	0,77	2,71	0,74	0,956	0,435
Beleszólás	1,64	0,67	1,63	0,56	1,53	0,48	1,61	0,57	1,51	0,46	0,961	0,432
Korlátok	3,11	0,68	2,84	0,70	2,61	0,64	2,70	0,68	2,61	0,60	4,021	0,004
Aggódás	1,94	0,73	1,88	0,68	1,97	0,65	2,07	0,72	1,99	0,55	1,896	0,116

A munkahelyek elhelyezkedését régiók szerint vizsgálva kiderül, hogy az apai és anyai beszólás, valamint az apai elutasítás gyakrabban fordult elő a Dél-Dunántúli, Pest/Budapest régióban dolgozók körében, mint a Nyugat-Dunántúli régióban dolgozóknál. Az apai melegség jellemzőbb volt a Nyugat-Dunántúli (szemben a Pest/Budapesti régióval) régióban, míg az apai aggódás az Észak-Magyarországi régióban (szemben a Közép-Dunántúl és Pest/Budapest régiókkal) dolgozóknál volt kiemelkedőbb (16. táblázat a mellékletben).

A „Leggyakrabban milyen szintű mentőjárművön dolgozik?” kérdés statisztikailag szignifikáns összefüggést mutatott a szülői bánásmóddal. Az egyéb járművön dolgozók (rohamkocsi, mentőhelikopter, - motor) jellemzőbbnek ítélték az anyai elutasítás, beleszólást, illetve anyai és apai korlátokat, mint a mentőgépkocsin dolgozók; a KIM/esetkocsin dolgozók köztes értéket mutattak (17. táblázat).

**17. táblázat: Szülői bánásmód a mentőjármű alapján**

Anya	Mentő- gépkocsi		KIM/ esetkocsi		További jármű		F	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
Elutasítás	1,42	0,42	1,49	0,46	1,60	0,52	3,390	0,036
Melegség	2,98	0,65	3,01	0,65	3,01	0,81	0,132	0,876
Beleszólás	1,77	0,58	1,87	0,64	2,00	0,57	4,411	0,013
Korlátok	2,81	0,62	2,97	0,60	3,05	0,68	4,949	0,008
Aggódás	2,27	0,71	2,29	0,73	2,32	0,74	0,094	0,910
Apa	Mentő- gépkocsi		KIM/esetkocsi		További jármű		F	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
Elutasítás	1,50	0,56	1,49	0,52	1,51	0,49	0,055	0,946
Melegség	2,70	0,81	2,72	0,75	2,86	0,78	1,053	0,351
Beleszólás	1,59	0,55	1,58	0,55	1,68	0,57	0,879	0,417
Korlátok	2,65	0,66	2,74	0,68	2,92	0,71	3,652	0,028
Aggódás	2,00	0,72	1,97	0,67	2,06	0,73	0,583	0,559

A munkarend és a szülői bánásmód megítélése statisztikailag szignifikáns összefüggést nem mutatott.

A mentőszolgálatnál töltött munkaévek száma, a havi munkaóra, illetve a munkaviszonyok száma statisztikailag szignifikáns kapcsolatot a szülői bánásmód megítélésével nem mutattak.

Az anyagi helyzettel való elégedettség és a szülői bánásmód statisztikailag szignifikáns összefüggést mutatott az anyai és apai korlátozó viselkedés megítélése esetében. Azok, akik anyagi helyzetükkel elégedettek mind az anya, mind az apa korlátozó viselkedését jellemzőbbnek ítélték, mint azok, akik anyagi helyzetükkel közepes mértékben vagy nem elégedettek (18. táblázat).

**18. táblázat: Szülői bánásmód az anyagi helyzettel való elégedettség függvényében**

Anya	Nem elégedett		Közepesen elégedett		Elégedett		F	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
Elutasítás	1,56	0,52	1,46	0,44	1,49	0,45	1,452	0,237
Melegség	2,94	0,67	3,00	0,66	3,04	0,72	0,526	0,592
Beleszólás	1,89	0,65	1,82	0,60	1,92	0,61	1,439	0,239
Korlátok	2,86	0,68	2,91	0,58	3,06	0,63	3,187	0,043
Aggódás	2,28	0,77	2,27	0,70	2,38	0,75	1,076	0,343
Apa	Nem elégedett		Közepesen elégedett		Elégedett		F	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
Elutasítás	1,59	0,63	1,49	0,51	1,46	0,47	1,391	0,251
Melegség	2,67	0,78	2,73	0,77	2,80	0,77	0,793	0,454
Beleszólás	1,60	0,59	1,59	0,54	1,60	0,53	0,010	0,990
Korlátok	2,61	0,72	2,74	0,65	2,87	0,72	3,479	0,033
Aggódás	1,99	0,71	1,98	0,67	2,03	0,75	0,238	0,788

- Egészségmagatartás és szülői bánásmód

Eredményeink alapján a dohányzási szokások statisztikailag szignifikáns összefüggést a szülői bánásmód megítélésével nem mutattak. A testmozgás mértéke statisztikailag szignifikáns negatív kapcsolatot az anyai elutasítással mutatott, de a korreláció nagysága elhanyagolható volt ( $\rho(530) = -0,097$ ;  $p = 0,026$ ).

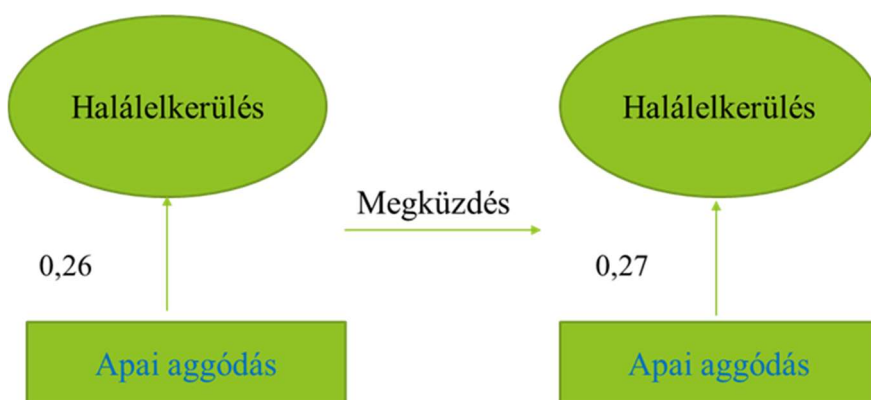
A szülői bánásmód és a vizsgált szociodemográfiai, munkahelyi és egészségmagatartási tényezők összefüggéseit a 19 a. és 19 b. táblázatok szemléltetik a mellékletben.



### 5.8. A szülői bánásmódok a megküzdés és a halálelkerülés, halálfélelem összefüggései

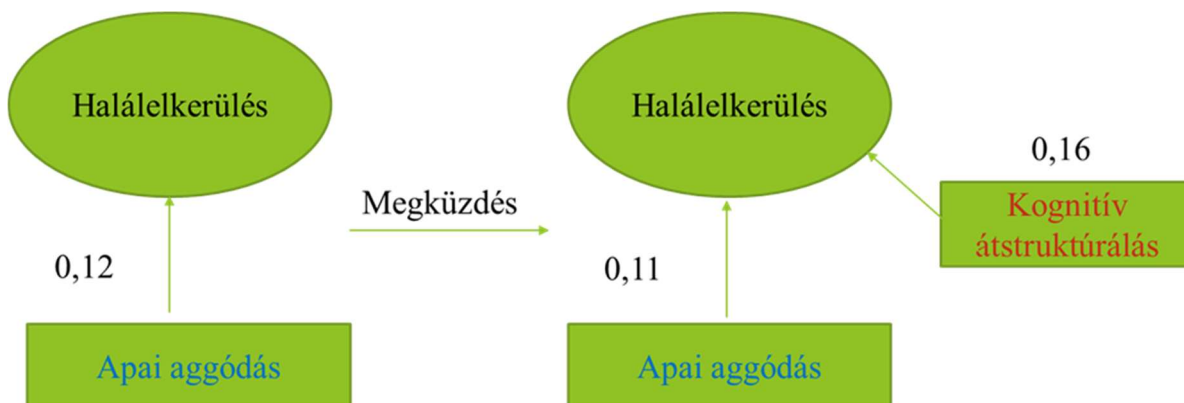
Az alábbiakban a nemek szerint felosztott lineáris regressziós elemzés eredményeit mutatjuk be. Az elemzés során a bemeneti változók az s-EMBU módosított alszkálái, célváltozók a DAP-R alszkálák közül egyrészt a halálelkerülés, másrészt a halálfélelem volt. Mediátor változóként a WOC alszkálait helyeztük el a modellben. Meglepő módon a nők esetében kevés szignifikáns eredmény született. (20 a. és 20 b. táblázatok a mellékletben).

A nők csoportját elemezve kitűnik, hogy csupán egy szülői nevelési attitűdben találtunk szignifikáns eredményt, mely az apai aggódás hatásának kapcsolatát mutatja be a halálelkerüléssel. A megküzdési mechanizmusokat is bevonva az elemzésbe láthatóvá válik, hogy ez a kapcsolat közvetlen módon jelenik meg a mintában. (14. ábra)



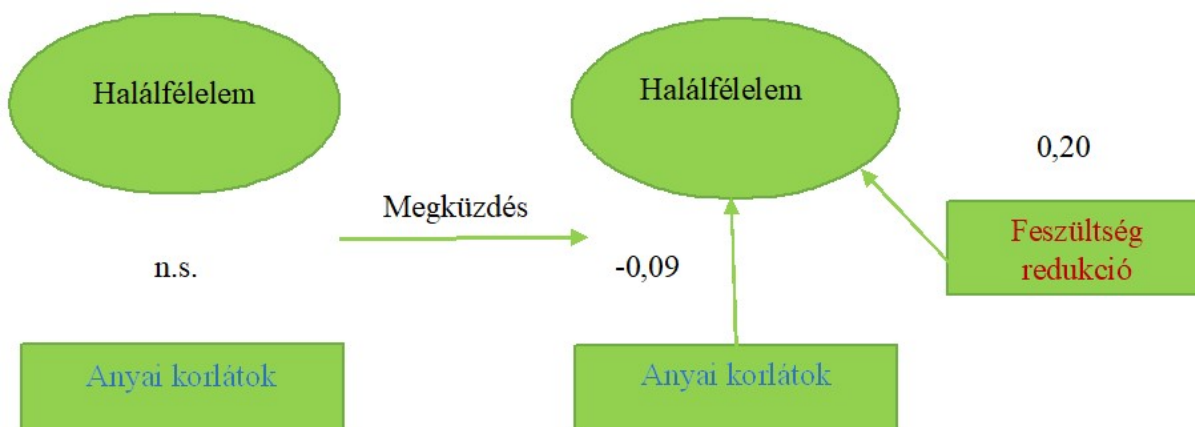
**14. ábra: Az apai aggódás közvetlen kapcsolata a halálelkerüléssel Nők körében (a feltüntetett számok a standardizált  $\beta$ -koefficiens értékeket jelzik) (Moskola mtsai, 2020b)**

A vizsgálatot a férfiak csoportjában folytatva első szignifikáns kapcsolat az apai aggódás alszkála esetén kerül előtérbe, mely a halálelkerüléssel mutat közvetlen összefüggést a megküzdési alszkálák bevonás után is. Ezen felül közvetlenül a halálelkerülésre a kognitív átstrukturálás is hatással van (15. ábra)



**15. ábra: Az apai aggodás és a kognitív átstrukturálás közvetlen kapcsolata a haláلعkerüléssel a férfiak körében (a feltüntetett számok a standardizált  $\beta$ -koefficiens értékeket jelzik) (Moskola mtsai, 2020b)**

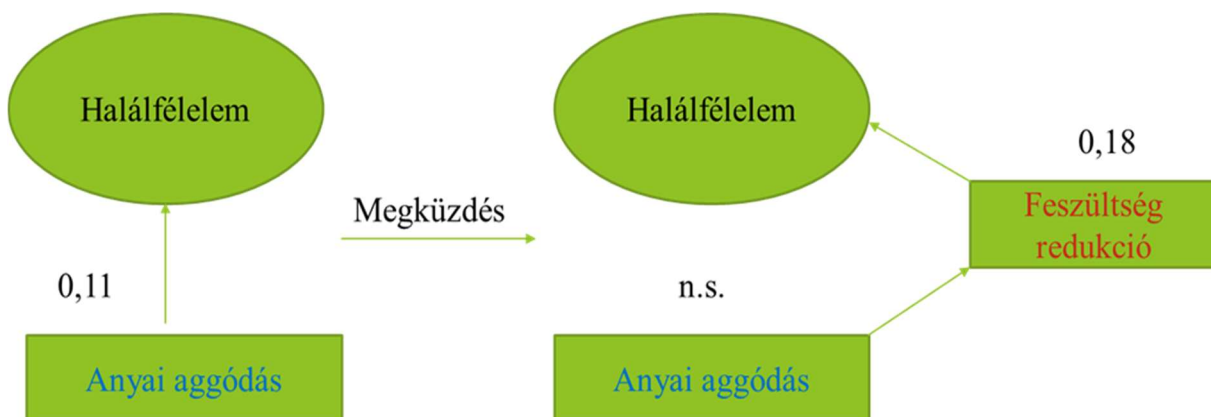
A haláلعfelelem és az anyai korlátok között első lépésben nem mutatható ki összefüggés, de ha bevonjuk a megtűzés alszáját kiderül, hogy valójában közvetlen negatív kapcsolat van közöttük, amely a feszűtségredukció és a haláلعfelelem közötti pozitív irányú kapcsolatokat miatt nem kerül előtérbe (16. ábra)



**16. ábra: Anyai korlátok hatása a haláلعfelelemre férfiak körében (a feltüntetett számok a standardizált  $\beta$ -koefficiens értékeket jelzik) (Moskola mtsai, 2020b)**

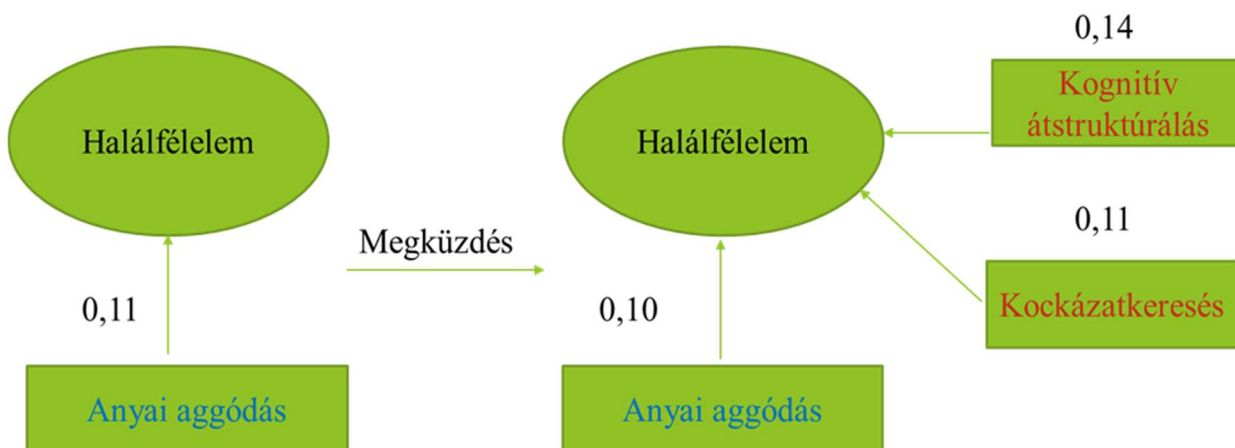
A haláلعfelelmet és az anyai aggodást vizsgálva sikerűlt közvetlen kapcsolatot kimutatni, viszont ez a kapcsolat a feszűtségredukció bevonása után -és csak ebben az esetben -megszűnik, tehát ezen szerkezetben vizsgálva kiderül, hogy csupán egy látszólagos kapcsolatról van szó, amely a feszűtségredukción keresztül valósul meg, így valójában

közvetlen kapcsolat ebben a szerkezeti modellben a halálfélelem és az anyai aggódás között nincs. (17. ábra)



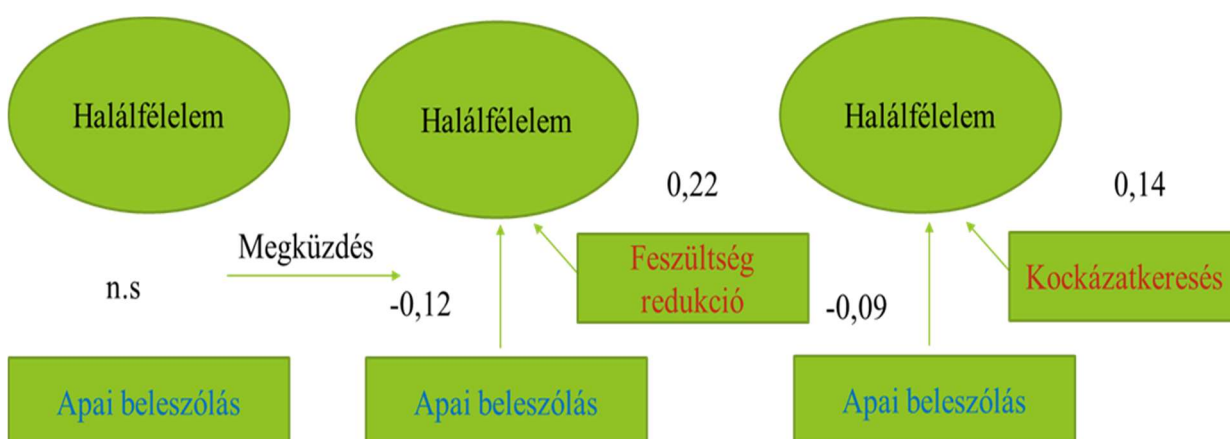
**17. ábra: Az anyai aggódás és feszültségredukció kapcsolatai a halálfélelemmel férfiak körében (a feltüntetett számok a standardizált  $\beta$ -koefficiens értékeket jelzik) (Moskola mtsai, 2020b)**

A halálfélelemet és az anyai aggódást tovább elemezve -a feszültségredukció figyelmen kívül hagyása mellett- közvetlen kapcsolat igazolódik köztük, ez a kapcsolat a kognitív átstrukturálás és a kockázatkeresés bevonása után is megmarad. Ugyanakkor az is láthatóvá válik, hogy a kognitív átstrukturálás és a kockázatkereső alskálák önmagukban is hatással vannak a halálfélelemre. (18. ábra)



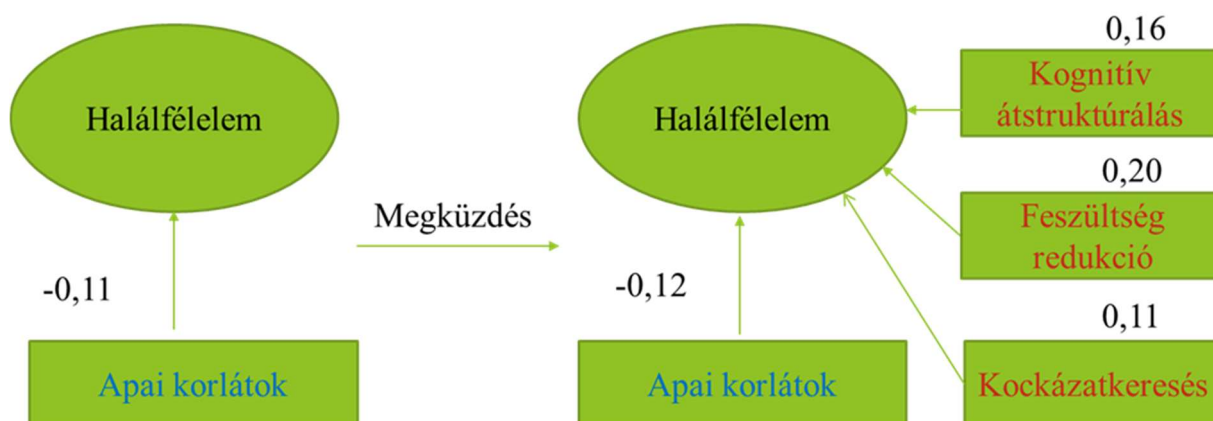
**18. ábra: Az anyai aggódás közvetlen, valamint a kognitív átstrukturálás és a kockázat keresés hatása a halálfélelemre férfiak körében (a feltüntetett számok a standardizált  $\beta$ -koefficiens értékeket jelzik) (Moskola mtsai, 2020b)**

Az apai beleszólásnak bár első tekintetben nincs közvetlen hatása a halálfélelemre, de ha bevonjuk a megküzdési alskálákat és így elemezzük tovább a változókat kiderül, hogy valójában közvetlen negatív kapcsolat van az apai beleszólás és a halálfélelem között, amit a pozitív irányú feszültségredukció és kockázatkeresés általi kapcsolat hatása ellensúlyoz a modellben. (19. ábra)



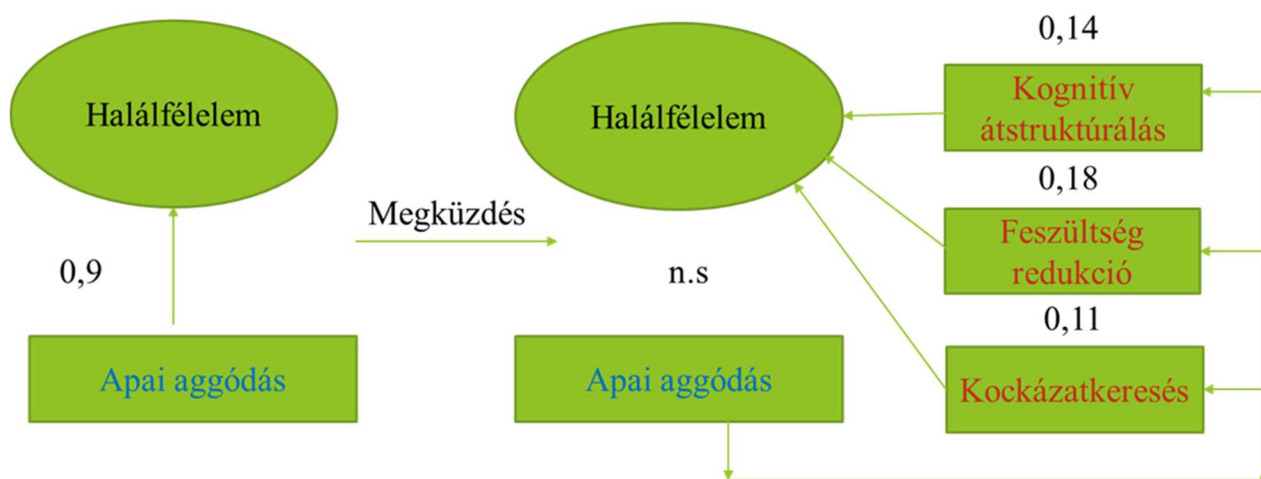
**19. ábra: Az apai beleszólás és a halálfélelem kapcsolata a feszültségredukció és a kockázatkeresés bevonásával férfiak körében (a feltüntetett számok a standardizált  $\beta$ -koefficiens értékeket jelzik) (Moskola mtsai, 2020b)**

A halálfélelem és az apai korlátok között közvetlen negatív kapcsolata van, amely megmarad a megküzdési alskálák bevonása után is. Ezen felül közvetlen pozitív kapcsolatra is fény derült a halálfélelem és a feszültségredukció, kockázatkeresés és a kognitív átstrukturálás között. (20. ábra)



**20. ábra: Az apai korlátok negatív, valamint egyes megküzdési alkálák pozitív irányú kapcsolatai a halálfélelemmel férfiak körében (a feltüntetett számok a standardizált  $\beta$ -koefficiens értékeket jelzik) (Moskola mtsai, 2020b)**

A következőkben azt látjuk, hogy a halálfélelem és az apai aggódás között szignifikáns kapcsolat van, de ha bevonjuk a megküzdési alkálakat akkor ez a kapcsolat megszűnik és kiderül, hogy valójában csak egy áttételes kapcsolatról van szó halálfélelem és az apai aggódás között, amelyet a feszültségredukció, kognitív átstrukturálás és a kockázatkeresés közvetít (21. ábra).



**21. ábra: Az apai aggódás és egyes megküzdési alkálák közvetlen kapcsolata a halálfélelemmel férfiak körében (a feltüntetett számok a standardizált  $\beta$ -koefficiens értékeket jelzik) (Moskola mtsai, 2020b)**

## 6. MEGBESZÉLÉS

Vizsgálatunkban a részvételi arány eléri a 10%-ot, mely összehasonlítva más szakmaterületek (pl. ápolás) elektronikus úton készült, szűk érdeklődésre számot tartó kutatásokkal, melyek csupán 3-8% közötti részvétel arányúak, így a felmérésünkben tapasztalt kitöltési hajlandóság igen jónak mondható (Ács, 2020). Ennek ellenére kutatási nehézségként tartjuk számon, hogy a kérdőív széles körű, több platformon történő terjesztése ellenére a részvételi arány elmaradt az előzetes várakozásoktól. Mivel kutatásunk kérdőívét minden a mentésben részvevő munkatárs elérhette, valamint, hogy a részvételi arány 10 százalék feletti, így összehasonlítva más, hasonló szakterületi kutatással, nem gondolnánk, hogy kevésbé lenne reprezentatívabb azoknál. Ahogy fentebb említettük, a kérdőív a mentőszolgálatnál dolgozó minden szakemberhez eljutott, viszont vizsgálatom célpontjai csak a kivonuló állomány, így szűrőként behelyeztünk, egy külön kategóriát a kérdőívbe, ahol azok a dolgozók tartozhatnak, akik bár valamilyen oknál fogva kitöltötték a kérdőívet, de nem tartoznak bele a vizsgált célcsoportba (pl. mentes irányításban, csak irodai munkában tevékenykedő dolgozók), ezen résztvevők kérdőíveit nem használtuk fel az elemzések során. A válaszolók területileg, életkorban és végzettségben egyaránt heterogének. Adataink a nemi és életkori megoszlás tekintetében egyezést mutatnak az Országos Mentőszolgálat ugyanezen mutatókra vonatkozó adataival százalékos arányban. Az elemszámmal összefüggő korlátokra Ács Andrea doktori értekezésében is olvasható egy a válaszadási hajlandóságot vizsgáló tanulmány, mely megállapítja, hogy az egyre lanyhuló válaszadási hajlandóság mögött az úgynevezett „túl-surveyezettetés” jelensége áll, melyet már fentebb részben említettünk (Schober & Conrad, 2015; Ács, 2020). Emellett kérdéses, hogy személyes lekérdezéssel jobb arányban lehetett volna-e a mentődolgozók kivonulói célcsoportját elérni: mivel felelősségteljes, nehéz, megterhelő munkát végeznek, sokat túlóráznak, tehát a személyes megkeresésük több etikai problémát vetett fel (a munkaidejükben nem biztonságos, a kevés szabadidejükben pedig nehéz meghatározni, hogy mikor alkalmas számukra), mint az online módszer alkalmazása (Ács, 2020). Statisztikai szempontból a válaszadók mennyisége elfogadható, valamint a válaszok olyan információkat tartalmaznak, melyeket más módon nem tudtunk volna megismerni. Az eredmények ismeretében a hipotézisek bizonyítása a következők szerint alakult:

**(H1) Feltételezzük, hogy a kivonuló mentődolgozók körében a semleges elfogadás a leggyakrabban előforduló halálattitűd, de nem elhanyagolható szinten a halálfélelem is jelentős mértékben megjelenik a vizsgált mintában.**

A kivonuló mentődolgozók halálattitűdjét vizsgálva kiderül, hogy a leggyakrabban előforduló attitűdforma, a semleges elfogadás. Eredményeink alapján a halálfélelem bár a legkisebb mértékben van jelen a mintánkban, mégis arányaiban nem elhanyagolható (4. táblázat). Mentődolgozókat vizsgáló átfogó (DAP-R kérdőívvel vizsgált) halálattitűd kutatás igen korlátozott számban elérhető a szakirodalomban. A világ számos más területén végzett, az akut és palliatív ellátásban dolgozó nővéreket vizsgáló tanulmányban a semleges elfogadás volt a domináns halálattitűd, ezekből kiemelendő Peters sürgősségi ápolók és mentődolgozók körében végzett vizsgálata, mely eredményei szerint a semleges elfogadás 82%-ban volt jellemző a mentődolgozókra (Peters mtsai, 2013; Payne, Dean & Klaus, 1998; Maliarou, 2011). Szélesebb kitekintés után látható, hogy eredményeinkkel összhangban állnak nemcsak az európai és amerikai, ausztrál, de több iráni kutatási eredmény is, mely a semleges elfogadással és a halálfélelemmel állítja párhuzamba az akut ellátásban dolgozók esetében a DNR (Do Not Resuscitate) elfogadását, a palliatív ellátás szakszerű megvalósítását is. (Iranmanesh, Dargahi & Abbaszadeh, 2008) Egy az intenzíves és sürgősségi ápolók között végzett vizsgálatában a semleges elfogadás (M 5,48) szintén kiemelkedő mértékben volt jelen (Safari Malak-Kolaei, F. mtsai, 2020). Egy másik tanulmány azt találta, hogy bár a semleges elfogadás a domináns attitűd, de jelentősen magas a halálfélelem és a haláلعlkerülés a vizsgált csoportban, mely szorongáskeltő hatásként nagymértékben jelen van az egészségügyi dolgozók körében (Wang, Li, Zhang & Liet, 2018). A jelenlegi vizsgálattal ellentétben egy másik tanulmány Törökországban azt találta, hogy az ápolók domináns attitűdje a halálfélelem és a halál elkerülés volt (Göriş mtsai., 2017, H. Tüzer 2020). Ezt az eltérést a fenti vizsgálatban részt vevő ápolók fiatal korával és alacsony munkatapasztalatával magyarázták. Kutatásaival Brody is alátámasztja, hogy a halálfélelem a vizsgált populáció összetételétől is függ, az évek előrehaladtával csökkenő tendenciát mutat, melyet megerősít Békés is magyarországi áttekintő közleményében (Békés V. 2003, M. Brody 2013, 2015). Az életkor és a halálattitűd összefüggéseinek elemzésénél a kutatók lényegében három korosztályról beszélnek, a fiatal felnőtt korról, a középkorúakról és az idősekről. Ezen csoportok pontos évbéli meghatározásai különbözőek. Gesser szerint a

30 éven aluliak a fiatal felnőttek, a 30 és 50 év közöttiek a középkorúak végül az idősök az 50 év felettiekre értendő.

Fiatal felnőtt korban már hangsúlyosabban megjelenik a halál elkerülhetlenségének a ténye, köszönhető ez a korosztályra jellemző szellemi és kulturális fejlődésnek. Viszont azon elképzelésük, hogy fiatal koruk mellett a halál bekövetkeztének esélye elhanyagolható, a halál gondolatával igyekeznek nem foglalkozni, ezek alapján halálelkerülés jellemezi őket (Békés, 2003; Gesser mtsai., 1988; Moskola mtsai., 2021).

Az élet előrehaladásával a középkorúaknál elérkezik egy pont, amikor a halálhoz való attitűd megváltozik és ráébrednek arra, hogy ahogy környezetük, gyermekeik felnőnek, ők, úgy öregszenek, ennek hatására többet gondolnak a halálra, az elmúlásra, melynek következménye a halálfélelem megjelenése, felerősödése. Így ebben a korcsoportban a legnagyobb a halálfélelem előfordulása (Békés, 2003; Bengtson, 1977; Gesser mtsai., 1988; Kumar & Nirmala, 1987).

Az időskorra a halál közelségének ténye a kor előrehaladtával egyre elkerülhetlenebbé válik, így egyfajta belenyugvásként a halál elfogadásának különböző formái válnak dominánsá (várakozásteli elfogadás, elfogadás menekülésként, semleges elfogadás) (Westman, Canter & Boitos, 1984; Békés, 2003).

Békés magyarországi populációt felkaroló tanulmányában -ahol a halálatattitűd életkorral kapcsolatos összefüggéseit kutatja-, kiderül, hogy az elfogadás menekülésként attitűd előfordulása az életkor előrehaladtával fokozatosan növekedett. A semleges elfogadás itt is a fiatalokkal szemben az idősekre volt jellemzőbb, de érdemi különbséget a 30-50 korosztállyal szemben nem sikerült kimutatni. A halálfélelem viszont ebben a korosztályban dominált legjobban (30-50 évesek), de az idősekkel összehasonlítva különbséget nem talált. Amikor a vallásosság, mint feltételezett befolyásoló tényező bevonásra került az elemzés során, kiderült, hogy a semleges elfogadásban a kor függvényében nem találni szignifikáns különbséget. A várakozásteli elfogadás előfordulása az életkor előrehaladtával fokozatos növekedést mutat. Végül a halálelkerülés a nemzetközi eredményektől eltérően egyik korosztálynál sem mutatott szignifikáns különbséget, csupán a nem vallásosok kiszűrése után került előtérbe, de ekkor is inkább a középkorúakra volt jellemző (Békés, 2003).



A fentieket figyelembe véve a kivonuló mentődolgozóknál hasonló eloszlási arányokat vártunk az életkor vonatkozásában, a mintánkban viszont az életkor a halállelkerülés és az elfogadás menekülésként halálattitűdökkel mutatott statisztikailag szignifikáns, de értékében elhanyagolható kapcsolatot. Összességében az életkor és a halálattitűd egymástól függetlenek voltak. Így sem a semleges elfogadás, sem a halálfélelem vonatkozásában nem sikerült kapcsolatot felfedezni. Ellenben a neveltetés helye statisztikailag szignifikáns összefüggést mutatott a halálfélelem és a semleges elfogadás halálattitűdökkel (4. ábra). Ennek mélyebb értelmezéséhez további kutatásokra van szükség.

## **H2. Feltételezzük, hogy a kivonuló mentődolgozók körében a problémaelemzés megküzdési mód az, amely a leggyakrabban alkalmazásra kerül.**

Vizsgálatunkból kiderül, hogy a felmérésben résztvevő mentődolgozók a problémaelemzés alszállát alkalmazzák leggyakrabban (4. táblázat). Ács Andrea, aki attitűdök vonatkozásában, többek között vizsgálta a mentésben és a sürgősségi ellátásban dolgozó egészségügyi dolgozókat is, kifejti, hogy a mentődolgozók ismertén állandó „készenlétben” lévő feszült légkörben töltik egész napjukat. Ezen speciális területen dolgozóknak gyors sürgősségi triage-t, nem egyszer emberfeletti küzdelmet kell folytatni az élet megmentéséért, a progresszió, állapotromlás megakadályozásáért. Gyakran szembesülnek azzal a ténnyel, hogy munkájuk, segíteni akarásuk, fáradozásaik kudarcba fullad, a halál minden napos hívatlan „társuk”. Mindezek a kihívások gyors reagálást és gyors döntéseket kívánnak meg a mentődolgozóktól. A helyszín adta, valamint a több helyről érkező impulzusoknak, elvárásoknak való megfelelés, az ezekből adódó feladatok megoldásának kényszere a problémaelemzéses megküzdési stratégiának kedvez (Mildenhall, 2012, Ács, 2020).

Eredményeinkből láthatóvá válik, hogy a mentődolgozók körében az általánosan elfogadott elv, miszerint a problémaelemző megküzdés a férfiakra jellemző, nem érvényes (Oláh, 2005). Ugyan a kivonuló bajtársak jelentős része férfi és a mintánkban talált dominánsan problémaelemző megküzdést ezzel magyarázhatnánk is, de a statisztikai elemzés során kiderül, hogy a férfiak és nők körében csaknem egyformán van jelen ez a megküzdési forma (8. ábra).

A problémaelemzéses stratégia pozitív megküzdési attitűdként fogható fel. Ennek háttérben olyan faktorok meglétét feltételezik, mint a kontroll képesség, a tanult leleményesség, a „keményen helytálló személyiség”, a diszpozicionális optimizmus, koherencia érzés, éntudatosság (Oláh, 2005). Antropovszky nevéhez fűződő salutogenikus megközelítés szerint a figyelmet a kóros tényezők és ezek elkerülése helyett a személyiségtényezőkre helyezi. Ezek a tényezők az Lázarustól ismert stressz megjelenési modellben leírt elsődleges és másodlagos értékelést teszik hatékonyabbá, gyűjtőnéven coping potenciál dimenzióknak hívjuk. A kognitív apparátust a lehetséges pozitív következmények azonosítására hangolják. Segítik a kedvező irányú változások kivitelezését, segítik a megfelelő megküzdési stratégia kiválasztását (Oláh, 2005). Esetünkben a kivonuló mentődolgozók kontrollképessége meghatározó, hisz a kontroll vonatkozik a külső és a belső történésekre egyaránt, így a problémaelemzéses megküzdés egy fő alappillére. A kialakult külső és belső kontrollattitűd az elsődleges értékelésen keresztül befolyásolja a copingstratégiák kiválasztását. A tanult leleményes a megküzdési folyamatban a stratégiák megválasztásán keresztül befolyásoló tényező. Ezen tényező fejlesztésére külföldön a mentődolgozóknál széles körben alkalmazásra került Meichenbaum nevéhez köthető oktatási és terápiás program, melynek célja, hogy a tanult leleményesség alkalmazása hatékonyabb legyen. A tanterv szerint nagyobb hangsúlyt kap a maladaptív megközelítés és viselkedési stratégiák előtérbe helyezése, a problémafókuszú coping stratégia oktatása valamint a feszültség kezelési, érzelem szabályozó technikák kidolgozása. (Meichenbaum, 1977). Az utóbbi időben elterjedtebb a Mitchell által kidolgozott CISD (Critical Incident Stress Debriefing) kurzus is. A „keményen helytálló” személyiség (Kobasa & Maddi, 1977) ismérve a kontrollképesség, a kihívásokra való megfelelő reagálás és az elkötelezettség. Ez utóbbi azt jelenti, hogy az egyén mélyen hisz azon tevékenység lényegi szerepében, amibe belefogott, mindezt személyiségének minden erejével képviseli. Ez a mentődolgozók többségére a tapasztalatunk alapján feltételezhetőleg igaz, így ezen tényező meglétét is felfedezhetjük a kivonuló állomány köreiben, megerősítve ezzel jelen vizsgálatban tapasztalt problémaorientált, problémaelemzéses megküzdés háttérének magyarázatát. A kihívásokra való megfelelő reagálás azon az elképzelésen nyugszik, hogy a változása az élet rendjének egy természetes velejárója, egyik lényeges eleme a fejlődési lehetőség, a másik fontos összetevője a kontrollképesség, mely azon meggyőződésünk, hogy a

racionalitás talaján képesek vagyunk a körülöttünk lévő és bennünket ért hatások ellenőrzésére, befolyásolására -mely valójában nem mindig van így-, és ezek alapján felelősséget vállalunk a velünk törtétekért. Nagy jelentőséggel bír a diszpozicionális optimizmus mely stresszhelyzetekben is a figyelmet a potenciális pozitív következmények felé irányítja, így az adott viselkedés fenntartása szempontjából fontos befolyásoló tényezője lehet a stresszel való megküzdésben, így növelve a megküzdés hatékonyságát, az egészségmegőrzést. Mindezek mellett a mentődolgozóknál is kiemelten fontos lehet a koherenciaérzés, amely az aktuális fenyegetéssel szemben leghatékonyabb megküzdési stratégia kiválasztását irányítja. Oláh szerint a koherenciaérzés az összefüggések átlátása, racionalitás talaján történő megérzés, megértés képessége, olyan határozott bizonyosság, mely azon alapul, hogy a környezetünk változásai bizonyos tényezőket, jeleket figyelembe véve előre jelezhetőek. Három alapfeltétele van, ez a felfogóképesség, a források kezelésének képessége és az értelmesség. (Oláh, 2005.) Végül a személyes éntudatosság is hangsúlyozandó mely egy olyan képesség és hajlam az önelmélyedésre, az egyén belső folyamatainak megfigyelése, annak ellenőrzése. Ez egy olyan „belső térkép”, amit tudatosan használunk fel önmagunk irányításához. Az előzőeken felül a megküzdési hatékonyságot más tényezők is növelik, illetve segítik, ilyenek lehetnek a kompetencia, az énerő, az énhatékonyság vagy a reményképesség (Oláh, 2005). A kivonuló mentődolgozók ezen tényezők számának növekedésével együtt -fentiekben részletezettek alapján- növekszik annak az esélye, hogy a megküzdési stratégia mind inkább a problémaorientáltság irányába tolódjon el.

### **H3 Feltételezzük, hogy a kivonuló mentődolgozók fiatalkori neveltetése során tapasztalt leggyakoribb szülői bánásmód az anyai melegség.**

Vizsgálatunk során észlelt leggyakoribb szülői bánásmód az anyai melegség volt. A kivonuló mentődolgozók körében ez irányú eredmény vizsgálat híján nem elérhető, mely önmagában is felhívja a figyelmet ezen hiánypótló vizsgálati eredmények jelentőségére (4. táblázat). Magyarországon Ranschburg Jenő idézi elsők között Schaefer, aki szerint a meleg szülői bánásmódon belül két altípus is megjelenik. Az egyik a meleg-engedékeny, mely igen kedvező hatással bír a személyiség fejlődésre. Az ilyen módon nevelt gyermek felnőtt korára pozitív módon közelíti meg a problémákat. Ranschburg szerint barátságos, rugalmas, kreatív. A meleg-korlátozó szülői attitűdöt

tanúsítók „túlzottan szeretőek”. Ezen nevelési forma hatására a túlzottan konform viselkedés jön létre, ezen felnőttek későbbiekben kevésbé kreatívak és a szabályokhoz való maximális alkalmazkodáshoz vezethetnek. Ez utóbbi kedvez olyan munkaterület kiválasztásában, ahol a szabályok betartása nagy jelentőséggel bír, emberi életek függenek tőle. A mentőszolgálatra is hasonló szabályszerűség jellemző, mind e mellett a helyszín adta kiszámíthatatlan események és az erre való reagálás kreatív, adaptív viselkedést követel meg, így részben érthetővé válik, hogy eredményeink szerint a vizsgált kivonuló mentődolgozók jelentős részénél a meleg szülői attitűd volt a domináns nevelési stílus. A meleg-korlátozó szülői bánásmód ezeken felül felveti az átlagnál nagyobb szorongás meglétét a mentődolgozók körében, de ez egy következő kutatás témája lehet. Darling és Steinberg (1993) idézik Baumrindet, aki szerint a szülői nevelés során a korlátozás fő célja a kontroll, egyik ilyen formája az autoritatív szülői nevelés, mely szorosan összefügg a meleg szülői attitűddel. Ezen nevelési formát határozott kontroll jellemzi, de mindig ok- okozati összefüggés alapján elmagyarázza annak szükségességét. Támogatja az önálló törekvéseket. Érzelmi melegség és figyelem jellemzi. Ezen személyek korábban válnak önállóbbá, jelentős önkontrollt mutatnak, új helyzetekben bátrabbak, társas kapcsolataik nyitottabbak. Mindezen képességek megléte nélkülözhetetlen egy olyan hivatásban, ahol ezen készségek alkalmazása és megléte mindennapi, így a mentőszolgálatnál is „megkövetelt”. Hisz a bajbajutott, valamint a mentődolgozók első találkozása, a váratlan helyzetek megoldása, szükségessé teszik ezen képességek meglétét.

Chao-Qun Li ápoló és mentőtiszt hallgatók körében végzett vizsgálatában tárgyalja, hogy pozitív kapcsolat van a meleg szülői attitűd és az empátia között, mely utóbbi nélkülözhetetlen a mentőmunka során. Eredményeiből láthatóvá vált, hogy a szülői bánásmódok befolyásolják a személy empátia fejlődését, pozitív és negatív irányba is. Az empátia önmagában is nagyon fontos az egészségügyi ellátás során, hisz szerepet játszik az érzelmi feldolgozás folyamatában, amennyiben ez hiányzik, jelentősen megnehezíti az észlelt érzelmi tartalmak megküzdéses (coping) feldolgozását, a felhalmozódott érzelmi feszültség jelentős belső stresszforrássá válhat. A kritikus, szenvedő betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozóknak (főleg külföldön) ezért gyakran szerveznek olyan tanfolyamokat, amelyek éppen ezt a stresszformát segítik feldolgozni (Wilson, Prescott & Becket, 2012). Hojat szerint a pályakezdő egészségügyi hallgatókban az empátiás

készség jelen van, de a klinikai gyakorlati évben ez jelentősen lecsökken. A további tanulmányi időben is alacsony marad, és a pályakezdés idején is ez a jellemző, azután némi fejlődés állhat be. Az egészségügyi (orvos, nővér, mentőtiszt-paramedic BSc, MSc, PhD) egyetemi képzésben próbálják fokozni az empátiás képességet speciális képzési módszerekkel, gyakorlatokkal (Neumann mtsai, 2012).

**H4 Feltételezzük, hogy a kivonuló mentődolgozók fiatalkori neveltetése során tapasztalt anyai és apai korlátok, valamint apai beleszólás pozitívan befolyásolják a halálfélelem megjelenését.**

Vizsgálatunk alapján azt láthatjuk -ahogy már fentebb részleteztük-, hogy első lépésben a halálfélelem és az anyai korlátok között nem volt statisztikailag kimutatható összefüggés, de a megküzdési alkálák bevonásával már közvetlen negatív kapcsolatot sikerült igazolni, ennek háttérében a halálfélelem és a feszültségredukció pozitív irányú kapcsolata áll, mely együttesen felelősek az elsődleges eredményekért (16. ábra). Az apai korlátoknak azonban eredményeink alapján úgy tűnik, közvetlen statisztikai negatív kapcsolata van a halálfélelemmel, amely megmarad a megküzdési alkálák bevonása után is. Ezen felül közvetlen pozitív kapcsolatra is fény derült a halálfélelem és a feszültségredukció, kockázatkeresés és a kognitív átstrukturálás között (20. ábra). Végül az apai beleszólásnak is bár első ránézésre nem volt közvetlen hatása a halálfélelemre, de ha itt is bevontuk a megküzdési alkálákat akkor kiderült, hogy valójában közvetlen negatív statisztikai kapcsolat van az apai beleszólás és a halálfélelem között, amelyet a pozitív irányú feszültségredukció és kockázat keresés általi kapcsolat hatása ellensúlyoz a modellben (19. ábra). Nagy József a beleszólást pozitív dimenzió mentén rendezi el, kiemelve, hogy minden egyes pedagógiai beavatkozás a készletés, beleszólás és a segítés valamilyen arányú keveréke. Sanders és Turner szerint a korlátok segítik az önszabályozást, másrészt biztonságot adnak, mivel ezeken keresztül tudják, hogy mi fog következni, és melyik helyzetben mit hogyan kell tenni. Margitics és Pauwlik (2006) többek között a szülői bánásmód hatását vizsgálták az egyének megküzdési stratégiáira. Eredményeik azt mutatják, hogy bizonyítható a túlvédő szülői bánásmód hatása az érzelmközpontú megküzdési stratégiával összefüggésben. Esetünkben a túlvédést tovább bontottuk és ezen belül a szülői korlátok és az apai beleszólás mutatott hasonló eredményeket. Ezt tovább vizsgálva a feszültségredukció, mint érzelmközpontú

megküzdés itt közvetlen befolyásoló tényezőként jelent meg a halálfélelem vonatkozásában, hisz ez alapján úgy tűnik, hogy minél feszültségredukálóbb a mentődolgozó, annál jobban növekszik a halálfélelme. Hasonló összefüggésre lett figyelmes Louise Peters ausztrál kutató és munkatársai 2013-ban, akik sürgősségi nővérek körében vizsgálták a halálfélelem és a megküzdés összefüggéseit, eredményeik alapján az idősebb és nagyobb munkatapasztalattal bíró nővérek érzelmközpontú megküzdése volt párhuzamba állítható a halálfélelem mértékével. Ismert, hogy az érzelmközpontú megküzdés és ezen belül a feszültségredukció során az egyén a stresszhelyzethez kapcsolódó érzelmi reakcióit igyekszik enyhíteni (esetünkben ez a halállal való találkozás) azzal a szándékkal, hogy hatékonyan megakadályozza a negatív érzelmek elhatalmasodását. Ebben a folyamatban a hangsúly az érzelmek szabályozásán van, az egyén a stressz hatására keletkezett szorongást, agressziót igyekszik megfelelő módon levezetni ez által jelentős mértékben csökkenteni a következményeket. Amikor befolyásolhatatlan helyzettel találkozunk, érzelmközpontú stratégiákhoz folyamodunk, emellett ismert a pszichológiai tény, hogy a halállal való szembesülés jelentős belső feszültséget okoz, így érthető, hogy a halál, mint a mentődolgozó által nem, vagy csak átmentileg befolyásolható (sikeres újraélesztés) stresszfaktorra való reagálás során hogyan kerül előtérbe a feszültségredukció. Dombek és Wells-Moran a megküzdési stratégiák eredményességét három kategóriába sorolták. Ezen belül alacsony szintű eredményességet tulajdonítottak az érzelmközpontú stratégiákból álló csoportnak. Mivel a feszültségredukció, a kognitív átstrukturálás és a kockázatkeresés is ebbe a kategóriába tartozik így felmerül, hogy gyenge hatékonyságuk miatt feladatukat nem megfelelően vagy hiányosan látják el, így a halálfélelem mértékét ezen keresztül növelhetik (Zsolnai, Kasik & Braunitzer, 2015). Ezen kapcsolat okának pontosítására további kutatásokra van szükség.

A szülői bánásmódon belül megjelenő túlvédés fogalma igen tág, Csomortáni foglalkozik ezzel átfogóbban. Vizsgálatunkban a túlvédést, ahogy már fentebb említettük, három részre osztottuk. Ebből a szülői (apai, anyai) korlátok és a beleszólás (apai) mutatott negatív kapcsolatot a halálfélelemmel. Vagyis eredményeink alapján minél nagyobb mértékű volt az apai beleszólás és a szülői korlátok mértéke annál kisebb volt a halálfélelem megjelenésének esélye. Eddig a túlvédést globálisan nézve negatív tényezőként tartottuk számon, de úgy tűnik, hogy a halálfélelemmel együtt vizsgálva, a

szülői korlátok és az apai beleszólás tekintetében felmerül, mint pozitív befolyásoló faktor is. A pszichológiai túlvédés legfrissebb kutatásai már nem a direkt kapcsolatok (oksági, korrelációs) kimutatását tűzik ki célul a szülői túlvédés hatásainak vizsgálatában, sokkal inkább a túlvédéssel kapcsolatba hozható moderáló és mediáló tényezőket (Baron & Kenny, 1986). Ezek alapján felmerül, hogy a hipotézisben megfogalmazott és eredményeink alapján igazolt szülői korlátok és apai beleszólás, mint a halálfélelmet pozitívan befolyásoló tényezők háttérében olyan mediáló folyamat állhat, melyet jelen kutatás során nem sikerült azonosítani. Bár feltételezésünk szerint eme fenti szülői bánásmód hatására a halállal kapcsolatos értékrend változik meg, az egyén pozitívabb módon áll hozzá a halálhoz és így áttételesen csökken a halálfélelem. A későbbiekben ez irányba is további kutatásokra van szükség.

**H5 Feltételezzük, hogy a kivonuló mentődolgozók fiatalkori neveltetése során észlelt szülői aggodás az érzelem központú megküzdésre gyakorolt hatáson keresztül negatívan befolyásolja a halálfélelem megjelenését.**

Elemzéseink során a halálfélelem és az anyai aggodás adatait áttekintve elsőre sikerült közvetlen statisztikai kapcsolatot kimutatni köztük, viszont ez a kapcsolat a feszültségredukciót bevonva -és csak ebben az egy esetben -megszűnik, tehát ezen szerkezetben vizsgálva kiderül, hogy csupán egy látszólagos kapcsolatról van szó, amely a feszültségredukción keresztül valósul meg, így közvetlen valódi kapcsolat ebben a szerkezeti modellben a halálfélelem és az anyai aggodás között nem valósult meg. Az anyai aggodás és a halálfélelmet tovább vizsgálva -a feszültségredukciót figyelmen kívül hagyva- végül mégiscsak sikerült közvetlen kapcsolatot igazolni köztük, ez a kapcsolat a kognitív átstrukturálás és a kockázatkeresés bevonása után is megmarad. Ugyanakkor az is láthatóvá vált, hogy a kockázatkereső és a kognitív átstrukturálás alszálák önmagukban is hatással vannak a halálfélelemre (18. ábra). Végül a halálfélelem és az anyai aggodás között is szignifikáns kapcsolatot sikerült találni, de ha bevontuk a megküzdési alszálákat akkor ez a kapcsolat megszűnt és kiderült, hogy valójában csak áttételes kapcsolat van az anyai aggodás és a halálfélelem között, amelyet lényegében a feszültségredukció, kognitív átstrukturálás és a kockázatkeresés közvetít (21. ábra). Itt is láthatóvá válik, hogy az érzelemközpontú megküzdés kapcsolatban áll a halálfélelemmel. Ezek alapján felmerül, hogy minél nagyobb a szülői aggodás mértéke, annál gyakoribb a halálfélelem

megjelenésének esélye a kivonuló mentődolgozók körében. Véleményünk szerint az értékelés elején célszerű megbeszélni az aggodalom szülői hatásait. Kozéki kutatásaiból derül ki először, hogy ha az aggodalom dominálja a szülői nevelést, akkor az egyén az élethez való vállalkozó szellemű hozzáállása felnőtt korára jelentősen csökken, korlátozódik, az ilyen nevelést képviselő szülők helyette, nem érte tesznek meg mindent. Az ilyen attitűd következménye az lesz, hogy fiatal felnőtt korra nem mer kilépni a biztonságos családi kötelékből. Külső hatásokra érzékeny, hajlamos a védekező visszavonulásra, megküzdésében az érzelemközpontúság dominál, előnytelen feltételekkel kerül ki a nagybetűs életbe. Felkészületlen a felnőttkori konfliktusokkal szemben. Az analitikus szociálpszichológia egyik jeles képviselője, Fromm szerint az aggódó szülő megfertőzi gyermekét szorongásaival, melyet Csomortáni is kutatásában alátámasztott, eredményei szerint a szülői túlvédés, valamint aggódás kapcsolatban áll a gyermekkori és később a felnőttkori szorongással. Ezen fenti tényezők megléte és maga a fokozottabb szorongás, a halállal való gyakori találkozás potenciórozhatja felnőtt korban a halálfélelem mértékét. A szorongás és a halálfélelem kapcsolatának feltételezése több évtizedre tekint vissza, bár vizsgálatunkban ezen kapcsolatot nem vizsgálatuk, de mint feltételezett oki háttér jelentős mértékben megjelenik. Greenberg és társai (1986) dolgozták ki a „rettegés kezelés elméletét (RKE)”, ennek a kiinduló pontja, hogy minden szorongás a haláltól való félelemben gyökerezik. A természetben az ember az egyetlen, aki képes felfogni saját halandóságát. Azon tudatosulás, hogy a halál elkerülhetetlen és eljövételének ideje ismeretlen, mind ez félelemmel tölt el minket és a folyamatos rettegés gyökerét teremti meg az ember számára. Zana Ágnes megfogalmazásában, ez alapján a halálfélelem folyamatosan dolgozik bennünk, de egészségünk fenntartása érdekében el kell fojtanunk. A halálfélelem kezelését magyarázza a kettős védelem modellje, amely szerint, amikor egy halálélmény tudatosodik bennünk, egyrészt az elhárításhoz, elfojtáshoz, racionalizáláshoz folyamodunk, másrészt a világcép-védelemben, az önbecsülés erősítésében, az értelmes élet igényében keresünk menedéket, amit a tudattalan halálfélelem motivál. A vizsgálatunkban látható halálfélelem és az érzelem központú megküzdés közötti kapcsolat megjelenésének háttére így egyre világosabban kezd körvonalazódni, hisz, ahogy már feljebb említésre került, ezen megküzdési stratégia fő alkalmazási háttére olyan szituáció megjelenése esetén kerül előtérbe, amelynek megoldására racionális, egyértelmű megoldási lehetőség nem áll rendelkezésre, így a



problémát adekvátan nem tudjuk megoldani. Hipotézisünket tovább vizsgálva eljutunk ismételten Margitics és Pauwlik munkásságához, akik a szülői nevelés és a megküzdés kapcsolatának vizsgálatában kiemelkedő szerepet vállaltak. Sikerült igazolniuk, hogy az érzelem központú megküzdés kapcsolatban áll, többek között a szülői túlvédéssel, aggódó neveléssel. Eredményeik hasonlóságot mutatnak a kivonuló mentődolgozók fenti hipotézisünket igazoló eredményeivel (Greenberg, Pyszczynski & Solomon, 1986; Margitics & Pauwlik, 2006)

## 7. KÖVETKEZTETÉSEK

- Feltérképezésre került a résztvevő mentődolgozók halálattitűdje, ezen belül láthatóvá váltak a különböző attitűd alszálák megjelenési arányai és így lehetőségünk nyílt feltárni, hogy azoknál a személyeknél, akik az átlag populációhoz képest gyakrabban találkoznak a halállal, inkább a semleges elfogadás, mint sem a halálfélelem dominál. Ezek háttérnek részletes feltárásához további kutatásokra van szükség.
- A vizsgálat során igyekeztünk feltárni olyan tényezőket is, melyek befolyásolhatják a halálfélelem megjelenésének, előfordulásának gyakoriságát. Ezek alapján előtérbe kerültek pozitív és negatív irányba is hajlamosító faktorok, így igazolódott, hogy az anyai és apai korlátok, valamint az apai beleszólás pozitívan befolyásolják, míg a szülői aggodás az érzelem központú megküzdésre gyakorolt hatáson keresztül negatívan befolyásolja a halálfélelem megjelenését.
- A mintánkban való semleges elfogadás dominanciáját figyelembe véve felmerül, hogy a kivonuló mentődolgozók annak ellenére, hogy az átlag populációhoz képest sokkal gyakrabban találkoznak a halállal -ezen belül is sokszor rendkívüli halállal- annak tényének elfogadása mellett kevesebb figyelmet fordítanak a halál indirekt hatásainak tudatos feldolgozási lehetőségeire, ezek elmaradásából származó negatív következmények monitorizálására életükben. Ismerve a mentődolgozók képzési kurrikulumát, jelentős hiányosságokkal rendelkezik a halállal való találkozás, ezzel kapcsolatos kommunikáció és sürgősségi megközelítése vonatkozásában.
- Eredményeinkből következtetni tudunk a hazai kivonuló mentődolgozók megküzdési stratégiáira. Mind e mellett olyan kiindulási alapot biztosít, mely mentén bátran elindulhatunk a pozitív megküzdési stratégiák fejlesztése irányába, első soron az oktatás színterén.
- A vártnál kisebb mértékben jelent meg a dohányzás, alkohol fogyasztás és nagyobb mértékben a sportolás előfordulása, melyből arra következtethetünk, hogy az önkárosító megküzdési tevékenységek kezdenek háttérbe szorulni a kivonuló mentődolgozók körében.

- Sikerült olyan hazai felmérést végezni a kivonuló bajtársak körében mely feltárja a szülői neveltetésüket, így összehasonlítási alapot létrehozva további kutatások számára annak érdekében, hogy a jövőben felismerhetővé, azonosíthatóvá tegyük a nem megfelelő szülői neveltetésből származó egyéni kockázati tényezőket, melyek befolyásolhatják a hatékony mentőmunkát (pl. szülői neveltetésből származó személyiség jegyek megjelenése, feltárása, következményes pozitív előnyök feltérképezése).
- A halálfélelem mértékének emelkedésével a szorongásos állapotok arányának növekedésében is emelkedés feltételezhető. Kutatásunk alapján felmerül az az igény, hogy minden új belépő mentődolgozó esetében felmérjük a halálfélelem meglétének mértékét, ezt követően a kivonuló években meghatározott időközönként monitorizáljuk ennek változását, ebből következtetve a halálfélelem okozta szorongásos állapotok mértékére, így korábban kerülhetnek felismerésre olyan -zettel kapcsolatos- pszichés kórállapotok, melyek befolyásolhatják a mentőellátás hatékonyságát és minőségét.
- Az oktatás során nagyobb hangsúlyt kell fektetni a halállal kapcsolatos ismeretek elmélyítésére. Szükségesnek látszik olyan speciális kurzusok bevezetése mely konkrét cselekvési tervet és javaslatokat tartalmaz a rendkívüli halállal való találkozás megfelelő feldolgozásához, valamint felhívja a figyelmet azon tényezők azonosítására, mely szorongást keltő hatással bírnak és ezáltal hosszútávon negatívan befolyásolhatják a hatékony mentőellátást.
- A mentő dolgozók képzésében a fentiek mellett hiánypótló igény, hogy már graduális szinten megjelenjen a pozitív megküzdési stratégiák ismeretének és hatékony alkalmazásának megfelelő szintű oktatása. A jövőben törekednünk kell, olyan szimulációs kereteken belül oktatott scenáriók létrehozására, kialakítására, amelyek tudatosan elősegítik a pozitív megküzdési stratégiák hatékony alkalmazását. Mindez a minden napi oktatási gyakorlat részévé kell, hogy váljon.
- Megerősítésre került az az igény, hogy a mentőmunka során, rendkívüli, nagy pszichés megterhelést okozó halálesettel való közvetlen találkozás esetén, közvetlenül az esemény után, minden alkalommal lehetőség legyen rendkívüli szünet megtartására és ez alatt a mentésben résztvevő személyek részére olyan, akár pszichológus jelenlétében történő kiscsoportos megbeszélés megtartására

(Bálint csoport), mely során azonnal feltárhatókká és azonosíthatókká válnak az esemény megrázóbb és a dolgozó számára jelentős megterhelést okozó tényezők. Mind ezek verbalizálása, felszínre hozatala is elősegítheti a hatékony feldolgozást, valamint az eseményből adódó negatív következmények mértékét is csökkenthetik.

### **7.1 A dolgozat új megállapításai**

- Korábban országos szintű felmérés a mentődolgozók halálattitűdjének, megküzdési stratégiáinak és szülői neveltetésének feltételezett összefüggéseit feltáró vizsgálat Magyarországon még nem történt. Ebből adódóan eredményeinket újszerűnek, hiánypótlónak reméljük.
- A mentődolgozók szülői neveltetésére irányuló országos felmérés korábban még nem készült hazánkban, így láthatóvá váltak, hogy a vizsgált populációnkban milyen szülői bánásmód volt a domináns.
- Megállapítottuk, hogy a szakképzésben a halállal és a pozitív megküzdéssel kapcsolatos ismeretek oktatásában módszertani reformokra van szükség.
- A hazai mentődolgozók halálattitűdjét dominánsan a semleges elfogadás jellemzi, de a vártnál nagyobb mértékben megjelenik a halálfélelem is, mely hosszútávon negatívan befolyásolhatja a mentőellátás hatékonyságát.
- Eredményeink alapján felmerül az az igény, hogy az Országos Mentőszolgálat és más, a mentésben aktívan résztvevő magán mentőszolgálatok felvételi eljárásának része lehessen a halálattitűdöt és ezen belül is a halálfélelelmet felmérő és ezt monitorizáló rendszer.
- Vizsgálatunk alapján megállapításra került, hogy a mentődolgozók esetében is kapcsolat fedezhető fel a megküzdési stratégiák és a halálfélelem között, mely alapján célszerű lenne fejleszteni a pozitív megküzdési stratégiák alkalmazásának elősegítését a munkáltató által szervezett speciális oktatások, tréningek megtartása révén.

## 7.2 Javaslatok

- A mentőtiszt szakra történő felvételt követően legyen, több pszichológiai teszt melynek részét képezi a halálattitűd és a megküzdés felmérése is, így a képzés során egyénre szabott pszichológiai felkészítésre nyílik lehetőség, a képzés színvonalát ez által is emelve.
- A mentőszolgálathoz történő felvétel során javasoljuk pszichológiai teszt készítését, mely részét képezi a halálattitűd és a megküzdés felmérése is, így felszínre kerülnének azok a személyek, akik ez irányú fejlesztésre, segítségre szorulnak.
- A képzésben résztvevő és a már végzetek körében javasoljuk halálattitűdöt fejlesztő kurzus (Emergency Death Education and Crisis Training (EDECT)) elvégzését, amely szükség esetén ismételhető lenne.
- A képzés és a már végzetek körében ugyancsak javasoljuk a pozitív megküzdés elősegítésére irányuló tréningek (Critical Incident Stress Debriefing (CIDS)) elvégzését, amely szükség esetén szintén ismételhető lenne.
- Javasoljuk nemzetközi mintára (National EMS Management Association's Resiliency Program (NEMSMA-RP)) létrehozni a hazai mentődolgozók számára is olyan közép és hosszútávú egészségfejlesztési és mentális egészségvédelmi programot, amely hatékonyan segíti a fokozott stresszel, halálfélelemmel kapcsolatos megküzdést.

## 8. ÖSSZEFOGLALÁS

**Bevezetés:** a kivonuló mentődolgozók munkájuk során minden napi szinten találkoznak olyan eseményekkel, amikor fokozott stressznek vannak kitéve, ennek egy jelentős lelki megterhelést okozó példája a váratlan, erőszakos halálesetekkel való szembesülés, melynek következtében növekedhet az ellátó halálfélelme. A nem megfelelő megküzdési stratégiák esetén ennek kapcsán növekszik a szorongás és az ezzel kapcsolatos mentális betegségek előfordulásának gyakorisága.

**Célkitűzés:** egy olyan átfogó vizsgálatot tűztünk ki általános célul, amely a kivonuló mentődolgozók halálattitűdjét ezen belül a halálfélelem és a halálelkerülés mértékét méri fel. Továbbá célunk volt még feltárni a mentődolgozók legjellemzőbb megküzdési mechanizmusait, valamint a szülői neveltetésükről is releváns információt szolgáltatni. Konkrét célkitűzésünk volt a halálfélelem és a szülői bánásmód, valamint a megküzdés között feltételezett kapcsolatok feltárása.

**Módszer:** az Országos Mentőszolgálat és a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (mentésügyi tagozat) tagjai körében végzett online, kérdőíves felmérés eredményeinek deskriptív és többváltozós, regressziós elemzése. Méréseszköznek az WOC-22, DAP-R és az s-EMBU kérdőíveket használtuk, amit saját szerkesztésű kérdésekkel egészítettünk ki. **Eredmények:** a kivonuló mentődolgozók (n=626) halálattitűdjét vizsgálva kiderült, hogy leggyakrabban a semleges elfogadás jellemzi őket. A megküzdés vonatkozásában a problémaelemzés bizonyult a leggyakrabban alkalmazott eljárásnak. A szülői bánásmódok közül pedig egy kismértékű anyai túlsúllyal a melegség és a túlvédőkorlátozás dominált. Feltárultak azok a közvetlen vagy közvetett összefüggések, mely egyes szülői bánásmód és a halálfélelem, halálelkerülés, valamint a megküzdés között feltételezhető volt.

**Következtetés:** látótérbe kerültek olyan kapcsolati lehetőségek, mely a halálfélelem vonatkozásában pozitív vagy negatív irányú hajlamosító tényezőként szerepelnek. Megerősítésre került, hogy a mentőmunka során nagy pszichés megterhelést okozó haláleseménnyel történő találkozást követően szükség van kiscsoportos beszélgetésre a résztvevők között (Bálint csoport). A képzésben résztvevő és a már végzetek körében javasoljuk halálattitűdöt fejlesztő kurzus (Emergency Death Education and Crisis Training (EDECT)) valamint a pozitív megküzdést elősegítő tréningek elvégzését.

## 9. SUMMARY

**Introduction:** ambulance workers encounter events on a daily basis during their work where they are exposed to increased stress. They can experience significant mental strain when facing unexpected, violent deaths, which can increase their fear of death and the incidence of related mental illnesses.

**Aim:** we set to carry out a comprehensive study to assess ambulance workers' attitude to death, in terms of fear of death and avoidance of death. In addition, we aimed to explore the most common coping mechanisms of ambulance workers and to provide relevant information about their parental upbringing. Our specific goal was to explore the hypothesised relationships between fear of death, parental upbringing, and coping mechanisms.

**Method:** descriptive and multivariate regression analysis of the results of an online, questionnaire survey conducted among the members of the National Ambulance Service and the Hungarian Chamber of Health Care Professionals (rescue department). WOC-22, DAP-R, and s-EMBU questionnaires were used as measurement tools, supplemented with self-edited questions.

**Results:** examining ambulance workers' (n = 626) attitude to death revealed that they were most often characterised by neutral acceptance. In terms of coping, problem analysis has proven to be the most commonly used mechanism. Of the parental upbringing styles, with a slight maternal predominance, warmth and overprotective restriction dominated. The direct or indirect connections that could be assumed between certain styles of parental upbringing and fear of death, avoidance of death, and coping were revealed.

**Conclusion:** Possible relationships have emerged that are positive or negative predisposing factors for fear of death. The findings confirmed that a small group discussion (Bálint group) is needed for ambulance workers after encountering a death causing substantial psychological strain. We recommend that both under-graduate and graduate paramedics participate in an Emergency Death Education and Crisis Training (EDECT) course as well as in trainings that promote positive coping strategies.

## 10. IRODALOMJEGYZÉK

- Ács, A. (2020). *Egészségügyi szakdolgozók mentális zavarokkal kapcsolatos ismereteinek és a mentális betegséggel diagnosztizált emberekkel szembeni attitűdjének vizsgálata*. Semmelweis Egyetem Patológiai Tudományok Doktori Iskola, Budapest.
- Alexander, D. A., Klein, S. (2001). Ambulance personnel and critical incidents: the impact of accident and emergency work on mental health and emotional well-being. *The British Journal of Psychiatry*, 178(1), 76–81. doi: 10.1192/bjp.178.1.76.
- Allport, G.W. (1979) Az attitűdök. In: Halász L., Hunyady Gy. Marton M. (szerk.) *Az attitűd pszichológiai kutatásának kérdései*. Budapest, Akadémiai Kiadó.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health. How people Manage Stress and Stay Well*. London: Jossey-Bass.
- Armstrong, D. (1987). Silence and truth in death and dying. *Social Science and Medicine*, 24(8), 651-657. doi: 10.1016/0277-9536(87)90308-x.
- Arrindell, W. A., Akkerman, A., Bagés, N., Feldman, L., Caballo, V. E., Oei, T. P. S., . . . Zaldívar, F. (2005). The Short-EMBU in Australia, Spain, and Venezuela. *European Journal of Psychological Assessment*, 21(1), 56-66. doi:10.1027/1015-5759.21.1.56.
- Arrindell, W. A., Perris, C., Eisemann, M, Van der Ende, J., Gaszner, P., Iwawaki, S., . . . Zhang, J. E. (1994). Parental rearing behaviour from a cross-cultural perspective: a summary of data obtained in 14 nations. In W. Vandereycken, C. Perris, W. A. Arrindel, & M. Eisemann (Eds.), *Parenting and psychopathology* (pp. 145-171.). New York: John Wiley & Sons.
- Atkinson, R. L., Atkinson, R. C., Smith, E. E., & Bem, D. J. (1997). *Pszichológia*. Budapest: Osiris Kiadó.
- Backer-Fulghum, L. M., Patock-Peckham, J. A., King, K. M., Roufa, L., Hagen, L. (2012). The stress-response dampening hypothesis: how self-esteem and stress act as mechanisms between negative parental bonds and alcohol-related problems in emerging adulthood. *Addictive behaviors*, 37(4), 477-484. doi: 10.1016/j.addbeh.2011.12.012.



- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122–147. doi: 10.1037/0003-066X.37.2.122.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182. doi: 10.1037//0022-3514.51.6.1173.
- Baumrind, D. (1967). Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic Psychology Monographs*, 75(1), 43-88.
- Baumrind, D. (1980). New directions in socialization research. *American Psychologist*, 35(7), 639- 652. doi: 10.1037/0003-066X.35.7.639.
- Baumrind, D. (1993). The average expectable environment is not good enough: A response to Scarr. *Child Development*, 64(5), 1299-1317. doi: 10.2307/1131536.
- Becker, W. C. (1964). Consequences of different kinds of parental discipline. In M. L. Hoffman, L.W. Hoffman (Eds.), *Review of Child Development Research* (pp. 169-208). New York: Russel Sage Foundation.
- Becker, W. C., Peterson, D. R., Hellmer, L.A., Shoemaker, D.J., Quay, M.C. (1959). Factors in parental behavior and personality ea related to problem behavior in children. *Journal of Counseling Psychology*, 23(2), 107-118. doi: 10.1037/h0046243.
- 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.
- Bengtson, V. L., Cuellar, J. B., & Ragan, P. K. (1977). Stratum contrasts and similarities in attitudes toward death. *Journal of Gerontology*, 32(1), 76–88. doi: 10.1093/geronj/32.1.76.
- Bennett, H. J. (2003). Humor in Medicine. *Southern Medical Journal*, 96(12), 1257–1261. doi: 10.1097/01.SMJ.0000066657.70073.14.
- Brandstadter, J., Wentura, D., & Greve, W. (1993). Adaptive resources of the aging self: outlines of an emergent perspective. *International Journal of Behavioral Development*, 16(2), 323-350. doi: 10.1177/016502549301600212.
- Brezsnyánszky, L. (1998). *A bátorító nevelés alapjai*. Budapest: IF alapítvány.

- Bruno, F. J. (1991). *The Family Mental Health Encyclopedia*. New York: John Wiley & Sons.
- Buda, B. (1997). A halál és a haldoklás szociálpszichológiai tényezői és folyamatai. *Kharón Thanatológiai Szemle*, 1(1), 5-15.
- Carriere, J., & Bourque, C. (2008). The effects of organisational communication on job satisfaction and organizational commitment in a land ambulance service and the mediating role of communication satisfaction. *Career Development International*, 14(1), 29–49.
- Carver, S. C., & Scheirer, M. F. (1998). *Személyiségpszichológia*. Budapest: Osiris Kiadó.
- Castells, M. (2005). *A hálózati társadalom kialakulása: Az információ kora. Gazdaság, társadalom és kultúra. I. kötet*. Budapest: Gondolat Könyvkiadó.
- Chao-Qun, L., Qian, M., Yu-Ying, L., & Kun-Juan, J. (2018). Are parental rearing patterns and learning burnout correlated with empathy amongst undergraduate nursing students? *International Journal of Nursing Sciences*, 5(4), 409-413. doi: 10.1016/j.ijnss.2018.07.005.
- Copp, G. (1998). A review of current theories of death and dying. *Journal of Advanced Nursing*, 28(2), 382–390. doi: 10.1046/j.1365-2648.1998.00794.x.
- Csabai, M., & Molnár, P. (2009). *Orvosi pszichológia és klinikai egészségpszichológia*. Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Cseri, P. (2002). *Segítségnyújtás a végeken*. Budapest: Magyar Hospice-Palliatív Egyesület.
- Csomortáni, D. Z. (2005). Anyámasszony katonái. A szülői túlvédés lélektani háttere és következményei. In K. Lovász (Ed.), *Élménypedagógia* (pp. 141-181). Szeged: Lectum.
- Csomortáni, D. Z. (2013). Ártalmas gondoskodás: A pszichológiai túlvédés empirikus vizsgálatának fő vonulata. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 68(4), 737-771.
- Csomortáni, D. Z. (2014). *Túl jó / elég rossz szülők: A pszichológiai túlvédés okai, jellemzői, következményei és kezelési lehetőségei: Doktori (PhD) Disszertáció*. ELTE Neveléstudományi Doktori Iskola, Budapest.
- Csorba, J., Papp, M., Simon, L., & Simoni, S. (1998). Szülői attitűdök vizsgálata öngyilkossági kísérletet elkövetett serdülő lányoknál. *Végeken*, 9(2-3), 4–9.

- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: an integrative model. *Psychological Bulletin*, *113*(3), 487-496. doi: 10.1037/0033-2909.113.3.487.
- Denton, M., & Walters, V. (1999). Gender differences in structural and behavioral determinants of health: An analysis of the social production of health. *Social Science & Medicine*, *48*(9), 1221–1235. doi: 10.1016/S0277-9536(98)00421-3
- Dixon, R. D., & Kinlaw, B. J. R. (1983). Belief in the existence and nature of life after death: A research note. *Omega*, *13*(3), 287-292.
- Elias, N. (2000). *A haldoklók magányossága*. Budapest: Helikon.
- Essex, B., & Benz-Scott, L. (2008). Chronic stress and associated coping strategies among volunteer ems personnel. *Prehospital Emergency Care*, *12*(1), 69–75. doi: 10.1080/10903120701707955.
- Safari Malak-Kolaei, F., Sanagoo, A., Pahlavanzadeh, B., Akrami, F., Jouybari, L., & Jahanshahi, R. (2021). The Relationship Between Death and Do Not Resuscitation Attitudes Among Intensive Care Nurses. *OMEGA*, in press. doi: 10.1177/0030222820959235.
- Feifel, H. (1990). Psychology and death: meaningful rediscovery. *American Psychologist*, *45*(4), 537-543. doi: 10.1037//0003-066x.45.4.537.
- Freud, S. (1926). *Inhibitions, symptoms and anxiety*. Stamford: Psychoanalytic Institute.
- Fromm, E. (1995). *Pszichoanalízis és vallás*. Budapest: Akadémiai Kiadó.
- Fromm, E. (2000). *A szeretet művészete*. Budapest: Háttér.
- Gesser, G., Wong, P. T. P., & Reker, G. T. (1988). Death attitudes across the life span: The development and validation of the Death Attitude Profile (DAP). *Omega*, *18*(2), 113-128. doi:10.2190/0DQB-7Q1E-2BER-H6YC.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1965). *Awareness of dying*. Chicago: Aldine.
- Gorer, G. (1955). The Pornography of Death. *Encounter*, *1955*(October), 49-52. Retrieved 2022. 04. 05. from <http://www.unz.org/Pub/Encounter-1955oct-00049>
- Göriş, S., Taşcı, S., Özkan, B., Ceyhan, Ö., Kartın, P. T., Çeliksoy, A., . . . Eser, B. (2017). Effect of terminal patient care training on the nurses' attitudes toward death in an oncology hospital in Turkey. *Journal of Cancer Education*, *32*(1), 65–71. doi: 10.1007/s13187-015-0929-6.
- Goswami, A. (1993). *The self-aware universe*. New York: G. P. Putnam's Sons.

- Göbl, G. (2006). Oxiológia sajátosságai. In G. Göbl (Ed.), *Oxiológia* (pp. 10-13). Budapest: Medicina.
- Greenberg, J., Pyszczynski, T., & Solomon, S. (1986). The causes and consequences of a need for self-esteem: A terror management theory. In R. F. Baumeister (Ed.), *Public self and private self* (pp. 189-207). New York: Springer-Verlag.
- Greenberg, J., Simon, L., Pyszczynski, T., Solomon, S., & Chatel, D. (1992): Terror management and tolerance: Does mortality salience always intensify negative reactions to others who threaten one's worldview? *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(2), 212-220. doi: 10.1037//0022-3514.63.2.212.
- Greenberg, J., Solomon, S., Pyszczynski, T., Rosenblatt, A., Burling, J., Lyon, D., . . . Pinel, E. (1992). Why do people need self-esteem? Converging evidence that self-esteem serves an anxiety-buffering function. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(6), 913-922. doi: 10.1037//0022-3514.63.6.913.
- Haan, N. (1977). *Coping and Defending: Process of self-environment organization*. New York: Academic Press.
- Haan, N. (1982). The assessment of coping, defense and stress. In L. Goldberg & K. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 21-35). London: The Free Press.
- Hall, L. A., Peden, A. R., Rayens, M. K., & Beebe, L. H. (2004). Parental Bonding: A Key Factor for Mental Health of College Women. *Issues in Mental Health Nursing*, 25(3), 277-291. doi: 10.1080/01612840490274787.
- Halpern, J., Gurevich, M., Schwartz, B., & Brazeau, P. (2009). What makes an incident critical for ambulance workers? Emotional outcomes and implications for intervention. *Work and stress*, 23(2), 173-189. doi: 10.1080/02678370903057317.
- Handa, H., Ito, A., Tsuda, H., Ohsawa, I., & Ogawa, T. (2009). Low level of parental bonding might be a risk factor among women with prolonged depression: a preliminary investigation. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63(6), 721-729. doi: 10.1111/j.1440-1819.2009.02018.x.
- Hegedűs, K., Zana, Á., & Szabó, G. (2006). Medikusok halálképe és a halállal, haldoklással foglalkozó kurzusok hatásai. *Kharón Thanatológiai Szemle*, 10(3-4), 39-50.

- Hegedűs, K., Pilling, J., Kolosai, N., & Bognár, T. (2001). Ápolók és orvosok halálal és haldoklással kapcsolatos attitűdje. *Lege Artis Medicinae*, *11*(6-7), 492-499.
- Hojat, M. (2007). *Empathy in Patient Care. Antecedents, Development, Measurement and Outcomes*. New York: Springer.
- Hojat, M. (2009). Ten approaches for enhancing empathy in health and human services cultures. *Journal of Health and Human Services Administration*, *31*(4), 412–450.
- Hojat, M., Vergare, M. J., Maxwell, K., Brainard, G., Herrine, S. K., Isenberg, G. A., . . . Gonnella, J. S. (2009). The Devil is in the Third Year: A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School. *Academic Medicine*, *84*(9), 1182–1191. doi: 10.1097/ACM.0b013e3181b17e55.
- Iranmanesh, S., Dargahi, H., & Abbaszadeh, A. (2008). Attitudes of Iranian nurses toward caring for dying patients. *Palliative & Supportive Care*, *6*(4), 363–369. doi: 10.1017/S1478951508000588.
- Jeffers, F. C., Nichols, C. R., & Eisdorfer, C. (1961). Attitudes of older persons toward death. A preliminary study. *Journal of Gerontology*, *16*(1), 53-56. doi: 10.1093/geronj/16.1.53.
- Jonsson, A., & Sergesten, K. (2004). Guilt, shame and need for a container: a study of post-traumatic stress among ambulance personnel. *Accident and Emergency Nursing*, *12*(4), 215–233. doi: 10.1016/j.aen.2004.05.001.
- Jung, C. G. (1997). *Gondolatok az apáról, az anyáról és a gyermekről*. Budapest: Kossuth Kiadó.
- Kárpáty, Á. (2002). *A gyász szociológiája*. Budapest: MTA PTI Etnoregionális Kutatóközpont.
- Kashani, J. H., Rosenberg, T., Beck, N. C., Reid, J. C., & Battle, E. F. (1987). Characteristics of well-adjusted adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry*, *32*(6), 418–422. doi: 10.1177/070674378703200602.
- Kobasa, S. C., & Maddi, S. R. (1977). Existential personality theory. In R. Corsini (Ed.), *Current personality theory* (pp. 243–275). Itasca: Peacock.
- Kopp, M. (2001). Magatartástudományi ember–környezeti rendszerszemléleti modell. In B. Buda & M. Kopp (Eds.), *Magatartástudományok* (pp. 23-46.) Budapest: Medicina.

- Kopp, M. & Skrabski, Á. (1995). *Alkalmazott magatartástudomány: a megbirkózás egyéni és társadalmi stratégiái*. Budapest: Corvinus.
- Kovács, E., & Pikó, B. (2010). A család egészségvédő hatása a serdülők körében. In B. Pikó (Ed.), *Védőfaktorok nyomában. A káros szenvedélyek megelőzése és egészségfejlesztés serdülőkorban* (pp. 131-142). Budapest: L'Harmattan.
- Kozéki, B. (1975). *Motiválás és motiváció*. Budapest: Tankönyvkiadó.
- Kubler-Ross, E. (1981). *Living with death and dying*. New York, NY: Macmillan.
- Kumar, G. M., & Nirmala, S. (1987). A study of death anxiety among heart attack patients. *Indian Psychological Review*, 32(1) 29-34.
- Kuo, B. C. H. (2011). Culture's consequences on coping: Theories, evidences and dimensionalities. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 42(6), 1084-1100. doi:10.1177/0022022110381126.
- Lantos, K. (2015). *A szülői bánásmód és a családi rituálék összefüggései, valamint hatásuk a serdülők és posztadoleszcensek szorongásra való hajlamára és megküzdési stratégiáira: Doktori (Ph.D.) értekezés*. Pécsi Tudománytem Egészségtudományi Kar, Doktori Iskola, Pécs.
- Lazarus, R. S. (1968). Emotions and adaptation: conceptual and empirical relations. *Nebraska Symposium on Motivation*, 16, 175-266.
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21. doi: 10.1146/annurev.ps.44.020193.000245.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisals, and Coping*. New York: Springer.
- Leming, M. (1980). Religion and Death: A Test of Homan's Thesis. *Omega*, 10(4) 347-363.
- Levy, D. M. (1966). *Maternal Overprotection*. New York: W. W. Norton & Company, Inc.
- Maccoby, E. E., & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: parent-child interaction. In: E. M. Hetherington (Ed.), *Handbook of child psychology 4. Social, Emotional, and Personality Development* (pp- 1-103). New York: Wiley.

- Margitics, F., & Pauwlik, Z. (2006). Megküzdési stratégiák preferenciájának összefüggése az észlelt szülői nevelői hatásokkal. *Magyar pedagógia*, 106(1), 43-62.
- Masten, A. S., Miliotis, D., Graham-Bermann, S. A., Ramirez, M., & Neemann, J. (1993). Children in homeless families: Risk to mental health and development. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 335–343. doi: 10.1037/0022-006X.61.2.335.
- Masten, A. S., & Reed, M. G. J. (2002). Resilience in development. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds), *The Handbook of Positive Psychology*, (pp. 74-88). New York: Oxford University Press.
- McAdams, D. P., de St. Aubin, E., & Logan, R. L. (1993). Generativity among young, midlife, and older adults. *Psychology and Aging*, 8(2), 221-230. doi:10.1037/0882-7974.8.2.221
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-Behavior Modification: An Integrative Approach*. New York: Plenum. doi: 10.1007/978-1-4757-9739-8.
- Mildenhall, J.(2012). Occupational stress, paramedic informal coping strategies: a review of the literature. *Journal of Paramedic Practice*, 4(6), 318-328. doi: 10.12968/jpar.2012.4.6.318.
- Mischke, M. (1996). *Der Umgang mit dem Tod Vom Wandel in der abendländischen Geschichte*. Berlin: Dietrich Reimer Verlag.
- Mitchell, J. T. (1988). Stress. Development and functions of a critical incident stress debriefing team. *Journal of Emergency Medicine*, 13(12), 42-46.
- Moos, R. H. (1993). *Coping response inventory manual: Adult Form manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Moretti, M. M, & Higgins, E. T. (1990). Relating self-discrepancy to self-esteem: The contribution of discrepancy beyond actual-self ratings. *Journal of Experimental Social Psychology*, 26(2), 108-123.
- Moskola, V., Eke, Cs., Takács, J., Susánszky, É., Székely, A., Hornyák, I., Balogh, Z. (2021a). Investigating the attitude of ambulance workers towards death. *Kontakt*, 23(1), 14-19. doi: 10.32725/kont.2021.007.

- Moskola, V., Susánszky, É., Székely, A., Hornyák, I., Ozsvárt, B., Néninger, T., Balogh, Z. (2020a). Szülői bánásmód vizsgálata kivonuló mentődolgozók körében. *Nővér*, 33(3), 27-33.
- Moskola, V., Szabó, G., Susánszky, É., Székely, A., Hornyák, I., Ozsvárt, B., Balogh, Z. (2020b). A szülői nevelés hatása a halálélkerülésre és a halálfélelemre kivonuló mentődolgozók körében. *Egészségtudomány*, 64(4), 100-123. doi:10.29179/EgTud.2020.4.100-123.
- Moskola, V. Sándor Á. D., Susánszky É., Székely A., Hornyák I., Ozsvárt B., Néninger T., Balogh Z. (2021b). Examination of coping strategies among on-site paramedics. *EJMH*, 16 (2) 184-195. doi: 10.5708/EJMH.16.2021.2.9
- Nagy, J. (2008). Kritériumorientált fejlődéssegítés. In E. Korom (Ed.), *Kompetencia alapú oktatás és hatékonyság* (pp. 5-25). Szeged: Koch Sándor Tudományos Ismeretterjesztő Társulat.
- Neimeyer, R. A., & Moore, M. K. (1994). Validity and reliability of the Multidimensional Fear of Death Scale. In R. A. Neimeyer (Ed.), *Death anxiety handbook: Research, instrumentation and application* (pp. 103–119). New York: Taylor & Francis.
- Neimeyer, R. A., Van Brunt, D. (1995). Death anxiety. In H. Wass & R. A. Neimeyer (Eds.), *Dying: Facing the facts* (pp. 49-88). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Neumann, M., Scheffer, C., Tauschel, D., Lutz, G., Wirtz, M., & Edelhauser, F. (2012). Arztliche Empathie: Definition, Outcome-Relevanz und Messung in der Patientenversorgung und medizinischen Ausbildung. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 29(1), Doc11. doi: 10.3205/zma000781.
- Oláh, A. (2005). *Érzelmek, megküzdés és optimális élmény. Belső világunk megismerésének módszerei*. Budapest: Trefort Kiadó.
- Oláh, A. (2004). Megküzdés és pszichológiai immunitás. In O. Boros & Cs. Pléh (Eds.), *Bevezetés a pszichológiába* (pp. 631-663). Budapest: Osiris.
- Ordog, G. J. (1986). Dealing with sudden death of the emergency patient. *Canadian Family Physician*, 32, 797–802.
- Osofsky, J. D., & Thompson, M. D. (2000). Adaptive and maladaptive parenting: Perspectives on risk and protective factors. In J. P. Shonkoff, J. P. & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of Early Children Intervention* (pp. 54-75). Cambridge: Cambridge University Press. doi: 10.1017/CBO9780511529320.



- Parker, G. (1983). *Parental overprotection: a risk factor in psychosocial development*. New York: Grune & Stratton.
- Parkes, K. R. (1986). Coping in stressful episodes: the role of individual differences, environmental factors, and situational characteristics. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1277–1292. doi: 10.1037//0022-3514.51.6.1277.
- Pataky, N. (2014). Megküzdés és Tehetség. In: I. Dávid, M. Fülöp, N. Pataky & J. Rudas (Eds.), *Stressz, megküzdés, versengés, konfliktusok* (pp. 67-84). Budapest: Magyar Tehetségsegítő Szervezetek Szövetsége.
- Payne, S. A., Dean, S. J., & Kalus, C. (1998). A comparative study of death anxiety in hospice and emergency nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 28(4), 700-706. doi: 10.1046/j.1365-2648.1998.00632.x.
- Pék, E., Székely-Benke, Z., Betlehem, J., & Fuller, N. (2015). Mentődolgozók és mentőtiszthallgatók halállal és haldoklással kapcsolatos attitűdjének összehasonlító vizsgálata. *Orvosi Hetilap*, 156(40), 1618-1624. doi: 10.1556/650.2015.30266.
- Peters, L., Cant, R., Payne, S., O'Connor, M., McDermott, F., Hood, K., . . . Shimoinaba, K. (2013). Emergency and palliative care nurses' levels of anxiety about death and coping with death: A questionnaire survey. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 16(4), 152-159. doi: 10.1016/j.aenj.2013.08.001.
- Pilling, J. (2010). *A halál, a haldoklás és a gyász kultúranropológiája és pszichológiája: szöveggyűjtemény*. Budapest: Semmelweis Kiadó.
- Prati, G., Palestini, L., & Pietrantonio, L. (2009). Coping strategies and professional quality of life among emergency workers. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 2009(1), 1–11.
- Ranschburg, J. (1975). A szülői magatartás és a nevelői attitűdök hatása a gyermeki viselkedésre. In F. Lénárd (Ed.), *Iffúság és Pszichológia: pszichológiai tanulmányok. XIV.* (pp. 33-50). Budapest: Akadémiai Kiadó.
- Regehr, C., Goldberg, G., & Hughes, J. (2002). Exposure to human tragedy, empathy and trauma in ambulance paramedics. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 72(4), 505–513. doi: 10.1037/0002-9432.72.4.505.

- Regehr, C., & Millar, D. (2007). Situation critical: low control, and low support in paramedic organisations. *Traumatology*, *13*(1), 49-58. doi:10.1177/1534765607299912.
- Regehr, C. (2005). Bringing the Trauma Home: Spouses of Paramedics. *Journal of Loss and Trauma*, *10*(2), 97-114. doi: 10.1080/15325020590908812.
- Richter, J., Eisemann, E., & Ferris, C. (1994). The relation between perceived parental rearing and dysfunctional attitudes in unipolar depressive inpatients. *Clinical Psychiatry and Psychotherapy*, *1*(2), 82–86. doi: 10.1002/cpp.5640010204.
- Rigdon, M. A., & Epting, F. R. (1985). Reduction in death threat as a basis for optimal functioning. *Death Studies*, *9*(5-6), 427- 448. doi: 10.1080/07481188508252535.
- Rózsa, S., Purebl, Gy., Susánszky, É., Kő, N., Szádóczy, E., Réthelyi, J., . . . Kopp, M. (2008). A megküzdés dimenziói: A konfliktusmegoldó kérdőív hazai adaptációja. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, *9*(3), 217-241. doi: 10.1556/Mental.9.2008.3.3.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, *147*, 598–611. doi:10.1192/bjp.147.6.598.
- Sanders, M. R. & Turner, K. M. T. (2018). The Importance of Parenting in Influencing the Lives of Children In M. R. Sanders & A. Morawska (Eds.), *Handbook of Parenting and Child Development Across the Lifespan*. Cham: Springer.
- Safari Malak-Kolaei, F., Sanagoo, A., Pahlavanzadeh, B., Akrami, F., Jouybari, L., & Jahanshahi, R. (2020). The Relationship Between Death and Do Not Resuscitation Attitudes Among Intensive Care Nurses. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, in press. doi:10.1177/0030222820959235
- Sági, I. (2011). Helyszín. In I. Sági (Ed.), *Elsősegélynyújtás* (pp. 25-38). Debrecen: Debreceni Egyetemi Kiadó.
- Schaefer, E. S. (1959). A circumplex model for maternal behaviour. *Journal of Abnormal Social Psychology*, *59*, 226-235. doi: 10.1037/h0041114.
- Schaefer, E. S. (1965.). Children's Reports of Parental Behavior: Inventory. *Child Development*, *36*(2), 413-424. doi: 10.2307/1126465.

- Schober, M. F., & Conrad, F. G. (2015). Improving social measurement by understanding interaction in survey interviews. *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences*, 2(1), 211-219. doi: 10.1177/2372732215601112.
- Shakespeare-Finch, J., Smith, S., & Obst, P. (2002). Trauma, coping resources and family functioning in emergency services personnel: a comparative study. *Work and Stress*, 16(3), 275-282. doi: 10.1080/0267837021000034584.
- Sharma, A., Yadava, G.S., & Deshmukh, S.G. (2011). A literature review and future perspectives on maintenance optimization. *Journal of Quality in Maintenance Engineering*, 17(1), 5-25. doi: 10.1108/13552511111116222.
- Sterud, T., Hem, E., Ekeberg, O., & Bjørn, L. (2007). Occupational stress and alcohol use: a study of two samples of operational police and ambulance personnel in Norway. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68(6), 896–904. doi:10.15288/jsad.2007.68.896.
- Szépe, O. K. (2015). *A hospice és a haldoklás kommunikációja: Doktori értekezés*. Budapesti Corvinus Egyetem Társadalmi Kommunikáció Doktori Iskola, Budapest.
- Szondy, M. (2006). Optimizmus és egészség. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 61(4), 617–636.
- Tangherlini, T. R. (2000). Heroes and Lies: Storytelling Tactics among Paramedics. *Folklore*, 111(1), 43–66.
- Tauszik, K. (2014. 10. 13). *Nehezen azonosítható kockázatok a munkahelyen* [Konferencia előadás]. Magyar Ergonómiai Társaság Szakmai Napja, Budapest. Retrieved 2021. 09. 30. from [https://met.ergonomiavilaga.hu/subsites/PT/MET\\_PT\\_TK.pdf](https://met.ergonomiavilaga.hu/subsites/PT/MET_PT_TK.pdf)
- Thorson, J. A., & Powell, F.C. (1994). A revised death anxiety scale. In R. A. Neimeyer (Ed.), *Death Anxiety Handbook: research, instrumentation and application* (pp. 303-381). New York: Taylor and Francis.
- Tomer, A., & Eliason, G. (1996). Toward a comprehensive model of death anxiety. *Death Studies*, 20(4), 343-365. doi: 10.1080/07481189608252787.
- Tóth, I., & Gervai, J. (1999). Szülői Bánásmód Kérdőív (H-PBI). A Parental Bonding Instrument (PBI) magyar változata. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 54(4), 551-566.

- Tüzer, H., Kirca K., & Özveren H. (2020). Investigation of Nursing Students' Attitudes Towards Death and Their Perceptions of Spirituality and Spiritual Care. *Journal of Religion and Health*, 59(4), 2177-2190. doi: 10.1007/s10943-020-01004-9.
- Várfiné Komlósi, A., Vass, Z., & Rózsa, S. (1996). A depresszióra való hajlam serdülőkori felismerésének és módosításának lehetőségei. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 52(1–3), 101–124.
- Walter, T. (1995). Facing Death Without Tradition. In G. Howarth & P. Jupp (Eds.), *Contemporary Issues in the Sociology of Death, Dying and Disposal* (pp. 196-204). London: Palgrave Macmillan.
- Wang, L., Li, C., Zhang, Q., & Li, Y. (2018). Clinical nurses' attitudes towards death and caring for dying patients in China. *International Journal of Palliative Nursing*, 24(1), 33–39. doi: 10.12968/ijpn.2018.24.1.33
- Ward, C. L., Lombard, C. J., & Gwebushe, N. (2006). Critical incident exposure in south african emergency services personnel: prevalence and associated mental health issues. *Emergency Medicine Journal*, 23(3), 226–231. doi: 10.1136/emj.2005.025908.
- Wastell, C. A. (2002). Exposure to trauma: The long-term effects of suppressing emotional reactions. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(12), 839–845. doi: 10.1097/00005053-200212000-00006
- Weiss, J. R., McCabe, M. A., & Denning, M. D. (1994). Primary and secondary control among children undergoing medical procedures: Adjustment as a function of coping style. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(2), 324–332. doi:10.1037//0022-006x.62.2.324.
- Westman, A. S., Canter, F. M., & Boitos, T. M. (1984). Denial of fear or of death in young and elderly populations. *Psychological Reports*, 55(2), 413-414. doi: 10.2466/pr0.1984.55.2.413.
- Wilson, S. E., Prescott, J., & Becket, G. (2012). Empathy Levels in First and Third Year Student in Health and Non-Health Disciplines. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 76(2), 24. doi: 10.5688/ajpe76224.
- Wong, P. T. P., Reker, G. T., & Gesser, G. (1994). Death Attitude Profile – Revised: A multidimensional measure of attitudes toward death (DAP-R). In R. A. Neimeyer

- (Ed.), *Death anxiety handbook: Research, instrumentation and application* (pp. 121-148). New York: Taylor & Francis.
- Zana, Á. (2009). A halálkép alakulása és változása Magyarországon, a korosztályos értékítélet-különbségek és a lehetséges mérési módszerek vizsgálata. Tabu-e még a halál? *Orvosi Hetilap*, 150(25), 1183–1187. doi: 10.1556/oh.2009.28577
- Zsolnai, A., Kasik, L., & Braunitzer, G. (2015). Coping strategies at the ages 8, 10 and 12. *Educational Psychology*, 35(1), 73-92. doi: 10.1080/01443410.2014.916397

## 11. SAJÁT PUBLIKÁCIÓS JEGYZÉK

### 11.1 Az értekezés témájában megjelent eredeti közlemények

- Moskola, V.,** Eke, C., Takács, J., Susánszky, É., Székely, A., Hornyák, I., Balogh, Z. (2021). Investigating the attitude of ambulance workers towards death. *Kontakt*, 23(1), 14-19. doi: 10.32725/kont.2021.007.
- Moskola, V.,** Szabó, G., Susánszky, É., Székely, A., Hornyák, I., Ozsvárt, B., Balogh, Z. (2020). A szülői nevelés hatása a haláلهlkerülésre és a halálfélelemre kivonuló mentődolgozók körében. *Egészségtudomány*, 64(4), 100-123. doi:10.29179/EgTud.2020.4.100-123.
- Moskola, V.,** Susánszky, É., Székely, A., Hornyák, I., Ozsvárt, B., Néninger, T., Balogh, Z. (2020). Szülői bánásmód vizsgálata kivonuló mentődolgozók körében. *Nővér*, 33(3), 27-33.
- Moskola, V.** Sándor Á. D., Susánszky É., Székely A., Hornyák I., Ozsvárt B., Néninger T., Balogh Z. (2021). Examination of coping strategies among on-site paramedics. *EJMH*, 16 (2) 184-195. doi: 10.5708/EJMH.16.2021.2.9

### 11.2 Egyéb – nem az értekezés témájában megjelent – eredeti közlemények

- Moskola, V.,** Hornyák, I. (2015). A mellkasi fájdalomról részletesebben mentőszakápolóknak. *Nővér*, 28(2), 17-22.
- Moskola, V.,** Hornyák, I. (2012). Mélyebb ismeretek a heveny balszívfél elégtelenség helyszíni vonatkozásairól mentő szakápolók számára. *Nővér*, 25(6), 28-36.

### 11.3 Könyvfejezetek, jegyzetek

- Moskola, V.,** Hornyák, I. (2018). Egyetemi jelgyzet: Légútbiztosítás. Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Budapest.
- Moskola, V.,** Hornyák, I. (2018). Egyetemi jelgyzet: Vénás utak. Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Budapest.

## 12. KÖSZÖNETNYÍLVÁNÍTÁS

Elsőként szeretnék köszönetet mondani témavezetőmnek, **Dr. Balogh Zoltánnak**, aki hasznos tanácsaival segített, mindig bátorított, támogató közbenjárásával a már elveszni látszó helyzetekben is mellém állt. Nagy hálával tartozom egykori tanáromnak, az Országos Mentőszolgálat jelenlegi orvosigazgatójának **Dr. Pápai Györgynek**, aki a kutatási engedélyezés során lehetővé tette számomra a kutatás megkezdését. Köszönöm **Dr. Takács Johannának**, hogy segítséget nyújtott a kutatás statisztikai elemzésében. Köszönöm **Prof. Dr. Székely Andreának** és **Dr. Susánszky Évának**, akik lelkes támogatásukkal, nélkülözhetetlen segítségükkel lehetővé tették dolgozatom megszületését. A továbbiakban szeretnék köszönetet mondani **Orbán Zsófiának** az irodalomjegyzékkel kapcsolatos jelentős segítségéért.

Hálás vagyok a kivonuló mentődolgozóknak, akik kitöltötték a kutatási kérdőívemet, továbbá azoknak a tanszéki és klinikumbeli kollégáknak, ismerősöknek, barátoknak, akik a munkatársaik kitöltésre buzdításával segítettek a vizsgálatot lebonyolítani.

Kifejezett köszönet illeti mentoromat, **Dr. Hornyák Istvánt**, aki türelmével és tanácsaival bátorított az oktatói pályán.

Köszönettel tartozom a családom tagjainak, akik támogattak, elviseltek, pótoltak, amikor a közös életünkből „elvesztem” és megértést tanúsítottak a legnehezebb időszakaimban. Feleségemnek **Moskola-Szuimbájeva Oxánának** külön köszönet a gondoskodó, szerető segítségért valamint fiaimnak, **Máténak** és **Marcinak** a gyermeki türelmükért, sok játékból való nélkülözés miatt.

Végezetül köszönöm **Édesanyámnak**, hogy egykor elindított az egészségügyi pályán. Örökké el nem múló hálával és mélységes fájdalommal gondolok rá, hogy 2013 óta a mennyei magasokból figyelni utamat.

### **13. MELLÉKLETEK**

1. melléklet: Táblázatok jegyzéke
2. melléklet: Ábrák jegyzéke
3. melléklet: 7. táblázat: A halálattitűd és a vizsgált szociodemográfiai, munkahelyi és egészségmagatartási tényezők feltárt összefüggései
4. melléklet: 10. táblázat: A megküzdés és a vizsgált szociodemográfiai, munkahelyi és egészségmagatartási tényezők feltárt összefüggései
5. melléklet: 16. táblázat: Szülői bánásmód a munkahely regionális elhelyezkedése alapján
6. melléklet: 19 a. táblázat: A szülői bánásmód és a vizsgált szociodemográfiai, munkahelyi és egészségmagatartási tényezők feltárt összefüggései (Apai bánásmód)
7. melléklet: 19 b. táblázat: A szülői bánásmód és a vizsgált szociodemográfiai, munkahelyi és egészségmagatartási tényezők feltárt összefüggései (Anyai bánásmód)
8. melléklet: 20 a. táblázat: A szülői nevelési attitűdök regressziója a halálattitűd kérdőív alskáláira, a megküzdés alskáláit bevonva, nőkre vonatkoztatva ( $p < 0,05$ )
9. melléklet: 20 b. táblázat: A szülői nevelési attitűdök regressziója a halálattitűd kérdőív alskáláira, a megküzdés alskáláit bevonva, férfiakra vonatkoztatva ( $p < 0,05$ )
10. melléklet: ETT-TUKEB szakmai-etikai engedély
11. melléklet: OMSZ engedély és támogató nyilatkozat
12. melléklet: A kérdőív
13. melléklet: WOC Faktorelemzés eredményei
14. melléklet: sEMBU Faktorelemzés eredményei



## 1. melléklet

### Táblázatok jegyzéke

1. táblázat: A felmérésben részvevő kivonuló mentődolgozók demográfiai jellemzői
2. táblázat: A felmérésben részvevő kivonuló mentődolgozók munkahelyi jellemzői
3. táblázat: A felmérésben részvevő kivonuló mentődolgozók egészség- és rizikómagatartási jellemzői
4. táblázat: A felhasznált kérdőívek leíró statisztikai mutatói a kivonuló mentődolgozók körében
5. táblázat: A munkaév, munkaóra és munkaviszony kapcsolata a halálattitúddal
6. táblázat: Az alkoholfogyasztás és testmozgás kapcsolata a halálattitúddal
7. táblázat: A halálattitúd és a vizsgált szociodemográfiai, munkahelyi és egészségmagatartási tényezők feltárt összefüggései (mellékletben)
8. táblázat: A munkaév, munkaóra és munkaviszony kapcsolata a megküzdéssel
9. táblázat: Az alkoholfogyasztás és testmozgás kapcsolata a megküzdéssel
10. táblázat: A megküzdés és a vizsgált szociodemográfiai, munkahelyi és egészségmagatartási tényezők feltárt összefüggései (mellékletben)
11. táblázat: Szülői bánásmód férfiak és nők körében
12. táblázat: Szülői bánásmód az iskolai végzettség függvényében
13. táblázat: Szülői bánásmód a vallásos és nem vallásos személyek körében
14. táblázat: Szülői bánásmód a családi állapot függvényében
15. táblázat: Szülői bánásmód a beosztás függvényében
16. táblázat: Szülői bánásmód a munkahely regionális elhelyezkedése alapján (mellékletben)
17. táblázat: Szülői bánásmód a mentőjármű alapján
18. táblázat: Szülői bánásmód az anyagi helyzettel való elégedettség függvényében
- 19 a. táblázat: A szülői bánásmód és a vizsgált szociodemográfiai, munkahelyi és egészségmagatartási tényezők feltárt összefüggései (Apai bánásmód) (mellékletben)
- 19 b. táblázat: A szülői bánásmód és a vizsgált szociodemográfiai, munkahelyi és egészségmagatartási tényezők feltárt összefüggései (Anyai bánásmód) (mellékletben)

20 a. táblázat: A szülői nevelési attitűdök regressziója a halálattitűd kérdőív alskáláira, a megküzdés alskáláit bevonva, nőkre vonatkoztatva ( $p < 0,05$ ) (mellékletben)

20 b. táblázat: A szülői nevelési attitűdök regressziója a halálattitűd kérdőív alskáláira, a megküzdés alskáláit bevonva, férfiakra vonatkoztatva ( $p < 0,05$ ) (mellékletben)

## 2. melléklet

### Ábrák jegyzéke

1. ábra: Halálattitűd a nem függvényében (\*\*  $p < 0,005$ )
2. ábra: Halálattitűd az iskolai végzettség függvényében (\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,001$ )
3. ábra: Halálattitűd a vallásosság függvényében (\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,001$ )
4. ábra: Halálattitűd a neveltetés helyének függvényében (\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,005$ )
5. ábra: Halálattitűd a jelenlegi lakóhely függvényében (\*  $p < 0,05$ )
6. ábra: Halálelkerülés a beosztás függvényében
7. ábra: Halálattitűd az anyagi helyzettel való elégedettség függvényében (\*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,001$ )
8. ábra: Megküzdési stratégiák a nem függvényében (\*\*  $p < 0,001$ )
9. ábra: Megküzdési stratégiák az iskolai végzettség függvényében (\*  $p < 0,05$ )
10. ábra: Megküzdési stratégiák a családi állapot függvényében (\*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,005$ )
11. ábra: Megküzdés a jelenlegi lakóhely függvényében (\*\*  $p < 0,05$ )
12. ábra: Feszültségredukció a beosztás függvényében.
13. ábra: Megküzdés az anyagi helyzettel való elégedettség függvényében (\*  $p < 0,05$ )
14. ábra: Az apai aggodás közvetlen kapcsolata a halálelkerüléssel Nők körében (a feltüntetett számok a standardizált  $\beta$ -koefficiens értékeket jelzik)
15. ábra: Az apai aggodás és a kognitív átstrukturálás közvetlen kapcsolata a halálelkerüléssel a férfiak körében (a feltüntetett számok a standardizált  $\beta$ -koefficiens értékeket jelzik)
16. ábra: Anyai korlátok hatása a halálfélelemre férfiak körében (a feltüntetett számok a standardizált  $\beta$ -koefficiens értékeket jelzik)
17. ábra: Az anyai aggodás és feszültségredukció kapcsolatai a halálfélelemmel férfiak körében (a feltüntetett számok a standardizált  $\beta$ -koefficiens értékeket jelzik)
18. ábra: Az anyai aggodás közvetlen, valamint a kognitív átstrukturálás és a kockázatkeresés hatása a halálfélelemre férfiak körében (a feltüntetett számok a standardizált  $\beta$ -koefficiens értékeket jelzik)
19. ábra: Az apai beleszólás és a halálfélelem kapcsolata a feszültségredukció és a kockázatkeresés bevonásával férfiak körében (a feltüntetett számok a standardizált  $\beta$ -koefficiens értékeket jelzik)

20. ábra: Az apai korlátok negatív, valamint egyes megküzdési alskálák pozitív irányú kapcsolatai a halálfélelemmel férfiak körében (a feltüntetett számok a standardizált  $\beta$ -koefficiens értékeket jelzik).

21. ábra: Az apai aggodás és egyes megküzdési alskálák közvetlen kapcsolata a halálfélelemmel férfiak körében (a feltüntetett számok a standardizált  $\beta$ -koefficiens értékeket jelzik)

## 3. melléklet

7. táblázat: A halálattitűd és a vizsgált szociodemográfiai, munkahelyi és egészségmagatartási tényezők feltárt összefüggései (Moskola mtsai, 2021a)

	Halálattitűd				
	Halál-elkerülés	Várakozásteli elfogadás	Elfogadás menekülésként	Halál-félelem	Semleges elfogadás
<b>Teljes minta, átlag±szórás</b>	3,42±1,76	3,28±1,72	3,10±1,59	2,76±1,28	5,88±1,19
<b>Szociodemográfiai tényezők</b>					
Nem	férfiak	ns	férfiak	ns	ns
Életkor	ns	ns	ns	ns	ns
Iskolai végzettség	középfokú	középfokú	ns	ns	ns
Vallásosság	ns	vallásos	vallásos	ns	ns
Családi állapot	ns	ns	ns	ns	ns
Nevelt gyermekek száma	ns	ns	ns	ns	ns
Neveltetés helye	város	ns	ns	város	megyeszékhely/ főváros
Jelenlegi lakhely	ns	saját	saját	ns	ns
<b>Munkahelyi jellemzők</b>					
Beosztás	mentőtechnikus	ns	ns	ns	ns
Munkavégzés helye	ns	ns	ns	ns	ns
Mentőjármű szintje	ns	ns	ns	ns	ns
Munkarend	ns	ns	ns	ns	ns
Munkaév	ns	ns	ns	ns	ns
Havi munkaóra	ns	ns	ns	ns	ns
Munkaviszonyok száma	ns	ns	ns	ns	ns
Anyagi helyzet elégedettség	nem/közepesen	ns	ns	ns	ns
<b>Egészségmagatartás</b>					
Dohányzás	ns	ns	ns	ns	ns
Alkoholfogyasztás	ns	ns	ns	ns	ns
Testmozgás	ns	ns	ns	ns	ns

## 4. melléklet

**10. táblázat: A megküzdés és a vizsgált szociodemográfiai, munkahelyi és egészségmagatartási tényezők feltárt összefüggései**

	Megküzdés			
	Probléma- elemzés	Feszültség- redukció	Kognitív átstrukturálás	Kockázat- keresés
<b>Teljes minta, átlag±szórás</b>	2,89±0,56	2,22±0,66	2,40±0,64	1,62±0,61
<b>Szociodemográfiai tényezők</b>				
Nem	ns	nők	ns	ns
Életkor	ns	negatív gyenge	ns	ns
Iskolai végzettség	ns	BSc	ns	ns
Vallásosság	ns	ns	ns	ns
Családi állapot	ns	nőtlen/hajadon	ns	ns
Nevelt gyermekek száma	ns	ns	ns	ns
Neveltetés helye	ns	ns	ns	ns
Jelenlegi lakhely	ns	bérelt	ns	ns
<b>Munkahelyi jellemzők</b>				
Beosztás	ns	mentőtisztek	ns	ns
Munkavégzés helye	ns	ns	ns	ns
Mentőjármű szintje	ns	ns	ns	ns
Munkaév	ns	ns	ns	ns
Havi munkaóra	ns	ns	ns	ns
Munkaviszonyok száma	ns	ns	ns	ns
Anyagi helyzet elégedettség	elégedett	ns	ns	ns
<b>Egészségmagatartás</b>				
Dohányzás	ns	ns	ns	ns
Alkoholfogyasztás	ns	ns	ns	ns
Testmozgás	ns	ns	ns	ns

## 5. melléklet

16. táblázat: Szülői bánásmód a munkahely regionális elhelyezkedése alapján

Anya	Észak-Mo		Észak-Alföld		Dél-Alföld		Pest/Budapest		Közép-Dunántúl		Nyugat-Dunántúl		Dél-Dunántúl		F	p
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
Elutasítás	1,53	0,52	1,43	0,44	1,48	0,43	1,54	0,47	1,45	0,46	1,37	0,29	1,60	0,55	1,953	0,074
Melegség	3,09	0,62	2,98	0,66	3,02	0,64	2,86	0,72	3,01	0,70	3,14	0,69	2,98	0,66	1,383	0,222
Beleszólás	1,83	0,66	1,75	0,50	1,86	0,57	1,98	0,66	1,76	0,62	1,68	0,49	1,98	0,72	2,953	0,009
Korlátok	2,93	0,55	2,89	0,55	3,01	0,58	2,87	0,70	2,89	0,65	3,00	0,60	2,96	0,62	0,818	0,557
Aggódás	2,38	0,68	2,33	0,67	2,30	0,66	2,34	0,82	2,03	0,73	2,35	0,76	2,26	0,63	2,134	0,050
Apa	Észak-MO		Észak-Alföld		Dél-Alföld		Pest/Budapest		Közép-Dunántúl		Nyugat-Dunántúl		Dél-Dunántúl		F	p
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
Elutasítás	1,55	0,58	1,43	0,44	1,41	0,38	1,57	0,56	1,52	0,55	1,31	0,32	1,67	0,76	3,524	0,002
Melegség	2,88	0,72	2,62	0,78	2,76	0,78	2,55	0,77	2,82	0,72	2,93	0,77	2,77	0,84	2,724	0,014
Beleszólás	1,63	0,64	1,56	0,47	1,56	0,51	1,66	0,66	1,59	0,49	1,37	0,36	1,74	0,56	3,664	0,002
Korlátok	2,87	0,61	2,61	0,68	2,80	0,60	2,63	0,77	2,73	0,69	2,81	0,64	2,87	0,68	2,085	0,056
Aggódás	2,24	0,76	2,01	0,67	1,96	0,65	1,90	0,71	1,89	0,65	2,16	0,68	1,98	0,68	2,324	0,034

## 6. melléklet

**19 a. táblázat: A szülői bánásmód és a vizsgált szociodemográfiai, munkahelyi és egészségmagatartási tényezők feltárt összefüggései (Apai bánásmód)**

Apa						
	aggódás	elutasítás	melegség	beleszólás	korlátok	aggódás
<b>Teljes minta, átlag±szórás</b>	2,29±0,72	1,50±0,53	2,73±0,77	1,60±0,55	2,74±0,68	1,99±0,69
<b>Szociodemográfiai tényezők</b>						
Nem	ns	ns	nők	ns	ns	nők
Életkor	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Iskolai végzettség	középfokú	ns	ns	ns	ns	MSc/PhD
Vallásosság	ns	ns	ns	ns	ns	vallásos
Családi állapot	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Nevelt gyermekek száma	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Neveltetés helye	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Jelenlegi lakhely	ns	ns	ns	ns	ns	ns
<b>Munkahelyi jellemzők</b>						
Beosztás	ns	ns	ns	ns	ns	mentőorvos
Munkavégzés helye	ns	Dél-Dunántúl / Pest,Bp	Nyugat-Dunántúl	Dél-Dunántúl / Pest,Bp	ns	Észak-Magyarország
Mentőjármű szintje	ns	ns	ns	ns	egyéb	ns
Munkarend	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Munkaév	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Havi munkaóra	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Munkaviszonyok száma	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Anyagi helyzet elégedettség	ns	ns	ns	ns	elégedett	ns
<b>Egészségmagatartás</b>						
Dohányzás	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Alkoholfogyasztás	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Testmozgás	ns	ns	ns	ns	ns	ns



## 7. melléklet

**19 b. táblázat: A szülői bánásmód és a vizsgált szociodemográfiai, munkahelyi és egészségmagatartási tényezők feltárt összefüggései (Anyai bánásmód)**

<b>Anya</b>				
	<b>elutasítás</b>	<b>melegség</b>	<b>beleszólás</b>	<b>korlátok</b>
<b>Teljes minta, átlag±szórás</b>	1,49±0,46	2,99±0,67	1,85±0,61	2,93±0,61
<b>Szociodemográfiai tényezők</b>				
Nem	ns	ns	ns	nők
Életkor	ns	ns	ns	ns
Iskolai végzettség	ns	ns	ns	MSc/PhD
Vallásosság	ns	vallásos	ns	vallásos
Családi állapot	ns	ns	ns	házas/élettársi
Nevelt gyermekek száma	ns	ns	ns	ns
Neveltetés helye	ns	ns	ns	ns
Jelenlegi lakhely	ns	ns	ns	ns
<b>Munkahelyi jellemzők</b>				
Beosztás	gk-vezető	ns	gk-vezető	mentőorvos
Munkavégzés helye	ns	ns	Dél-Dunántúl / Pest,Bp	ns
Mentőjármű szintje	egyéb	ns	egyéb	egyéb
Munkarend	ns	ns	ns	ns
Munkaév	ns	ns	ns	ns
Havi munkaóra	ns	ns	ns	ns
Munkaviszonyok száma	ns	ns	ns	ns
Anyagi helyzet elégedettség	ns	ns	ns	elégedett
<b>Egészségmagatartás</b>				
Dohányzás	ns	ns	ns	ns
Alkoholfogyasztás	ns	ns	ns	ns
Testmozgás	ns	ns	ns	ns

## 8. melléklet

**20 a. táblázat: A szülői nevelési attitűdök regressziója a halálattitűd kérdőív alskáláira, a megküzdés alskáláit bevonva, nőkre vonatkoztatva ( $p < 0,05$ ) (Moskola mtsai, 2020b)**

Nők								
Bemeneti változó	Mediátor változó	Cél-változó	Mediátorral kontrollálva					
			Bementi		Bementi		Mediátor	
			standardizált $\beta$ -koefficiens	p	standardizált $\beta$ -koefficiens	p	standardizált $\beta$ -koefficiens	p
			Túlvédés-Aggódás – F	Probléma-elemzés	Halál-elkerülés	<b>0,26</b>	<b>0,028</b>	<b>0,27</b>
Túlvédés-Aggódás – F	Feszültség-redukció	Halál-elkerülés	<b>0,26</b>	<b>0,028</b>	<b>0,27</b>	<b>0,028</b>	-0,04	0,764
Túlvédés-Aggódás – F	Kognitív átstrukturálás	Halál-elkerülés	<b>0,26</b>	<b>0,028</b>	<b>0,26</b>	<b>0,030</b>	0,17	0,158
Túlvédés-Aggódás – F	Kockázat-keresés	Halál-elkerülés	<b>0,26</b>	<b>0,028</b>	<b>0,26</b>	<b>0,034</b>	0,08	0,477

## 9. melléklet

**20 b. táblázat: A szülői nevelési attitűdök regressziója a halálattitűd kérdőív alskáláira, a megküzdés alskáláit bevonva, férfiakra vonatkoztatva (p<0,05) (Moskola mtsai, 2020b)**

Férfiak								
Bemeneti változó	Mediátor változó	Célváltozó	Mediátorral kontrollálva					
			Bementi		Bementi		Mediátor	
			standardizált $\beta$ -koefficiens	p	standardizált $\beta$ -koefficiens	p	standardizált $\beta$ -koefficiens	p
Túlvédés-Aggódás - F	Problémaelemzés	Haláléletrülés	<b>0,12</b>	<b>0,007</b>	<b>0,11</b>	<b>0,009</b>	0,06	0,196
Túlvédés-Aggódás - F	Feszültség-redukció	Haláléletrülés	<b>0,12</b>	<b>0,007</b>	<b>0,11</b>	<b>0,013</b>	0,04	0,350
Túlvédés-Aggódás - F	Kognitív átstrukturálás	Haláléletrülés	<b>0,12</b>	<b>0,007</b>	<b>0,09</b>	<b>0,031</b>	0,16	0,000
Túlvédés-Aggódás - F	Kockázatkeresés	Haláléletrülés	<b>0,12</b>	<b>0,007</b>	<b>0,11</b>	<b>0,014</b>	0,05	0,240
Túlvédés-Korlátok - M	Feszültség-redukció	Halálfélelem	<b>-0,07</b>	<b>0,079</b>	<b>-0,09</b>	<b>0,031</b>	0,20	0,000
Túlvédés-Aggódás - M	Problémaelemzés	Halálfélelem	<b>0,11</b>	<b>0,007</b>	<b>0,11</b>	<b>0,008</b>	0,02	0,707
Túlvédés-Aggódás - M	Feszültség-redukció	Halálfélelem	<b>0,11</b>	<b>0,007</b>	<b>0,08</b>	<b>0,055</b>	0,18	0,000
Túlvédés-Aggódás - M	Kognitív átstrukturálás	Halálfélelem	<b>0,11</b>	<b>0,007</b>	<b>0,10</b>	<b>0,017</b>	0,14	0,001

Túlvédés- Aggódás – M	Kockázatker- esés	Halálfélel- em	<b>0,11</b>	<b>0,007</b>	<b>0,10</b>	<b>0,014</b>	0,11	0,008
Túlvédés- Beleszólás - F	Feszültség- redukció	Halálfélel- em	<b>-0,07</b>	<b>0,105</b>	<b>-0,12</b>	<b>0,005</b>	0,22	0,000
Túlvédés- Beleszólás - F	Kockázatker- esés	Halálfélel- em	<b>-0,07</b>	<b>0,105</b>	<b>-0,09</b>	<b>0,035</b>	0,14	0,001
Túlvédés- Korlátok - F	Probléma- elemzés	Halálfélel- em	<b>-0,11</b>	<b>0,009</b>	<b>-0,12</b>	<b>0,007</b>	0,04	0,272
Túlvédés- Korlátok - F	Feszültség- redukció	Halálfélel- em	<b>-0,11</b>	<b>0,009</b>	<b>-0,12</b>	<b>0,004</b>	0,20	0,000
Túlvédés- Korlátok - F	Kognitív átstruktúrálás	Halálfélel- em	<b>-0,11</b>	<b>0,009</b>	<b>-0,12</b>	<b>0,006</b>	0,15	0,000
Túlvédés- Korlátok - F	Kockázatker- esés	Halálfélel- em	<b>-0,11</b>	<b>0,009</b>	<b>-0,11</b>	<b>0,013</b>	0,11	0,009
Túlvédés- Aggódás - F	Probléma- elemzés	Halálfélel- em	<b>0,10</b>	<b>0,025</b>	<b>0,09</b>	<b>0,027</b>	0,02	0,582
Túlvédés- Aggódás - F	Feszültség redukció	Halálfélel- em	<b>0,10</b>	<b>0,025</b>	<b>0,07</b>	<b>0,124</b>	0,18	0,000
Túlvédés- Aggódás - F	Kognitív átstruktúrálás	Halálfélel- em	<b>0,10</b>	<b>0,025</b>	<b>0,08</b>	<b>0,076</b>	0,14	0,001
Túlvédés- Aggódás - F	Kockázatker- esés	Halálfélel- em	<b>0,10</b>	<b>0,025</b>	<b>0,08</b>	<b>0,068</b>	0,11	0,015

## 10. melléklet

1

**Egészségügyi Tudományos Tanács**  
**Tudományos és Kutatásetikai Bizottság (ETT TUKEB)**  
*Levelezési cím: H-1051 Budapest, Széchenyi István tér 7-8.*  
*Székhely: Budapest 1054 Alkotmány u. 25.*

Ügyiratszám: **11994- /2018/EKU**  
Ügyintéző neve: **Dr. Kardon Tamás titkár**  
Elérhetősége: **tukeb@emmi.gov.hu**  
Telefon: **795-1197**

**Tárgy:** Engedélyező határozat

***Kutatóhely neve:** Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Alkalmazott Egészségtudományi Intézet, Ápolástan Tanszék*

***Kutatóhely címe:***

*Budapest  
Vas utca 17.  
1088*

***Kutatásvezető:** Dr. Balogh Zoltán és Moskola Vladimir részére*

### HATÁROZAT

A(z) Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Alkalmazott Egészségtudományi Intézet, Ápolástan Tanszék, mint megbízó (1088 Budapest Vas utca 17.) képviselőjében Dr. Balogh Zoltán (1088 Budapest Vas utca 17.) (továbbiakban: Kérelmező) "A halállal kapcsolatos attitűd, a konfliktusmegoldás és a szülői neveltetés összefüggéseinek vizsgálata kivonuló mentődolgozók körében." című, beavatkozással nem járó vizsgálat engedélyezése iránt kérelmet nyújtott be az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottságához (az ETT TUKEB-hez).

Az ETT TUKEB, mint első fokú hatóság, a vizsgálat engedélyezése iránti kérelmet megvizsgálta és a következő, testületi véleményen alapuló döntést hozta:

Az ETT TUKEB a benyújtott kérelem szerinti, beavatkozással nem járó vizsgálatra

#### **a szakmai-etikai engedélyt megadja.**

A Bizottság megfontolásra javasolja, hogy a kutatók vegyék figyelembe a munkakörülmények hatását az eredményekre.

Az eljárás során eljárási költség nem merült fel tekintettel arra, hogy a kérelmezett vizsgálat nem kereskedelmi vizsgálat.

A Bizottság döntése ellen a közlést követő 15 napon belül van helye fellebbezésnek az ETT Elnökségéhez. A fellebbezést az ETT TUKEB-hez kell benyújtani.

A fellebbezési eljárás illeték- és díjmentes.

Ügyiratszám: 11994-2/2018/EKU

## INDOKOLÁS

A Kérelmező "A halállal kapcsolatos attitűd, a konfliktusmegoldás és a szülői neveltetés összefüggéseinek vizsgálata kivonuló mentődolgozók körében. című, beavatkozással nem járó vizsgálat engedélyezése iránt kérelmet nyújtott be ETT TUKEB-hez, ami 2018. február 14-én érkezett meg a Bizottsághoz.

Az eljárás megindult, és a Bizottság az általános közigazgatási rendtartásról szóló 2016. évi CL. törvény (továbbiakban:Ákr.) 43.§ (1) - (3) bekezdéseinek megfelelően függő hatályú végzést bocsátott ki.

A Bizottság megvizsgálta és megtárgyalta a kérelmet és a csatolt dokumentumokat.

### **A tervezett, beavatkozással nem járó vizsgálat azonosító adatai:**

#### **A vizsgálat címe:**

"A halállal kapcsolatos attitűd, a konfliktusmegoldás és a szülői neveltetés összefüggéseinek vizsgálata kivonuló mentődolgozók körében."

**Kutatásvezető, aki az egész vizsgálatot vezeti:** Dr. Balogh Zoltán és Moskola Vladimir

#### **Megbízó neve és címe:**

Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Alkalmazott Egészségtudományi Intézet,  
Ápolástan Tanszék  
1088 Budapest, Vas utca 17.

**A vizsgálat tervezett időtartama:** 2018.04.02 - 2018.09.01

### **A vizsgálatban résztvevő vizsgálóhelyek felsorolása, valamint az adott vizsgálóhelyen a vizsgálat vezetője:**

Országos Mentőszolgálat

\*Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Alkalmazott Egészségtudományi Intézet, Oxiológia és Sürgősségi Ellátás Tanszék(1088, Bp. Vas utca 17.)

Az ETT TUKEB a kutatási engedély iránti kérelemről *az emberen végzett orvostudományi kutatások, az emberi felhasználásra kerülő vizsgálati készítmények klinikai vizsgálata, valamint az emberen történő alkalmazásra szolgáló, klinikai vizsgálatra szánt orvostechnikai eszközök klinikai vizsgálata engedélyezési eljárásának szabályairól* szóló 235/2009. (X. 20.) Korm. rendelet (a továbbiakban: 235/2009. Korm. rendelet) 18. § (2) bekezdése alapján a következőket állapította meg:

a) A beadott kérelem tárgyául szolgáló vizsgálat valóban beavatkozással nem járó vizsgálat-e?  
Igen

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

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

Igen

c1) A betegtájékoztató és a beleegyező nyilatkozat tervezett szövege megfelel-e az emberen végzett orvostudományi kutatásokról szóló miniszteri rendeletben foglaltaknak?

Igen

c2) A toborzás tervezett szövege megfelel-e az emberen végzett orvostudományi kutatásokról szóló miniszteri rendeletben foglaltaknak?

Igen

Mindezek alapján a Bizottság a rendelkező résznek megfelelően határozott, és engedélyezte a kutatási engedély iránti kérelemben megjelölt beavatkozással nem járó vizsgálatot.

Felhívjuk figyelmét arra a jogszabályi kötelezettségére, mely szerint a beavatkozással nem járó vizsgálat befejezését követő kilencven napon belül értesítenie kell az ETT TUKEB-et a vizsgálat befejezéséről, a bevont betegek számáról, illetve köréről, továbbá a vizsgálat befejezését követő száznyolcvan napon belül értesítenie kell az ETT TUKEB-et a vizsgálat célkitűzésére adott válaszáról. (Ezt az előírást az *emberen végzett orvostudományi kutatásokról szóló 23/2002. (V. 9.) EüM rendelet* (továbbiakban: *23/2002. (V. 9.) EüM rendelet*) 20/O. § tartalmazza.)

Kérjük, amennyiben a beavatkozással nem járó vizsgálat nem kezdődik el, vagy idő előtt lezárásra kerül, akkor erről - az indokok felsorolásával - e-mailen és levélben is tájékoztassa az ETT TUKEB-et. (Ezt a *23/2002. (V. 9.) EüM rendelet* 21. § (3) bekezdése írja elő.)

Az ETT TUKEB eljárása és határozata elsősorban az *egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény* (továbbiakban: *Eütv.*) 164/A. § (1) és (2).bekezdésein, a *235/2009. (X. 20.) Korm. rendelet* 17/A. § (1) - (4), a 18. § (1) és (2) bekezdésein, valamint az *általános közigazgatási rendtartásról szóló 2016. évi CL. törvény* (továbbiakban: *Ákr.*) 80. § (1) bekezdésén és az *Ákr.* 81. § (1) és (4) bekezdésein alapul.

A kutatás engedélyezési eljárásokban az *Eütv.* 164/B. § kimondja "Az orvostudományi kutatás, valamint a 164/A. § szerinti beavatkozással nem járó vizsgálat engedélyezési eljárásáért - az egészségügyért felelős miniszternek az adópolitikáért felelős miniszterrel egyetértésben kiadott rendeletében meghatározott - igazgatási szolgáltatási díjat kell fizetni." A Kérelmező által kért vizsgálat azonban nem kereskedelmi vizsgálat a *23/2002. EüM. rend.* 20/B. § f) pontja alapján, ezért eljárási költség, és így igazgatási szolgáltatási díj fizetési kötelezettsége sem keletkezett a *23/2002. EüM. rend.* 15. §-a és 20/R. § (1) bekezdése szerint.

A Bizottság hatásköre és illetékessége az *Eütv.* 164/A. § (2) bekezdésén, valamint *235/2009. Korm. rend.* 16. § a) pontján, a 17. § (1) bek. a) pontja ab) alpontján alapul.

A fellebbezés lehetőségét az *Ákr.* 116. § (1) bekezdésének megfelelően az *Eütv.* 164/A. § (2) bekezdése mondja ki, mely szerint "A (3) és (5) bekezdésben nem említett beavatkozással nem járó vizsgálat esetében a szakmai-etikai engedélyről az emberen végzett orvostudományi kutatásokról szóló kormányrendelet szerinti kutatás-etikai bizottság a kérelem megérkezését követő naptól számított negyvenöt napon belül dönt. A döntés ellen fellebbezésnek van helye, a másodfokú eljárást az ETT elnöksége folytatja le."

A fellebbezési eljárás illetékmentességét az *illetékekről* szóló 1990. évi XCIII. Törvény 67. § (3)-(5) bekezdései alapján a 23/2002. EüM. rend. 15. §-a és 20/R. § (1) bekezdése mondja ki, tekintettel arra, hogy a kérelmezett vizsgálat nem kereskedelmi vizsgálat a 23/2002. EüM. rend. 20/B. § f) pontja alapján.

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

Budapest, 2018. március 2.

P.H.



Dr. Schaff Zsuzsa  
akadémikus, egyetemi tanár,  
az ETT TUKEB elnöke



Kapják még:

- 1./ Kutatásvezető
- 2./ Irattár



## 11. melléklet



**ORSZÁGOS MENTŐSZOLGÁLAT**  
**National Ambulance Service**  
**ORVOS IGAZGATÓ**  
H-1055 Budapest, V. Markó u. 22.

• 1395 Budapest, Pf. 426 • +36 (1) 465-2026 Fax • +36 (1) 320-9153 • www.mentok.hu

Tárgy: Támogató nyilatkozat

Melléklet:

Ügyintéző: Dr. Pápai György

Ügyintézőjük:

Iktatószám: OMSZ 21/ 2018.

Hivatkozási számuk:

### Támogató nyilatkozat

Alulírott, Dr. Pápai György az Országos Mentőszolgálat Orvos- Igazgatója, támogatom Moskola Vladimír (szül: 1987. 04. 21. Nagyszőlős, a.n. Voron Magdolna) PhD hallgató kutatási szándékát a kivonuló mentődolgozók körében.

A kutatás témája: „A halállal kapcsolatos attitűd, a konfliktuskezelés és a szülői neveltetés összefüggéseinek vizsgálata a kivonuló mentődolgozók körében”.

Az ehhez szükséges feltételeket a szükséges mértékig biztosítom számára.

Budapest, 2018.02.13.

Dr. Pápai György  
Orvosigazgató



## 12. melléklet

### Kérdőív (elektronikus)

Tisztelt Kollegák, Kedves Bajtársak!

A Semmelweis Egyetem Doktori Iskolájának PhD hallgatója vagyok, kutatásomban vizsgálom a halállal kapcsolatos attitűdöt a szülői nevelés és a konfliktusmegoldó képesség kapcsolatában, mely során adatait anonim módon használom fel. A kutatás feldolgozott eredményeit, melyek anonim módon tartalmazzák az egyes kitöltők adatait, tudományos és ismeretterjesztő közlemények formájában publikálom. A személyes adatok felhasználása a vonatkozó adatvédelmi törvény szigorú betartásával történik.

Köszönöm, hogy részt vesz a kutatásban!

Ahhoz, hogy az Ön által kitöltött kérdőívet, a személyi adatok teljes titokban tartásával, tudományosan elemezhessek, a személyiségi jogok értelmében az ön beleegyezése szükséges. Ezért kérjük, olvassa el és töltsse ki az alábbi nyilatkozatot.

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

- Igen  
 Nem

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

- Igen  
 Nem

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

- Igen  
 Nem

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

Moskola Vladimír MSc, tanársegéd, PhD hallgató  
Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar  
Oxiológia és Sürgősségi Ellátás Tanszék  
Telefon: +3614865842, Email: [moskola.vladimir@se-etk.hu](mailto:moskola.vladimir@se-etk.hu)

**I. Demográfiai és egészségmagatartási adatok:**

**(az elektronikus felületen a legördülő lehetőségekből választhat a kitöltő)**

- Neme? (nő, férfi)
- Életkora? (18 -90 év)
- Legmagasabb iskolai végzettség? (általános iskola, középiskola, szakközépiskola, gimnázium, OKJ (5.2, 5.5), főiskolai/BSc, Egyetemi/MSc, PhD diploma)
- Gyakorol valamilyen vallást? (igen, nem)
- Jelenlegi családi állapota? (nőtlen/hajadon, élettársi viszonyban élő -korábban nem vált el-, házas, elvált, özvegy)
- Gyermek száma? (0-10 fő felett)
- Honnan származik, neveltetése során hol töltötte a legtöbb időt? (tanya, község-falu, város, megyeszékhely, főváros)
- Milyen lakóhelyen él? (bérelt lakás, saját lakás, bérelt kertés-családi ház, saját kertés-családi ház)
- Milyen beosztásban van a mentőszolgálatnál? (mentőorvos, mentőtiszt, mentőtechnikus, mentőápoló, mentő-gépkocsivezető, egyéb)
- Hány éve dolgozik a mentőknél? (6 hónap-47 év)
- Melyik megyében dolgozik? (magyarországi megyék felsorolva)
- Leggyakrabban milyen szintű mentőjárművön dolgozik? (Mgk, KIM, esetkocsi, MOK/MTK, rohamkocsi, mentőhelikopter, mentőmotor, mentőrobot)
- Havi hány órában dolgozik a mentőszolgálatnál (szerződés szerint)? (12, 24, 36, 48, 60, 84, 120, 168 óra)
- Összesen hány állása van? (1-5)
- Milyen munkarendben dolgozik? (12, 24 óra/szolgálat)

- Egészsébe véve jelenleg mennyire elégedett anyagi helyzetével? (nem vagyok elégedett, közepesen elégedett, elégedett vagyok)
- Mennyi kávéét iszik egy nap? (1-10 vagy több db.)
- Mennyi dohányt szív el egy nap? (1-60 szál vagy több)
- Mennyi energiatalt iszik egy nap? (1-10 vagy többet)
- Milyen gyakran iszik alkoholt? (egyáltalán nem, naponta, hetente többször, hetente kétszer, hetente egyszer, havonta, ritka alkalmanként)
- Milyen gyakran mozog (direkt sportolás)? (egyáltalán nem, naponta, hetente többször, hetente kétszer, hetente egyszer, havonta, ritka alkalmanként)

## II. Halállal kapcsolatos attitűd vizsgálatára irányuló kérdések

Jelen kérdőív több, a halállal kapcsolatos különböző szempontú állítást tartalmaz. Kérjük, olvassa el figyelmesen, majd jelölje egy 1-től 7-ig terjedő skálán mennyire ért egyet az egyes állításokkal. Ha nagyon egyetért, jelölje 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.

• A halál kétségkívül kegyetlen dolog.	1	2	3	4	5	6	7
• Saját halálom lehetősége szorongást kelt bennem.	1	2	3	4	5	6	7
• Mindenképp elkerülöm azt, hogy a halálra gondoljak.	1	2	3	4	5	6	7
• Hiszem, hogy halálom után a mennyországba kerülök.	1	2	3	4	5	6	7
• A halál véget vet minden gondomnak.	1	2	3	4	5	6	7
• A halált természetes, elkerülhetetlen, tagadhatatlan ténynek kell tekintenünk.	1	2	3	4	5	6	7
• Zavarba ejt a halál megmásíthatatlansága.	1	2	3	4	5	6	7
• A halál belépés a végső megnyugvás helyére.	1	2	3	4	5	6	7
• A halál megmenekít ettől a szörnyű világtól.	1	2	3	4	5	6	7

• Valahányszor felmerül bennem a halál gondolata, elhessegetem magamtól.	1	2	3	4	5	6	7
• A halál megszabadít a fájdalomtól és a szenvedéstől	1	2	3	4	5	6	7
• Mindig megpróbálok nem gondolni a halálra.	1	2	3	4	5	6	7
• Hiszem, hogy a mennyország sokkal jobb hely lesz, mint ez a világ.	1	2	3	4	5	6	7
• A halál az élet természetes velejárója.	1	2	3	4	5	6	7
• A halál Istennel való egyesülés az örök üdvösségben.	1	2	3	4	5	6	7
• A halál egy új és nagyszerű élet ígését jelenti.	1	2	3	4	5	6	7
• Sem nem félek a haláltól, sem nem várom.	1	2	3	4	5	6	7
• Erős halálfélelmem van.	1	2	3	4	5	6	7
• Teljesen elkerülöm a halál gondolatát.	1	2	3	4	5	6	7
• A halál utáni élet gondolata aggodalommal tölt el.	1	2	3	4	5	6	7
• Rémülettel tölt el a tény, hogy a halál mindennek a végét jelenti, amit csak ismerek.	1	2	3	4	5	6	7
• Várom, hogy a halálom után újra találkozzam szeretteimmel.	1	2	3	4	5	6	7
• Úgy tekintek a halálra, mint ami megszabadít a földi szenvedéstől	1	2	3	4	5	6	7
• A halál egyszerűen az életfolyamat része.	1	2	3	4	5	6	7
• Úgy tekintek a halálra, mint egy örökkévaló és áldott helyre vezető útra.	1	2	3	4	5	6	7
• Megpróbálok egyáltalán nem foglalkozni a halál problémájával.	1	2	3	4	5	6	7
• A halál a lélek csodálatos felszabadulását jelenti.	1	2	3	4	5	6	7
• Ha a halálra gondolok, a túlvilágba vetett hit jelent számomra megnyugvást.	1	2	3	4	5	6	7
• Úgy tekintek a halálra, mint ami megszabadít az élet terhétől	1	2	3	4	5	6	7

• A halál se nem jó, se nem rossz.	1	2	3	4	5	6	7
• Várom a halál utáni életet.	1	2	3	4	5	6	7
• Aggaszt, hogy nem tudhatom mi fog történni a halálom után.	1	2	3	4	5	6	7

### III. Szülőkkel kapcsolatos gyerekkori emlékek

Az alábbiakban az Ön gyermekkorával kapcsolatos kérdések következnek. Mielőtt kitöltené 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. 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.

- Gyermekkoromban végig ugyanaz (ok) a személy (ek) nevelt (ek).  
(igen, nem)
- Gyermekkora legnagyobb részében ki vagy kik nevelték fel Önt? (Kérjük, jelölje meg a helyes választ!) (1. Vérszerinti szüleim nevelték fel, 2. Csak vér szerinti anyám nevelt fel, 3. Csak vér szerinti apám nevelt fel, 4. Nevelő szülők nevelték fel, 5. Csak nevelőanyám nevelt fel, 6. Csak nevelőapám nevelt fel, 7. Egyik édesszülőm és házas- vagy élettársa nevelt)

		Soha	Időnként	Gyakran	Legtöbbször
• 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
• A szüleim dicsértek.	Anya	1	2	3	4
	Apa	1	2	3	4
• Azt kívántam, bárcsak a szüleim kevesebbet aggódnának amiatt, amit csinálok.	Anya	1	2	3	4
	Apa	1	2	3	4
• A szüleimtől gyakrabban kaptam testi fenyítést, mint megérdemeltem.	Anya	1	2	3	4
	Apa	1	2	3	4
• Miután hazaérkeztem, be kellett számolnom a szüleimnek arról, hogy mit csináltam, merre jártam korábban.	Anya	1	2	3	4
	Apa	1	2	3	4
• Azt hiszem, szüleim megpróbálták serdülőkoromat stimulálónak, érdekessé tenni.	Anya	1	2	3	4
	Apa	1	2	3	4
• Szüleim mások előtt bíraltak engem	Anya	1	2	3	4
	Apa	1	2	3	4
• A szüleim megtiltották nekem, hogy megtegyek olyan dolgokat, ami a többi gyerek számára szabad volt, mert féltek, hogy valami történhet velem.	Anya	1	2	3	4
	Apa	1	2	3	4
• A szüleim arra ösztönöztek, hogy mindenben kiemelkedőt teljesítsek.	Anya	1	2	3	4
	Apa	1	2	3	4
• 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
• Úgy vélem, túlzottan aggódtak amiatt, hogy történhet velem valami.	Anya	1	2	3	4
	Apa	1	2	3	4
	Anya	1	2	3	4

• Ha rosszul alakultak a dolgom, éreztem, hogy szüleim megpróbáltak vigasztalni és bátorítani.	Apa	1	2	3	4
• Úgy bántak velem, mint a család „fekete bárányával” vagy bűnbakjával.	Anya	1	2	3	4
	Apa	1	2	3	4
• A szüleim szavaikkal és gesztusaikkal mutatták, hogy szeretnek.	Anya	1	2	3	4
	Apa	1	2	3	4
• 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
• A szüleim elérték, hogy szégyelltem magam.	Anya	1	2	3	4
	Apa	1	2	3	4
• Szüleim engedték, hogy menjek, amerre nekem tetszik, anélkül, hogy különösebben törődtek volna velem.	Anya	1	2	3	4
	Apa	1	2	3	4
• Úgy éreztem, a szüleim mindenbe beleszóltak, amit csak tettem.	Anya	1	2	3	4
	Apa	1	2	3	4
• Úgy éreztem, meleg és gyöngéd viszony van köztem és szüleim között.	Anya	1	2	3	4
	Apa	1	2	3	4
• 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
• A szüleim még kis vétség miatt is megbüntettek.	Anya	1	2	3	4
	Apa	1	2	3	4
• A szüleim akarták eldönteni, hogy öltözködjem, vagy hogy nézzek ki.	Anya	1	2	3	4
	Apa	1	2	3	4
• Úgy éreztem a szüleim büszkék voltak, mikor sikert értem el valamiben, amire vállalkoztam.	Anya	1	2	3	4
	Apa	1	2	3	4



#### IV. Konfliktusmegoldó Kérdőív

Nehéz élethelyzetben az ember sok mindent tehet és gondolhat, miközben próbál megbirkózni a helyzettel. Emlékezzék vissza egy ilyen helyzetre, amikor az adott esemény bekövetkezett (pl: egy gyermek vagy Önt nehezen érintő halálesettel való találkozás), élje bele magát az akkori lelkiállapotába és jelölje meg az alábbiakban felsorolt reakciók közül melyek és milyen mértékben fordultak elő Önnél *az eseményt követő hetekben*. Itt nincsenek jó vagy rossz válaszok, csak az Ön akkori lelkiállapota fontos. Kérjük, hogy az Ön által megfelelőnek tartott válasz számjelét jelölje be.

	Nem volt jellemző	Alig volt jellemző	Jellemző volt	Nagyon jellemző volt
• Megpróbáltam elemezni a problémát, hogy jobban megértsem.	0	1	2	3
• Engedtem, vagy egyezkedtem, hogy valami jó is származzék a dologból.	0	1	2	3
• Valami olyasmibe fogtam, amiről tudtam, hogy nem fog beválni, de legalább csináltam valamit.	0	1	2	3
• Magamat okoltam és hibáztattam.	0	1	2	3
• Gondoltam minden rosszban van valami jó is, próbáltam derűsen felfogni a dolgot	0	1	2	3
• Megpróbáltam a probléma előidézőit lehetetlenné tenni	0	1	2	3
• Elfogadtam mások együttérzését és megértését	0	1	2	3
• A helyzet valamilyen kreatív, alkotói tevékenységre ösztönzött.	0	1	2	3
• Más emberként kerültem ki a helyzetből - jó értelemben véve	0	1	2	3
• Valahogy szabadjára engedtem érzéseimet	0	1	2	3
• Igyekeztem megszabadulni a problémától egy időre, megpróbáltam pihenni vagy szabadságra menni	0	1	2	3
• Evéssel, ivással, dohányzással, nyugtatók vagy gyógyszerek szedésével próbálkoztam.	0	1	2	3
• Egy lapra tettem fel mindent, vagy valami nagyon kockázatosba fogtam.	0	1	2	3

• Egy általam nagyra tartott baráttól vagy rokontól kértem tanácsot.	0	1	2	3
• Nem akartam, hogy mások megtudják, milyen nehéz helyzetben vagyok.	0	1	2	3
• Másokon vezettem le feszültségemet.	0	1	2	3
• Tudtam, mit kell tennem, így megkésztettem az erőfeszítéseimet a siker érdekében.	0	1	2	3
• Több különböző megoldást találtam a problémára.	0	1	2	3
• Azt kívántam, hogy bárcsak meg tudnám változtatni azt, ami történt, vagy ahogy azt átéltem.	0	1	2	3
• Imádkoztam.	0	1	2	3
• Átgondoltam, hogy mit fogok mondani, vagy tenni az ügyben.	0	1	2	3
• Igyekeztem a dolgokat a másik személy szempontjából nézni.	0	1	2	3

## 13. melléklet

## WOC Faktorelemzésének eredményei

Rotated Factor Matrix					
	Factor				
	WOC_Problé	WOC_Feszül	WOC_Kognit	WOC_Kockázatkeresés	
W18	0,7				
W17	0,674				
W21	0,67			probléma elemzés	0,729
W22	0,668				
W1	0,649				
W19		0,764			
W16		0,659		feszültség redukció	0,636
W4		0,63			
W15		0,532			
W10			0,827		
W9			0,609	kognitív átstruktú-rálás	0,624
W11			0,567		
W8			0,527		
W13				0,781	
W3				0,608	kockázatkeresés 0,462
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.					

## 14. melléklet

## sEMBU Faktorelemzésének eredményei

Rotated Factor Matrix								
	Factor							
	Elutasítás - M		Melegség - M		Túlvédés - M			
	Jellemző	Faktorsúly	Jellemző	Faktorsúly	Beleszólás	Korlátok	Aggódás	
<b>ANYA</b>	E21M	0,775	E14M	0,855	E22M	0,763		
	E7M	0,743	E12M	0,846	E10M	0,728		
	E4M	0,733	E23M	0,81	E18M	0,695		
	E13M	0,714	E19M	0,8	E5M		0,727	
	E1M	0,708	E2M	0,778	E20M		0,719	
	E16M	0,619	E6M	0,658	E17M		0,71	
	E15M	0,575			E3M			0,854
					E11M			0,767
	Elutasítás - F		Melegség - F		Túlvédés - F			
	Jellemző	Faktorsúly	Jellemző	Faktorsúly	Beleszólás	Korlátok	Aggódás	
<b>APA</b>	E13F	0,782	E14F	0,867	E18F	0,748		
	E4F	0,779	E12F	0,861	E22F	0,743		
	E1F	0,779	E19F	0,841	E10F	0,635		
	E21F	0,757	E23F	0,833	E20F		0,732	
	E7F	0,75	E2F	0,799	E17F		0,714	
	E15F	0,629	E6F	0,726	E5F		0,706	
	E16F	0,621			E3F			0,805
					E11F			0,805
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.								