

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, egyetemi tanár

Szigorlati bizottság tagjai:

Dr. Somogyvári Zsolt PhD, főiskolai tanár

Dr. Erdős Erika PhD, főiskolai docens

Dr. habil. Fritz Péter PhD, egyetemi docens

Budapest

2022

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 elhalálzásának 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.

Wong szerint a halállal való találkozás különböző attitűdöket vált ki az egyénekből. Ilyen a *halálfélelem*, mely a tudatosság szintjén megjelenő érzelm, konkrét tényezőktől való félelem (pl. a meghalás folyamatától, a megsemmisüléstől való félelem). A *halálelkerülés* olyan érzelmi magatartás, mely során a személy nem vesz tudomást a halál tényéről életében, saját halandóságának következményeiről nem gondolkodik. A *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 is (Dixon & Kinlaw, 1983). Az *elfogadás menekülésként* a halálnak az élet terhétől való megszabadulásaként értelmezhető felfogása, szabadulás olyan helyzetektől, amelyek lezárását az egyén más úton nem tudja hatékonyan megoldani. A *semleges elfogadás* a halál, mint a valóság részének érzelm mentes elfogadása. A halált az élet szerves részének tekinti, a személyből különös érzelm, reakciót nem vált ki (Békés, 2000; Wong, Reker & Gesser, 1994). A megküzdés (coping) az adaptáció egy formája, alkalmazkodás olyan helyzetben, amikor fokozott megterhelés, nyomás alatt áll az egyén, ilyen lehet a halállal való közvetlen találkozás. Folkman és Lazarus megközelítésében két fő megküzdésről beszélhetünk. Az első a *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. A másik az *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 életben (Lazarus & Folkman, 1984; Atkinson, Atkinson, Smith & Bem, 1997). 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. Schaefer (1965), aki a szülői nevelői attitűdök cirkumplex modelljét dolgozta ki, két dimenzió mentén osztályozza a szülői nevelést: az autonómia-kontroll és a szülői szeretet-gyűlölet szintjén. Becker szinte párhuzamosan Schaeferrel ezt a két dimenziót az érzelmi melegség-hidegségnek és a korlátozás-engedékenységnak nevezi. Becker megítélésében az érzelmi dimenzió a szülői szeretet és melegség. Fő végpontjai a szerető, elfogadó, meleg, illetve érzelmileg elutasító, hideg szülői megközelítés. (Ranschburg, 1975).

2. 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. Olyan saját kérdéseket is tartalmazó, további három kérdőívből összeállított komplex kérdőívet dolgoztunk ki, amely alkalmas a meghatározott célok elérésére. Kezdeményeztük az Országos Mentőszolgálat és a magyarországi magán mentésben is tevékenykedő kivonuló dolgozók bevonását. Előzetes tájékoztatás és bejegyzés után, önkéntesen, online kérdőív segítségével, anonim módon szolgáltatott adatokat a kutatáshoz.

2.1. Kutatási hipotézisek

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

3. MÓDSZEREK

3.1. 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-én kezdődött és 2019. február 28-án zárult. A beérkezett 669 kitöltött kérdőívből az adatfájl tisztítását követően 626 kitöltés bizonyult elemzésre alkalmasnak.

3.2. 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 reprezentatívnak tekinthető, hiszen az Országos Mentőszolgálat adatai alapján 88% férfi és 12% nő dolgozik a szervezet keretein belül és ugyan ezen arányok jellemzik a mintánkat is. A fentieket tekintve, eredményeink alapján kellő óvatossággal, de a mentőpopulációra vonatkozó következtetések is levonhatunk.

3.3. 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. Érdekelt minket, hogy neveltetése során hol töltötte a legtöbb időt, honnan származik (tanya, község-falú, 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 rákérdeztünk, 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.

3.3.1 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 ítemes volt, valamint négy alskálát tartalmazott (halálfélelem, elfogadás menekülésként, várakozásteli elfogadás és a semleges elfogadás) (Gesser et al., 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 ítemmel, az eddigiek mellett megjelent egy új alskála is, a halálelkerülés (Wong et al., 1994). Az alskálák értelemezéséről részletesen az értekezés „halál jelentése” fejezetben írtunk.

3.3.3. 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. 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 együtt járást 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 mentőpopulációra vonatkoztatva a mérőeszköz tétélein végzett újbóli faktorelemzés a következő négy dimenziót eredményezte: Kognitív átstrukturálás, Feszültségredukció, Problémaelemzés, Kockázatkeresés (Moskola mtsai., 2021)

3.3.4. Emlékeim a Szülői Nevelésről Kérdőív, rövidített változata (short Egna Minnen Beträffande Uppfostran; s-EMBU)

Kutatásunk során Perris által kifejlesztett EMBU - melyet részletesebben az értekezés túlvédés fejezetben ismertetünk - 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 (Arrindell mtsai., 1994, 2005; Moskola mtsai, 2020).

3.4. 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.

4. 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.

4.1. 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%) képesítéssel 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 nevel.

4.2. 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 válaszkészéget 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 fenntartott munkaviszony számát is fontosnak tartjuk áttekinteni, hiszen ezen adat érzékeltesen 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.

4.3. 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 további, 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%).

4.4 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 Halálattitúd (DAP-R) egyes alsókálái megfelelő belső megbízhatósággal rendelkeztek (Cronbach alfa: 0,733-0,924). A vizsgált mintán a Megküzdés (WOC) hét alsókálája közül három nem elfogadható belső megbízhatóságot mutatott (Cronbach alfa 0,306; 0,392, illetve 0,479). A további alsókálák 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, feszültségredukció, kognitív átstrukturálás és kockázatkeresés. Az új faktorok megfelelő belső megbízhatóságot mutattak (Cronbach alfa: 0,629-0,727). A szülői neveltetés, nevelési jellemzők (s-EMBU) kérdőív eredeti három alsókálája (elutasítás, melegség, túlvédés) belső megbízhatósága megfelelő volt (Cronbach alfa: 0,727-0,899). A további elemzésekhez a túlvédés alsókáláján belül 3 további alrészt különítettünk el: beleszólás, korlátok, aggodás. A halálattitúd kérdőív átlag pontszámait vizsgálva láthatóvá válik, hogy a minta jellemző attitűdje a semleges elfogadás (M 5,88; SD 1,19). Jellemző még -

átlagban sokkal kisebb értékben - a haláلهlkerülés (M 3,42; SD 1,76). Mintánkban - bár a legkisebb átlag értékben (M 2,76; SD 1,28) -, de jelen van a halálfélelem is.

A megküzdési stratégiák közül a problémaelemzést (M 2,89; SD 0,56) használják a legnagyobb mértékben, a második helyen a kognitív átstrukturálás (M 2,40; SD 0,64) áll. A kockázatkeresés (M 1,62; SD 0,61) viszont alacsony mértékben jellemzi a mintát.

A szülői nevelésről visszamaradt emlékeket vizsgálva mindkét szülő vonatkozásában dominánsan a melegség (anya: M 2,99; SD 0,67 apa: M 2,73; SD 0,77) és a korlátok (anya: M 2,93; SD 0,61 apai: M 2,93; SD 0,61) 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 halálattitúddal, megküzdéssel és szülői neveltetéssel kapcsolatban a kivonuló mentődolgozók körében.

4.5 A halálattitúd vizsgálat eredményei, szociodemográfiai, munkahelyi és egészséget befolyásoló tényezők lehetséges összefüggéseinek elemzése

• Szociodemográfiai jellemzők és a halálattitúd összefüggései

Az öt alskála közül a haláلهlkerülés ($t(599) = 2,924$; $p = 0,004$) 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.

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 halálattitúd alskálák közül a haláلهlkerülés ($F(2,592) = 26,368$; $p < 0,001$) 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 haláلهlkerülés és várakozásteli elfogadás esetében a középfokú végzettséggel rendelkezők szignifikáns mértékben nagyobb értéket mutattak, mint a felsőfokú (BSc, MSc/PhD) végzettséggel rendelkezők.

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

A neveltetés helye statisztikailag szignifikáns összefüggést mutatott a halálelkerülés ($F(2,588) = 5,551$; $p = 0,004$), a halálfélelem ($F(2,596) = 4,272$; $p = 0,015$) és a semleges elfogadás ($F(2,597) = 12,701$; $p < 0,001$) alskálákkal. A halálelkerülés és halálfélelem 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.

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.

- **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.

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. Egészségmagatartási összefüggés nem volt kimutatható a halálattitűdel.

4.6 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.

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.

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.

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.

- **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.

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. Az egészségmagatartási tényezők és a megküzdés között, értékében statisztikailag elfogadható összefüggés nem volt kimutatható.

4.7 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.

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 aggodás, amelyet a középfokú végzettséggel rendelkezők jelentősebbnek minősítettek, mint a felsőfokú végzettséggel (BSc, MSc/PhD) rendelkezők.

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

A családi állapotot vizsgálva az anyai korlátok megítélése mutatott statisztikailag szignifikáns különbséget a vizsgált csoportok között. A házas, élettársi kapcsolatban élők jelentősebbnek ítélték az anyai korlátozó viselkedését, mint azok, akik elváltak/özvegyek; a nőtlenek/hajadonok a kettő közötti értéket mutattak.

- **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 dolgozókhhoz képest.

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.

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. Az egészségmagatartási tényezők és a szülői bánásmód között, értékében statisztikailag elfogadható összefüggés itt sem volt kimutatható.

4.8. 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.

A nők csoportját elemezve kitűnik, hogy csupán egy szülői nevelési attitűdben találtunk szignifikáns eredményt, mely az apai aggódás hatásának kapcsolatát mutatja be a halálelkerüléssel ($p = 0.028$, $\beta = 0,26$) A megküzdési mechanizmusokat is bevonva az elemzésbe láthatóvá válik, hogy ez a kapcsolat közvetlen módon jelenik meg a mintában. ($p = 0.030$, $\beta = 0,27$)

A vizsgálatot a férfiak csoportjában folytatva első szignifikáns kapcsolat az apai aggódás alszkála esetén kerül előtérbe, mely a halálelkerüléssel mutat közvetlen összefüggést (p

0.007, β 0,12) a megküzdési alskálák bevonás után is (p 0.09, β 0,11). Ezen felül közvetlenül a halálélelkerülésre a kognitív átstrukturálás is hatással van (p <0.05, β 0,66). A halálélelem és az anyai korlátok között első lépésben nem mutatható ki összefüggés, de ha bevonjuk a megküzdés alskáláit kiderül, hogy valójában közvetlen negatív kapcsolat van közöttük (p 0.031, β -0,09), amely a feszültségredukció és a halálélelem közötti pozitív irányú kapcsolatok (p <0.05, β 0,220) miatt nem került előtérbe.

A halálélelmet és az anyai aggodást vizsgálva elsőre sikerült közvetlen kapcsolatot kimutatni közöttük, viszont ez a kapcsolat a feszültségredukció bevonása után -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 (p <0.05, β 0,18), így valójában közvetlen kapcsolat ebben a szerkezeti modellben a halálélelem és az anyai aggodás között nincs. A halálélelmet és az anyai aggodást tovább elemezve -a feszültségredukció figyelmen kívül hagyása mellett- közvetlen kapcsolat igazolódik közöttük (p 0.007, β 0,11), ez a kapcsolat a kognitív átstrukturálás és a kockázatkeresés bevonása után is megmarad (p 0.017, β 0,10). Ugyanakkor az is láthatóvá válik, hogy a kognitív átstrukturálás (p <0.05, β 0,14) és a kockázatkereső (p 0.08, β 0,11) alskálák önmagukban is hatással vannak a halálélelemre.

Az apai beleszólásnak bár első tekintetben nincs közvetlen hatása a halálélelemre, de ha bevonjuk a megküzdési alskálákat és így elemezzük tovább a változókat kiderül, hogy valójában közvetlen negatív kapcsolat van az apai beleszólás és a halálélelem között (p <0.05, β -0,12, -0,09), amit a pozitív irányú feszültségredukció (p < 0.05, β 0,22) és kockázatkeresés (p <0.05, β 0,14) általi kapcsolat hatása ellensúlyoz a modellben. A halálélelem és az apai korlátok között közvetlen negatív kapcsolat van (p <0.05, β -0,11), amely megmarad a megküzdési alskálák bevonása után is (p <0.05, β -0,12). Ezen felül közvetlen pozitív kapcsolatra is fény derült a halálélelem és a feszültségredukció (p <0.05, β 0,20) kockázatkeresés (p <0.05, β 0,11) és a kognitív átstrukturálás (p <0.05, β 0,16) között.

Végül a halálélelem és az apai aggodás között szignifikáns kapcsolat van, de ha bevonjuk a megküzdési alskálákat akkor ez a kapcsolat megszűnik és kiderül, hogy valójában csak egy áttételes kapcsolatról van szó halálélelem és az apai aggodás között, amelyet a feszültségredukció, kognitív átstrukturálás és a kockázatkeresés közvetít.

5. KÖVETKEZTETÉSEK

- Feltérképezésre került a résztvevő mentődolgozók halálattitűdje, ezen belül láthatóvá váltak a különböző attitűd alskálák 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 háttérének 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, valamint ezek elmaradásából származó negatív következmények monitorizálására életükben. Ismerve a mentődolgozók képzési kurikulumát, jelentős hiányosságokkal rendelkezik a halállal való találkozás következményeinek kezelése 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 aránya növekedésében is emelkedés feltételezhető. Kutatásunk alapján felmerül az az igény, hogy minden újbelépő mentődolgozó esetében felmérjük a halálfélelem meglétének mértékét, ezt követően a kivonuló években meghatározott időközönként monitorizáljuk ennek változását, ebből következően a halálfélelem okozta szorongásos állapotok mértékére, így korábban kerülhetnek felismerésre olyan -ezzel 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 tényezőkre azonosítására, mely szorongást keltő hatással bírnak és ez által 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. Mind ez 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.

SAJÁT PUBLIKÁCIÓS JEGYZÉK

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

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.

Könyvfejezetek, jegyzetek

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