

SEMMELWEIS EGYETEM
DOKTORI ISKOLA

Ph.D. értekezések

3375.

SIPŐCZ DIÁNA GIZELLA

Interdiszciplináris társadalomtudományok
című program

Programvezető: Dr. Pethesné Dr. Dávid Beáta, egyetemi tanár

Témavezetők: Dr. Hegedűs Katalin, egyetemi docens és

Dr. Tóth Pál Péter, MTA doktora

Spiritualitás és méltóság az élet végén

Doktori értekezés

Sipőcz Diána Gizella

Semmelweis Egyetem
Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola



Témavezetők:

Dr. habil. Hegedűs Katalin, Ph.D., egyetemi docens

Dr. Tóth Pál Péter, DSc., MTA doktora

Hivatalos bírálók: Dr. habil. Papp Richárd, Ph.D., egyetemi docens

Dr. Török Gábor, Ph.D., egyetemi adjunktus

Szigorlati bizottság elnöke:

Dr. Tringer László, professor emeritus

Szigorlati bizottság tagjai:

Dr. habil. Feith Helga Judit, Ph.D., főiskolai tanár

Dr. habil. Barabás Katalin Ph.D. egyetemi docens

Budapest
2025

Tartalomjegyzék

Rövidítések jegyzéke	4
1. Bevezetés.....	5
1.1. Saját motivációim a kutatás kapcsán.....	5
1.2. A kutatás szakmai jelentősége és aktualitása.....	5
1.3. Szakirodalmi áttekintés.....	6
1.3.1. Alapfogalmak.....	6
1.3.1.1. Spiritualitás.....	6
1.3.1.2. Méltóság és életvégi méltóság.....	11
1.3.2. Életvégi méltóság és a spiritualitás kapcsolata	12
1.3.3. Az életvégi spiritualitás hatása.....	14
1.3.3.1. Az életvégi spiritualitás hatásait feltáró szakirodalmi áttekintés módszertana	15
1.3.3.2. A tragikus triász megtapasztalása az élet végén.....	21
1.3.3.3. A személyiség szerepe	24
1.3.4. A méltóságterápia bemutatása.....	28
1.3.4.1. A méltóságterápia előzménye.....	28
1.3.4.2. A méltóságterápia	30
2. Célkitűzések.....	33
2.1. Spiritualitás az életvégi ellátásban dolgozó szakemberek szemszögéből	33
2.2. Idős, krónikus betegek spiritualitásának interpretatív fenomenológiai elemzése	34
2.3. A méltóságterápia adaptációja és alkalmazhatósága az életvégi ellátásban.....	35
2.4. Kutatási kérdések	35
3. Módszerek	37
3.1. Spiritualitás az életvégi ellátásban dolgozó szakemberek szemszögéből	37
3.1.1. Interpretatív fenomenológiai analízis.....	37

3.1.2. A fókuszcsoporth bemutatása	37
3.1.3. A fókuszcsoporthos beszélgetések tematikus elemzése	38
3.2. Idős, krónikus betegek spiritualitásának interpretatív fenomenológiai elemzése	39
3.2.1. A mesterséges intelligencia és az interpretativitás	40
3.2.2. A minta- és az interjúfelvételek körülményei	40
3.2.3. Az interjúk tematikus elemzése.....	42
3.2.4. A mesterséges intelligencia használatának etikai megközelítése.....	45
3.3. A méltóságterápia adaptációja és alkalmazhatósága az életvégi ellátásban.....	47
3.3.1. A „Dignity in Care” tréning	47
3.3.2. A magyar tréningadaptáció módszertani kerete	48
4. Eredmények.....	53
4.1. Spiritualitás az életvégi ellátásban dolgozó szakemberek szemszögéből	53
4.1.1. A fókuszcsoporth résztvevőinek szociodemográfiai adatai.....	53
4.1.2. A fókuszcsoporthok tematikus elemzésének kódjai.....	55
4.1.3. Öt szó a spiritualitásról	60
4.2. Idős, krónikus betegek spiritualitásának interpretatív fenomenológiai elemzése	61
4.2.1. Interjúalanyok szociáldemográfiai adatai	61
4.2.2. Az interjúk tematikus elemzéséből kapott kódok.....	63
4.3. A méltóságterápia adaptációja és alkalmazhatósága az életvégi ellátásban.....	70
4.3.1. A pilot tréning	70
4.3.2. A képzések kiterjesztése és akkreditációja	71
5. Megbeszélés.....	72
5.1. A szakemberek attitűdjei a spirituális ellátásról	72
5.2. Kulturális környezet hatása a spirituális önzonosságra és önkifejezésre az interjúk kapcsán	74
5.3. A méltóságterápia hatása	75

6. Következtetések	78
6.1. A spirituális ellátás megvalósulásának szakmai és szervezeti előfeltételei.....	78
6.2. Az életvégi spiritualitás értelmezése és a mesterséges intelligencia alkalmazásának tanulságai	79
6.3. A méltóságmegőrzés szemléleti és gyakorlati beágyazása az ellátórendszerbe ..	79
7. Összefoglalás	81
8. Irodalomjegyzék	82
9. Saját publikációk jegyzéke	93
10. Köszönetnyilvánítás	97

RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE

BFI: Big Five Inventory – Big Five Személyiségvonás Kérdőív

Brief COPE: Brief Coping Orientation to Problem Experienced – Rövidített Megküzdés Skála

BI: Barthel Index – Barthel Skála

BRCS: Brief Resilient Coping Scale – Reziliancia Skála

BSI-18: Brief Symptom Inventory – Rövid Tünet Skála

COREQ: COnsolidated criteria for REporting Qualitative research - kvalitatív kutatások jelentésének összevont kritériumai

DS-IT: Demoralization Scale Italian version – Demoralizáció Skála-olasz

ECOG-PS: Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status - Keleti Kooperatív Onkológiai Csoport Teljesítőképességi Statusa

EORTC QLQ-C30: European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire

FACIT-Sp: Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-being Scale

FACT-G: Functional Assessment of Cancer Therapy Scale - General Measure

HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale – Kórházi Szorongás és Depresszió Skála

IIR: Idler Index of Religiosity

KPS: Karnofsky Performance Status

MI: mesterséges intelligencia

MGQLI: McGill Quality of Life Index

POS: Palliative Care Outcome Scale

SAHD: Schedule of Attitudes toward Hastened Death

SMiLE: Schedule for Meaning in Life Evaluation

1. BEVEZETÉS

1.1. Saját motivációim a kutatás kapcsán

2002-ben kezdtem el foglalkozni a haldoklás témakörével, amikor a közgazdász diplomamunkámat írtam a hospice önkéntes menedzsmentről. Az elméleti munka után, kisebb megszakításokkal öt évig voltam hospice önkéntes. Ez idő alatt találkoztam a haldoklás különböző formáival, itt nem az elmúlás különböző biológiai okaira gondolok, sokkal inkább a pszichológiai, lelki aspektusokra, arra, hogy vajon milyen külső és belső tényezők segítik elő a „jó halált”. Érdeklődésem addig fokozódott, amíg párhuzamosan kezdtem el tanulni kulturális antropológiát és vaisnava teológiát, hogy még többet tudjak meg - a számomra idillikus - halálhoz vezető útról. Az Eötvös Loránd Tudományegyetemen a Magyarországi Krisna-tudatú Hívők Közössége halállal kapcsolatos attitűdjeit vizsgáltam, a Bhaktivédanta Hittudományi Főiskolán pedig a vaisnava hindu haldoklóápolást és halotti rítusokat, ennek keretében fél éves kutatómunkát végeztem Indiában a vrindavani Bhaktivédanta Hospice Házban, majd fél éves ösztöndíjjal Indonéziában a balinéz hinduk életvéggel kapcsolatos szokásait vizsgáltam. Tudásvágyam a későbbiekben sem csökkent a téma iránt, a Semmelweis Egyetem mentálhigiénés lelkipogozó képzésén szintén az életvégi spiritualitást vizsgáltam. Időközben elvégeztem több nemzetközi online tréninget például az életvégi ellátásban használt mindfulness gyakorlatokról és az életvégi méltóságról. Amikor a Semmelweis Egyetem doktori képzésre jelentkeztem, nem is reméltem, hogy ilyen sokat kaphatok. Az elméleti képzés és a témavezetőim szakértelmének köszönhetően, az elmúlt 23 év életvéggel való foglalkozása beérett: a Méltóságért Alapítvány megalapításával, a kurátorok segítségével elkezdtük a méltóságmegőrzésre fókuszáló szakmai szemléletformálást, melynek a spiritualitás fontos elemét képezi.

1.2. A kutatás szakmai jelentősége és aktualitása

A kutatás szakmai jelentősége és aktualitása abban áll, hogy a spiritualitás és a méltóság kérdését interdiszciplináris megközelítésben, az életvégi ellátás kontextusában vizsgálja. Az elmúlt évtizedekben a spirituális és méltóságmegőrző gondozás integrálása az életvégi ellátásban nemzetközi szinten egyre fontosabbá vált, ugyanakkor a hazai szakirodalomban mindeddig kevés empirikus vizsgálat készült a témában.

A három vizsgálat eredménye - a szakemberek attitűdjeinek, az idős betegek spirituális tapasztalatainak és a méltóságterápia adaptációjának elemzésével - hozzájárulhat a haldoklók méltóságának megőrzéséhez és spirituális jóllétük növeléséhez, támogathatja hazai életvégi ellátás fejlődését, az ellátók szemléletformálását és kiegészük csökkentését, valamint elősegítheti a spirituális és méltóságmegőrző gondozás képzési és módszertani fejlesztését.

1.3. Szakirodalmi áttekintés

1.3.1. Alapfogalmak

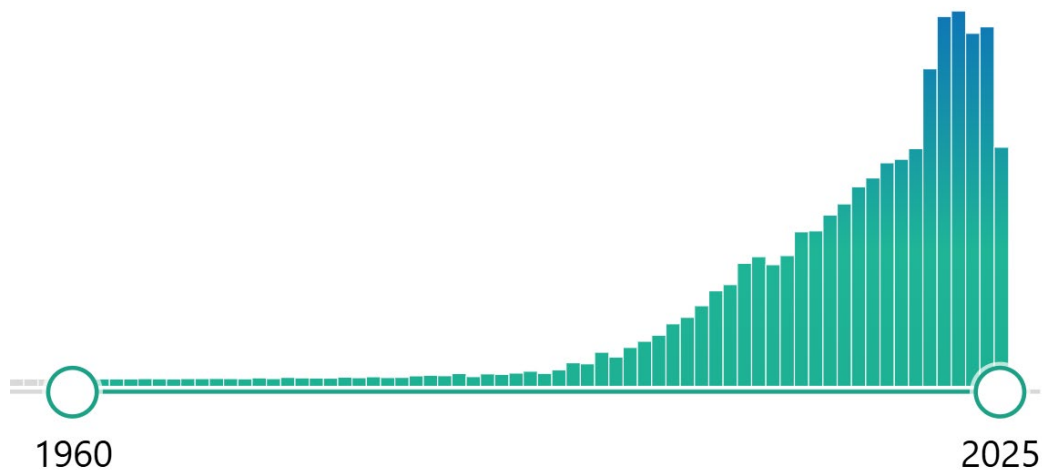
Ahhoz, hogy a spiritualitás és méltóság vizsgálata tudományosan elfogadhatóvá és vizsgálhatóvá váljon, világos definíciókra van szükség. A fogalmak pontos meghatározása lehetővé teszi azok interszubjektív értelmezését és biztos alapot kínál a témát vizsgáló kutatási eredmények összehasonlítására.

1.3.1.1. Spiritualitás

Az egészségtudományokban egyre nagyobb figyelmet kap a spiritualitás, illetve a spiritualitás egészségre gyakorolt hatása. A PubMed¹ oldalon a „spirituality” keresőszóra lefuttatott keresés találati eredményei jól mutatják a növekvő tudományos érdeklődést. Az 1. ábra a tudományos cikkek exponenciálisan növekvő számát jeleníti meg 1960 és 2025 között. A kezdődátumként megadott 1960-as év azért indokolt, mert ebben az

¹ Online keresőfelület, elsősorban egészségtudománnyal kapcsolatos szakcikkek bibliográfiai adatait és absztraktjait tartalmazza.

évtizedben indult újtára a modern hospice mozgalom, melynek alapítója, Dame Cicely Saunders elsőként képviselte azt a szemléletet, ami az életvégi ellátásban a testi mellett a lelki, spirituális és szociális dimenziókat is integrálta. (Clark, 1999)



1. ábra: A „spirituality” szóra kapott keresési eredmények a PubMed-en
2025.07.24-én.

A spiritualitás fogalma az egészségtudományokban sokszínűen értelmezett. A leginkább elfogadott, széles körben használt definíció szerint a spiritualitás az emberi lét dinamikus, belső jellemzője, amely által az egyén végső értelmet, célt és transzcendenciát keres, valamint kapcsolatot él meg önmagával, másokkal, a közösséggel, a természettel és a szenttel. (Puchalski et al., 2018) A fogalom meghatározása azonban továbbra is kihívást jelent, mivel az egyéni, kulturális és vallási különbségek miatt a spiritualitás megélése és értelmezése eltérő lehet. (Kang et al., 2021; Lee & Kim, 2020)

A spiritualitás a latin eredetű „spiritus” szóból származik, melynek jelentése lélegzet. (García-Navarro et al., 2022) Az ókori görögök és héberek a lélegzetet a lélek metaforájaként használták. Vallás- és filozófiatörténeti szempontból a spiritualitás fogalma korszakról korszakra változásokon ment át, jelentéstartalma átalakult. A spiritualitás sokszínűsége nemcsak az idő tengelyén mérhető, hanem a különböző vallási tradíciók mentén is tetten érhető a változatossága, miként az eltérő hagyományok spiritualitás definíciói és spirituális útjai is mások. (Jastrzębski, 2022) Jól példázta ezt a feltevést, hogy Kínában a „spirit” a „chi”-nek, azaz „energiának” felel meg, mely magában foglalja az eget, a földet, az univerzumot és a természetet. Ennek alapján a

kínaiak úgy tekintenek a spiritualításra, mint egy útra, mely egy egyirányú fejlődési folyamat, melyben az emberek megtapasztalhatják a teljesség és az integráció különböző szintjeit. (Mok et al., 2010)

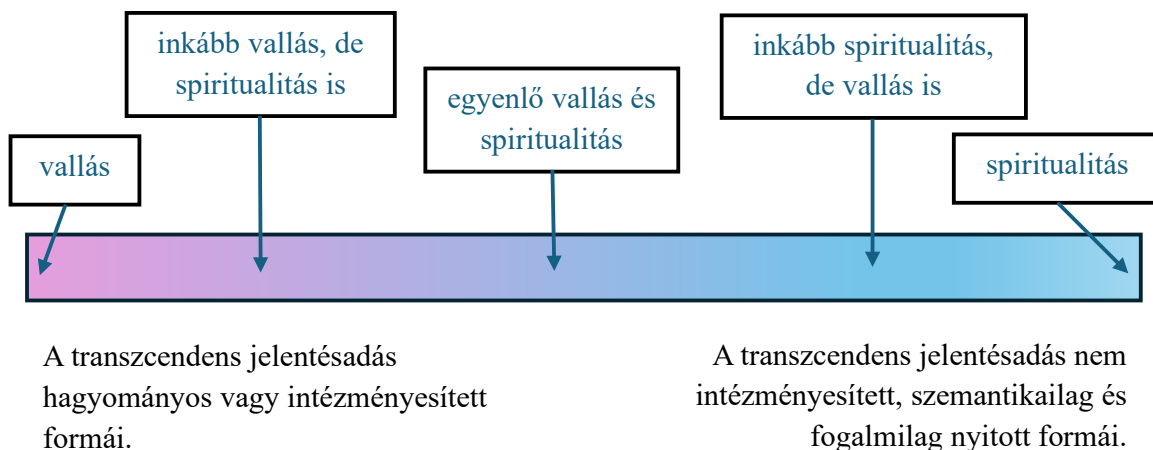
A spiritualitás definiálásának és konceptualizálásának másik nehézsége a vallás és a spiritualitás fogalmainak egymáshoz való viszonyának értelmezése. Amikor a spiritualitás vizsgálatába bevonják a teológiai aspektusokat, akkor kockára teszik azokat a tudományos értékeket, melyek a fizikai eseményeket és folyamatokat vizsgáló módszereken alapulnak. Viszont az utóbbi tudományos módszerekre való egyoldalú hagyatkozás a redukció csapdája lehet, leegyszerűsítheti a spiritualitás komplexitását. A vallás esetében könnyebb a kutatók helyzete mind a definíció, mind a mérőeszközök tekintetében. A vallás tanulmányozásának már hagyománya van és olyan egyszerű fizikai események vizsgálatán alapszik, mint például a vallásgyakorlás (templomba járás) gyakorisága. (Jastrzębski, 2022) A vallás intézményesült tevékenységek gyakorlásához kötődik (Bovero et al., 2019), a dogmatikus hitrendszerhez, sajátos nyelvezethez, gyakorlatokhoz, melyek hagyományokon, rituálékon és szimbólumrendszereken alapulnak. (Freitas et al., 2020) Míg a spiritualitás egyetemes, nem korlátozódik vallásos gyakorlatokra, sokkal inkább a létezés transzcendentális dimenziójához való kapcsolódásból eredő érzéshez, melynek egyik fontos eleme az élet értelme. (Bernard et al., 2017; Bovero et al., 2019; Freitas et al., 2020)

Mindezek ellenére az egészségkutatásban érdemes különbséget tenni „spirituális” és „vallásos” kifejezések között, mivel, ha felcserélhetőként használják őket, akkor a spiritualitásról szóló értekezések inkább vallásgyakorlásáról és vallási elköteleződésről szólnak.

A gondosan kategorizált „spiritualitás” és „vallás” konstrukciók nem zárják ki egymást, átfedések is lehetnek köztük és különállóan is létezhetnek. (García-Navarro et al., 2022) Az életvégi vallásosság mellett az életvégi spiritualitás vizsgálata jelentőssé vált, mivel az elmúlt évtizedben egyre több beteg vallotta magát spirituálisnak, de nem vallásosnak. (Bovero et al., 2019)

A vallás és a spiritualitás viszonyának ábrázolására megannyi modell született, ezek közül a legelterjedtebbek a halmazelméleti megközelítések (hivatkozás), amelyek a két fogalmat részben átfedő, részben elkülönülő kategóriákként mutatják be.

A halmazelmélettől eltérően, a kontinuum-modell (Jeserich et al., 2023) folytonos dimenzióként értelmezi a vallás és a spiritualitás kapcsolatát. A modell szerint a vallás és a spiritualitás egy tapasztalati mező két pólusa, amelyek között több átmenet, hibrid forma található. A vallás a transzcendens jelentésalkotás intézményesült és közösségi formáit, míg a spiritualitás annak személyes, egyéni és nyitott megnyilvánulásait hangsúlyozza.



2. ábra: Vallás/spiritualitás kontinuum modellje (Jeserich et al., 2023)

A kontinuum mentén öt fő kategória jelenik meg:

- Vallás: „Tiszta formájában” a vallás olyan transzcendens jelentésalkotására utal, amelyet tanítói láncolatok, rituálék és intézményesített struktúrák közvetítenek. Ezek a rendszerek gyakran hierarchikusan szervezettek és társadalmilag beágyazottak.
- Inkább vallás, de spiritualitás is: a vallási keretek dominálnak, de már megjelenik bennük a szubjektív transzcendens tapasztalata is.
- Egyenlő vallás és spiritualitás: egyaránt támaszkodik intézményes formákra és személyes keresésre, ideáltipikus hibrid.
- Inkább spiritualitás, de vallásos is: a vallásos elemek megtartása mellett a személyes értelmezés, élmény és kísérletezés kerül előtérbe.
- Spiritualitás: szubjektív transzcendens jelentésalkotás, nem kötődik intézményesített hitrendszerekhez. A referencia-rendszer jellemzően homályos („felsőbb erő”, „energia”), és az interpretáció kevésbé kötött, egyénileg változó.

A spiritualitás és a vallás közötti átmenetek jól szemléltetik, hogy a transzcendenssel való kapcsolat nem kizárólag határok és metszetek mentén elképzelhető. A spirituális élmények és vallási gyakorlatok átmeneteinek értelmezése más megközelítést igényel a tudományos módszertani oldalról és a gyakorlati alkalmazásban. Ezt az eltérést Koenig és munkatársai *Vallás és egészség* kézikönyve című munkája (Koenig et al., 2023) alapján mutatom be a következő táblázatba gyűjtve.

1. táblázat: A spiritualitás tudományos megközelítései

A spiritualitás tudományos megközelítései	
<i>Tudományos meghatározás</i>	<i>Gyakorlati alkalmazásban</i>
Elméleti és módszertani konstrukcióként jelenik meg.	Emberi tapasztalat, ami a gyakorlatban bontakozik ki.
Célja a fogalom pontos definiálása és operacionalizálása, hogy mérhetővé és reprodukálhatóvá váljon.	Célja a beteg spirituális tapasztalatainak, szükségleteinek és erőforrásainak megértése.
A definíció konszenzuson alapuló és egyértelmű.	A fogalom tág és kontextusfüggő, a jelentést a beteg saját narratívája alakítja.
A spiritualitás mérőeszközökkel számszerűsíthető.	A spiritualitás beszélgetés és reflexió tárgya.
Többségében a vallás és a spiritualitás közti különbséget hangsúlyozza.	Vallás és spiritualitás hasonlóságaira összpontosít, hogy segítse a beszélgetést.
A kétértelműség gyengíti a mérhetőséget.	A kétértelműség előnyös: megnyitja az érzékeny témák (halál, szenvedés, remény, transzcendencia) megbeszélésének lehetőségét.
A hangsúly a módszertani szigoron és az ismételhetőségen van.	A hangsúly a kapcsolódáson, jelenlétben és hitelességen van.

Az 1. táblázat rávilágít arra, hogy a spiritualitás egyszerre értelmezhető „kutatható jelenségként” és „átélt tapasztalatként”. A spiritualitás tudományos vizsgálata közben az elméleti és gyakorlati elvárások szintézisére érdemes törekedni, melyben a tudományos szigorúság mellett az egyéni tapasztalatok is tág teret kaphatnak.

1.3.1.2. Méltóság és életvégi méltóság

A méltóság fogalma a latin „dignitas” szóból származik, ami eredetileg társadalmi-állami rangot jelentett. Ma az emberi méltóság fogalma az emberi státuszt jelöli, ami miatt minden embernek kijár a tisztelet. (Barcsi, 2013)

A méltóság fogalmát leginkább kétféleképpen magyarázzák az empirikus tanulmányokban. Az egyik szerint a méltóság a személyiség jellemzője, ami sérthetetlen és eredendő, és nem függ külső feltételektől, ezt nevezik „alapvető méltóságnak”. Az alapvető méltóságot a hospice ellátás központi elemének tekintik, de mivel ez egy belső és absztrakt fogalom, a gondozók számára nehézséget jelenthet, hogyan lehet megőrizni a méltóságot a mindennapi gyakorlatban. A méltóság megértésének másik megközelítése a „dinamikus méltóság”, ami egy személyes tulajdonság és összefügg a beteg önmagáról alkotott képével és a külső körülményekkel. Azért dinamikus, mert a beteg saját érzékelésétől, érzéseitől és a méltóságról alkotott felfogásától függ. (Viftrup et al., 2021)

A haldoklók ellátását vizsgáló szakemberek sokszor hivatkoznak az „életvégi méltóság” fogalmára, mint elveik végső céljára, viszont ennek a gondolatnak az értelmezése két nézőpontot takar. Egyik oldalról az életvégi méltóság az eutanáziához való jog szinonimájává vált. (Chochinov, 2002) Ennek megfelelően „a méltóság elvesztése” az egyik leggyakoribb válasz az orvosok részéről, amikor arról kérdezik őket, - azokban az országokban, ahol ez lehetséges - hogy miért egyeznek bele a betegek eutanáziára vagy az asszisztált öngyilkosság valamilyen formájára vonatkozó kéréseikbe. (Chochinov et al., 2002)

Az életvégi méltóság másik megközelítés a palliáció. A palliatív ellátás túlmutat a tüneti kezelésen, reagál a haldokló fizikai, pszichológiai, szociális, spirituális igényeire is. (Chochinov, 2002; Szigeti et al., 2024) A palliatív ellátás multidiszciplináris szemléletű, javítja az életvégi életminőséget, a kommunikációt a beteg preferenciáiról az életvégi

ellátással kapcsolatban, csökkenti a pszichés terheket és elősegíti a méltóság megőrzését. (Varga et al., 2024)

Természetesen ez nem jelenti azt, hogy az életvégi méltóságról e dualitás mentén kellene gondolkodnunk, de abban mindenki egyetért, hogy a jogszabályban is rögzített, térítésmentesen igénybe vehető otthoni vagy intézményi hospice és palliatív ellátások hozzáférhetőségét biztosítani szükséges.

Az elmúlt évtizedekben megannyi kutatás (Chochinov, 2002; Collier & Chapman, 2023; Hegedűs, 2017; Krikorian et al., 2020) tűzte ki céljául a „méltóságteljes haldoklás” meghatározását. Ezek a kutatások rávilágítanak arra, hogy korszakonként változott a „kívánatos haldoklás”. Kulturális és vallási szempontból a középkorban erénynek számított a szenvedés, növelhette az egyén halálának értékét. Az erényes páciens a türelem keresztény értékét tartotta meghatározónak, Jézus szenvedéseiből merítve példát. (Nemes, 2024) A modern orvostudomány a szenvedés és a betegség feletti uralomra törekszik a technológia segítségével, amit csak az orvos tud kezelni. Mivel a modern orvostudomány a haldoklást egy hosszú folyamattá változtatta, érdemes a gondozás olyan kérdéseire összpontosítani, ami a jó élet és a jó halál elválaszthatatlanságát ismeri el. (Collier & Chapman, 2023)

A méltóságot a betegség mellett a személyes jellemvonások, a szenvedés megtapasztalása, az emberi kapcsolatok és a társas interakciók, valamint a szakmai és társadalmi támogatás is befolyásolja, mindezekből következik, hogy a haldoklók méltóságának és tiszteletének védelme az egészségügyi rendszer feladata is. (Nagata & Tanaka, 2024)

1.3.2. Életvégi méltóság és a spiritualitás kapcsolata

A spirituális ellátás elősegíti a méltóság megőrzését az életvégi időszakban, amikor a fizikai hanyatlás, az egzisztenciális vívódás és a kiszolgáltatottság a jellemző. A méltóság mint belső emberi érték, a spiritualitáson keresztül válik megtapasztalhatóvá. (Rykkje, 2019). A spirituális megküzdés lehetőséget teremtett arra, hogy a betegek újraértékeljék életüket és az identitásuk megerősítésén keresztül visszanyerjék méltóságukat. (Nagata & Tanaka, 2024) Katie Eriksson karitatív gondozáselméletét (caritative caring theory)

fontosnak tartom bemutatni, mivel a spirituális alapokon nyugvó méltóságmegőrző gondozás egyik példájának tekinthető. Megközelítése paradigmaváltás a betegek ellátásában, a betegség- és technológia-orientált megközelítés helyett egy etikai, szeretetalapú gondozási elvet képvisel. A karitatív gondozás kiindulópontja a „caritas”, az irgalmas szeretet, ami szerinte a gondozás belső motivációja. Az elmélet központi elemei a szeretet, az irgalom és az együttérzés. A gondozó felelősséget vállal a másik szenvedéséért és meghívja őt egy olyan közösségbe (caring communion), amiben hit, remény és szeretet jelenléte formálja a gondozást. Az együttérzés - amellet, hogy érzélem - cselekvésre indító akarata, ami az emberi szenvedésre adott etikus válasz. Ha a beteg számára a szenvedés elviselhetetlenné válik, mert magára marad, elhanyagolják vagy nem ismerik el az őt ért fájdalmat, az a méltóság megsértéséhez vezet, amit Eriksson az ápolási szenvedés (suffering of care) legsúlyosabb formájának tart. A szenvedés enyhítésének alapfeltétele a másik ember szenvedésének visszatükrözése - „Látlak” („I see you”) -, amit egy érintés, tekintet vagy néhány szó is kifejezhet. A szenvedésnek három szakasza van: a szenvedés felismerése, megélése, majd a megbékélés vele, amikor a beteg az átélt szenvedést egy újfajta értelemben integrálja. (Bergbom, Nåden, et al., 2022; Bergbom, Nyström, et al., 2022) Az életvégi ellátásban a karitatív gondozáson keresztül lehetővé válik a szenvedés értelmes integrációja, a spirituális dimenziók érvényesülése és a méltóság megőrzése.

Harvey Max Chochinov méltóságmegőrző szemlélete (dignity-conserving approach) is elismert szemléletmódnak számít az egészségtudományok területén. Chochinov elmélete az életvégi ellátásban olyan gondozási gyakorlatot, ellátó-gondozott közti kapcsolatot ír le, ami a beteg méltóságának megőrzését tűzi ki célul. Szerinte a szenvedés amellet, hogy fizikai tapasztalat, hatással van az identitásra és következtében a beteg könnyen elveszítheti önmagáról alkotott pozitív képét. A gondozó viszonyulása, figyelme, nyelvhasználata és jelenléte mind a méltóság védelmének eszközei lehetnek. A beteg amellet, hogy a gondozás tárgya, kapcsolati lény is, aki akkor őrizheti meg méltóságát, ha értelmet és elismerést tapasztal az ellátói részéről. (Chochinov, 2022)

Harvey Max Chochinov méltóságmegőrző szemlélete (Chochinov, 2022) és Katie Eriksson karitatív gondozáselmélete (Bergbom, Nåden, et al., 2022; Bergbom, Nyström, et al., 2022) hasonló válaszokat adnak az emberi szenvedésre és méltóságra vonatkozó etikai és egzisztenciális kérdésekre. Mindkét szemlélet szerint az ember holisztikus lény,

akinek méltósága nem feltételes, hanem eredendő. Más fogalmi rendszerből építkeznek, de mindkettő a gondozási kapcsolatot olyan emberi találkozásként írja le, amiben a szenvedő személy meghallgatása, megerősítése és elfogadása lehetővé teszi a méltóság megőrzését még az élet végén is.

1.3.3. Az életvégi spiritualitás hatása

A WHO 2023-as szakpolitikai állásfoglalása szerint, az életvégi ellátás célja az, hogy élethosszig tartó, személyre szabott és integrált egészségügyi szolgáltatások keretében biztosítsa a betegeknek a fizikai, pszichológiai, szociális és spirituális igényeiknek megfelelő kezelést, elősegítve a méltóságteljes haldoklást. (Organization, 2023)

Az életvégi ellátásban nélkülözhetetlen a holisztikus megközelítés, mivel a testi fájdalom, a pszichés distressz, a társas kapcsolatok elvesztése és az egzisztenciális kérdések együttesen és egymásra hatást gyakorolva jelennek meg. (Puchalski et al., 2018) Ez a megközelítés több - az életvégi ellátásban használt - modell alapjául szolgált. Ilyen például a totális fájdalomelmélet (Fopka-Kowalczyk et al., 2024; Kübler-Ross, 1988) vagy a biopszichoszociális-spirituális modell, amely a betegellátás és a betegek jóllétének fizikai, pszichológiai, szociális és spirituális aspektusait és az azok közötti kölcsönhatást hangsúlyozza. (Galbadage et al., 2020)

Az életvégi spiritualitás egyik meghatározó vonása, hogy a halál közeledtével felerősödnek az egzisztenciális kérdések. Viktor E. Frankl elmélete (Frankl, 1962) szerint - amelyet az egzisztencializmus elvei ihlettek - az ember szükségét érzi, hogy megtalálja élete értelmét. Szerinte az életnek mint egésznek van értelme, így az elkerülhetetlen szenvedésnek is. Amikor valaki a halállal találja szemben magát és megpróbál méltóságteljesen állni az élethez, akkor az élet értelméről kezd el gondolkodni. Ezért a spirituális gondozás az életvégi ellátásban fontossá válik és az érzelmek átalakítása és szabályozása eszközöként is tekinthető. (Arrieira et al., 2018)

A palliatív ellátás vonatkozásában a spiritualitás az emberi lét azon elemeire utal, amikor az egyén az élet célját és értelmét kutatja és az útra melyben megtapasztalhatja a pillanathoz, önmagához, másokhoz, a természethez és a jelentőségteljeshez vagy szenthez való kapcsolódást. (Bernard et al., 2017; García-Navarro et al., 2022)

Balboni és munkatársai (Balboni et al., 2022) 15.000 tanulmányt tekintettek át, melyek súlyos betegek spiritualitását és/vagy a spiritualitás egészségre gyakorolt hatását vizsgálják. Majd összehívtak egy nemzeti, multidiszciplináris Delphi-bizottságot, ami szigorú kritériumrendszerek szerint kiválasztott 586 tanulmányt, melyek alapján ajánlásokat fogalmazott meg a spirituális ellátással kapcsolatban.

Az ajánlás (Delphi panel) külön figyelmet szentelt a súlyos betegek spirituális szükségleteinek és ehhez kapcsolódóan három - tudományos bizonyítékokon alapuló - ajánlást fogalmazott meg az egészségügyi rendszer számára.

Az első ajánlás szerint a spirituális gondozásnak rutin jelleggel kell beépülnie a súlyos betegek ellátásába, mivel a spirituális igények figyelmen kívül hagyása a beteg életminőségének romlásával és a pszichológiai szenvedés fokozódásával járhat. A második a spirituális ellátás interdiszciplináris oktatásának szükségességét emeli ki, miszerint minden életvégi ellátásban dolgozó szakembernek rendelkeznie kell alapvető spirituális kompetenciákkal, ami segíti a betegek értékrendjének, spirituális meggyőződésének tiszteletben tartását. A harmadik ajánlás a spirituális ellátás végző szakemberek aktív bevonását szorgalmazza a kezelőcsapat munkájába, hogy a gondozás holisztikus és méltóságmegőrző lehessen. (Balboni et al., 2022)

1.3.3.1. Az életvégi spiritualitás hatásait feltáró szakirodalmi áttekintés módszertana²

A szakirodalom kutatása követi a PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses statement for Scoping Reviews) ajánlásait (II. ábra). A PubMed és PsycINFO adatbázisok segítségével történt az irodalmak keresése. A beválogatás feltétele volt, hogy a tanulmányok angol nyelven és 2017–2022 között kerültek publikálásra. A kereséseket 2022. október 1. és december 1. között végeztem el. Mindkét adatbázisban azonos keresőszavakat alkalmaztam: a címnek tartalmaznia kellett

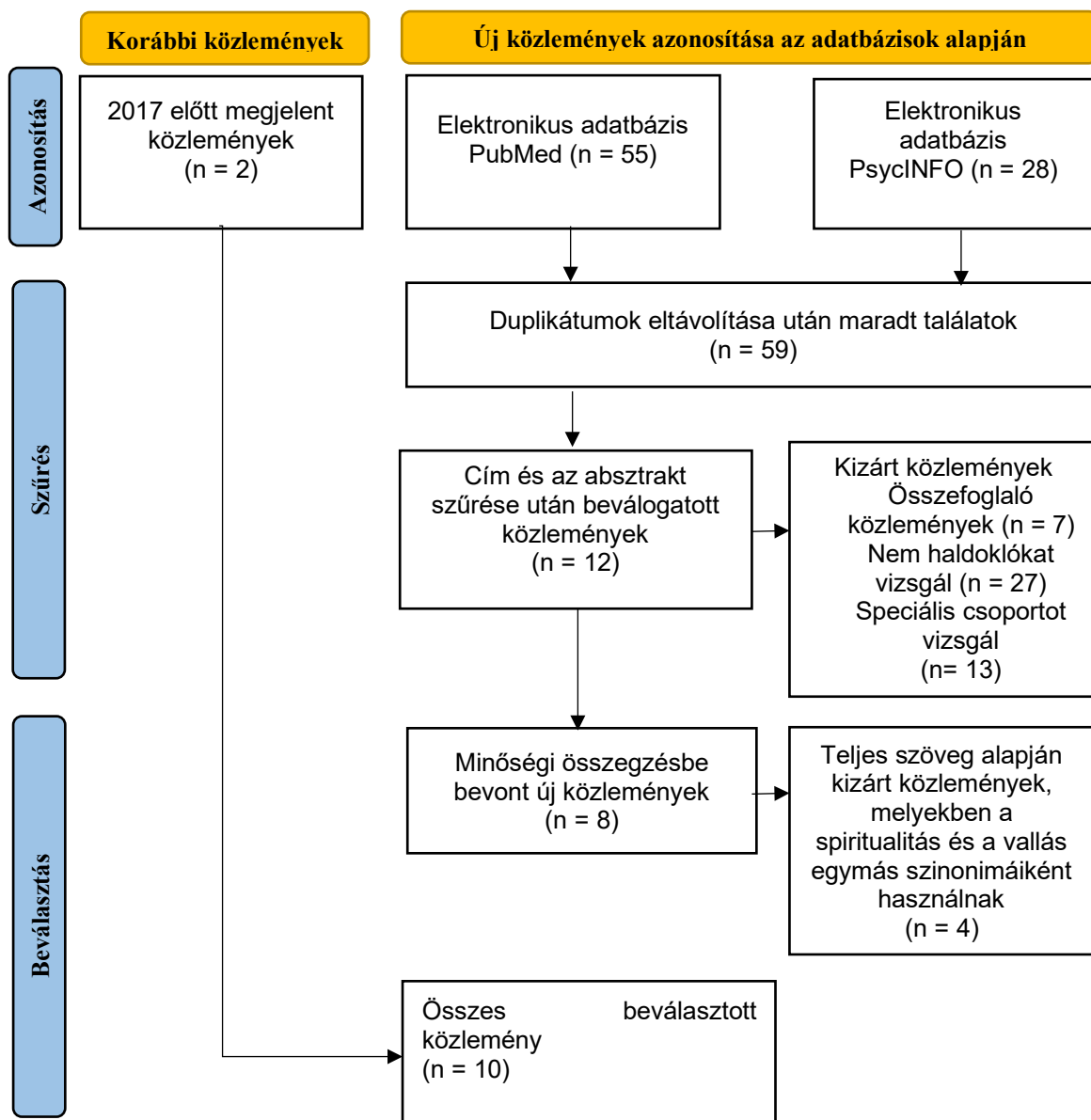
² Az életvégi spiritualitás hatását vizsgáló fejezet a korábban megjelent szakirodalmi áttekintésen alapul: Sipőcz D., Tóth P., Hegedűs K. Az életvégi spiritualitás hatása az életminőségre: Scoping review. *Lege Artis Medicinae*. 2023;33:585-93

a következő kifejezések valamely kombinációját: („spirituality” OR „quality of life” OR „meaning”) AND („end of life” OR palliative OR cancer).

A szelekciós folyamat első lépése a duplikátumok eltávolítása volt. Ezt követte a címek és absztraktok elemzése, melynek során kizárásra kerültek a műfajuknál fogva nem megfelelő cikkek (pl. összefoglaló közlemények), azok, amelyek célcsoportja nem a haldokló személyekre irányult (pl. egészségügyi dolgozók, hozzátartozók), vagy a vizsgálat fókuszát a minta szociodemográfiai jellemzői (pl. nemi identitás, etnikum) képezték.

A második szűrés során a teljes szöveg elemzése alapján további kizárásra került sor a konceptualizálás módja szerint; nem kerültek bevonásra azok a tanulmányok, amelyek a spiritualitást a vallással azonos jelentésűnek, egymással felcserélhetően kezelték.

További két tanulmány (Balboni et al., 2013; Coelho et al., 2016) került felhasználásra, melyek 2017 előtt jelentek meg, mert eredményeik nagy jelentőséggel bírnak, vagy az újabb kutatásokhoz képest más nézőpontot képviselnek.



3. ábra: A szakirodalom kutatásának folyamatábrája a PRISMA ajánlás alapján

A fent ismertetett keresési stratégia alkalmazásával a két adatbázisban összesen 83 tanulmányt azonosítottam. A teljes cím és a szerzők egyezése alapján 24 duplikátumot eltávolítottam. A fennmaradó 59 tanulmány címének és absztraktjának áttekintését követően kizártam 7 összefoglaló közleményt, 27 olyan tanulmányt, amelyek nem haldokló személyeket vizsgáltak (például nővéreket, orvosokat, hozzátartozókat,

lelkészeket), valamint 13 közleményt, amelyek speciális populációra fókuszáltak (például meghatározott etnikumhoz tartozók, különböző nemi identitású személyek vagy gyermekek).

A fennmaradt 12 tanulmány teljes szöveges elemzése alapján további 4 közleményt zártam ki, mivel azok nem tettek különbséget a spiritualitás és a vallás fogalma között. Az elemzésbe végül a keresés alapján 8 tanulmányt és két 2017 előtt megjelent közleményt vontam be.

A felhasznált tanulmányokat az 2. táblázat tartalmazza, bemutatja a mintavétel helyét, a mintanagyságot, valamint a vizsgálatok során alkalmazott mérőeszközöket és azok nemzetközi rövidítéseit. (Sipőcz et al., 2023)

2. táblázat: A felhasznált szakirodalmak címei, mintái és mérőeszközei

Hivatkozás és a publikáció címe	Minta	Fő	Mérés
(Bernard et al., 2017) Relationship between spirituality, meaning in life, psychological distress, wish for hastened death, and their influence on quality of life in palliative care patients.	Palliatív ellátásban lévő betegek Svájc	206	SMILE FACIT-Sp IIR HADS SAHD
(Ghiglia et al., 2021) Personality matters: relationship between personality characteristics, spirituality, demoralization, and perceived quality of life in a sample	Kórházi ellátásban lévő, életvégi ellátást kapó rákkal diagnosztizált betegek Olaszország	210	BFI DS-IT FACIT-Sp-12 FACT-G KPS

of end-of-life cancer patients			
(Chaar et al., 2018) Evaluating the impact of spirituality on the quality of life, anxiety, and depression among patients with cancer: an observational transversal study	Kórházi ellátásban lévő utolsó stádiumú rákkal diagnosztizált betegek Libanon	97	EORTC QLQ-C30 FACIT-Sp HADS
(Mihic-Gongora et al., 2022) Psychological distress and resilience in patients with advanced cancer during the Covid-19 pandemic: the mediating role of spirituality	18 kórház előrehaladott rákkal küzdő betegei Spanyolország	636	BRCS BSI-18 FACIT-Sp
(Bovero et al., 2019) The Spirituality in End-of-Life Cancer Patients, in Relation to Anxiety, Depression, Coping Strategies and the Daily Spiritual Experiences: A Cross-Sectional Study	Kórházi ellátásban lévő utolsó stádiumú rákkal diagnosztizált betegek Olaszország	152	FACIT-Sp DSES Brief COPE HADS
(García-Navarro et al., 2022)	Palliatív ellátásban lévő betegek Spanyolország	7	Félig strukturált interjú

Spirituality in Patients at the End of Life - is It Necessary? A Qualitative Approach to the Protagonists			
(Freitas et al., 2020) Spirituality and religiosity in the experience of suffering, guilt, and death of the elderly with cancer	Idős, rákkal diagnosztizált betegek	20	Viktor E. Frankl's Existential Analysis, COREQ
(Balboni et al., 2013) Provision of Spiritual Support to Patients With Advanced Cancer by Religious Communities and Associations With Medical Care at the End of Life	7 kórház előrehaladott daganatos járóbetegei Amerikai Egyesült Államok	343	MGQLI
(Coelho et al., 2016) Comfort experience in palliative care: a phenomenological study.	1 spanyol és 7 portugál hospice osztály betegei	17	fenomenológiai analízis nem strukturált interjú NVivo
(Guerrero-Torrelles et al., 2017) Meaning in life as a mediator between physical impairment and the wish to hasten death in patients with advanced cancer	palliatív osztály betegei Spanyolország	101	SAHD KPS POS ECOG-PS BI HADS

A fenti táblázatban szereplő tanulmányok közös jellemzője, hogy az életvégi spiritualitás általános hatásainak vizsgálata mellett olyan egzisztenciális kérdésekkel foglalkoznak, mint a szenvedés értelme, a halálhoz való viszony, a büntudat, valamint a személyiség és a kapcsolati háló szerepe a spiritualításban. A következő alfejezetekben ezért olyan témák kerülnek részletes bemutatásra, mint Viktor E. Frankl tragikus triász, valamint a személyiség és a spirituális jóllét kapcsolata.

Utánkeresésként 2024 decemberében újra átvizsgáltam a releváns adatbázisokat (PubMed, PsycINFO) az eredeti keresési stratégiát követve. Az azonosított újabb publikációk nem módosították érdemben a korábban levont következtetéseket és megerősítették a spirituális jóllét, az élet értelme és az életminőség kapcsolatát. Ezek közül néhány újabb tanulmányt a későbbi alfejezetekbe integráltam.

1.3.3.2. A tragikus triász megtapasztalása az élet végén

Az egyén akkor nyílik meg a spirituális dimenzió felé, amikor egzisztenciális szinten szembesül saját sebezhetőségével. E folyamat alatt életének áttekintésére, értékelésére és újra definiálására törekszik, miközben megerősödhetnek személyes kapcsolatai - legyenek azok családi, baráti vagy szakmai természetűek -, valamint a transzcendenciához fűződő viszonya is elmélyülhet. (Coelho et al., 2016)

Freitas és munkatársai az életvégi spiritualitást Viktor E. Frankl által leírt tragikus triász három összetevőjén (szenvedés, büntudat, halál) keresztül értelmezték. Amikor a súlyos beteg megtapasztalja a triász első elemét, a „szenvedést”, az ebből adódó feszültség arra ösztönözheti, hogy új értelmet találjon az életének, amennyiben rátalál, a szenvedésére is potenciális megoldást kap. (Freitas et al., 2020) Az élet értelme a spirituális jóllét fő eleme. Számos kutatás vizsgálja ennek a pszichológiai distresszre és a siettetett halálra gyakorolt hatását, viszont a kutatások eredményei alapján egyelőre még nem egyértelműek az összefüggések. (Bernard et al., 2017; Guerrero-Torrelles et al., 2017)

Egyes kutatások megerősítik, hogy az értelemtulajdonítás egy megküzdési technika az életvégi depresszióval és szorongással szemben. (Bernard et al., 2017; Chaar et al., 2018; Gurzyńska et al., 2024) Azok a betegek, akik aktuális helyzetüknek új értelmet találnak azáltal, hogy egy másik perspektívából tekintettek rá vagy megpróbálták a lehetőségekhez képest a legjobbat kihozni a helyzetből, magasabb spirituális jólléttel

bírtak. (Antunes & Reis-Pina, 2022; Batstone et al., 2020; Bovero et al., 2019; Chaar et al., 2018; Cipriano-Steffens et al., 2021) A fentiek alapján feltételezhető, hogy azok a betegek, akik értelmet találtak az életükben, kevésbé vágnak a siettetett halálra. Bernard és munkatársai ugyanakkor a spirituális jóllét mellett - illetve azt a jóllét elemei közül kiemelve - vizsgálták az élet értelmének hatását is. Eredményeik azt mutatták, hogy az élet értelmessége redukálja ugyan a pszichológiai distresszt, viszont a siettetett halálvágyra nincs hatása. Mi lehet az oka, hogy kutatásuk alapján a siettetett halálvágyra csak a spirituális jóllét van hatással, az élet értelme viszont nem, miközben a spiritualitás egyik fő vázát az értelemkeresés adja? Bernard és munkatársai eredményeit több tényező is magyarázhatja. Egyrészt a siettetett halálra irányuló vágyat értelmezhetjük úgy, mint az elfogadás és az elengedés megnyilvánulását, amely egy beteljesült és értelmes élet lezárását jelzi. Másrészt az eltérések magyarázhatók a spirituális jóllét és az élet értelmének mérésére alkalmazott eszközök konstrukciós különbségeivel is. (Bernard et al., 2017) A kutatásban a SMiLE (Schedule for Meaning in Life Evaluation) kérdőívet alkalmazták, ami a korábbi skáláktól eltérően nem az értelem szubjektív intenzitását méri, hanem lehetőséget biztosít az egyén számára, hogy maga határozza meg élete fontos területeit, majd ezek mentén értékelje az elégedettségét. Érdeemes megjegyezni, hogy a mérőeszköz validálásáról szóló közlemény – korábbi vizsgálatokra hivatkozva – a siettetett halál utáni vágy lehetséges okai között a demoralizációt és az élet értelmének elvesztését jelöli meg. (Fegg et al., 2008) Ugyanakkor Bernard és munkatársai a két tényező között nem találtak kapcsolatot a SMiLE eszköz alkalmazása során. (Sipőcz et al., 2023)

A siettetett halál utáni vágy számos dimenzió mentén értelmezhető. A többdimenziós – fizikai, pszichés, szociális és spirituális – szenvedésre adott válaszként is megjelenhet a halál utáni vágy. Ez azonban nem szükségszerűen jelenti az élet elutasítását; előfordulhat, hogy a beteg továbbra is élni szeretne, de nem az adott körülmények között, nem azzal a szenvedéssel. Guerrero-Torrelles és munkatársai vizsgálatai szerint a siettetett halál iránti vágyat elsősorban nem a testi tünetek súlyossága, a fájdalom kontrollálatlansága vagy a funkcionális állapotromlás váltja ki, sokkal inkább az élet értelmének elvesztése és a depresszió jelenléte. (Guerrero-Torrelles et al., 2017) Látható, hogy Bernard és társai, valamint Guerrero-Torrelles és társai kutatásai eltérő eredményt hoztak az élet értelmének a siettetett halál utáni vágyra gyakorolt hatásával kapcsolatban. Ennek egyik lehetséges

oka az alkalmazott mérőeszközök különbsége. Míg Bernard-ék a korábban említett SMiLE eszközt használták, addig Guerrero-Torrelles és kollégái egy kérdéssel, a Palliative Care Outcome Scale (POS) 7. itemével („Az elmúlt három napban érezte úgy, hogy az életnek van értelme?”) kísérelték meghatározni a betegek élet értelmével kapcsolatos érzéseit. (Sipőcz et al., 2023)

Az élet értelmének meghatározására vonatkozó elméleti keretet Viktor E. Frankl logoterápiás modellje szolgáltatja. Frankl szerint az élet értelme három úton tapasztalható meg: kreativitáson (pl. munka, jótett, ügyek melletti elköteleződés), a tapasztaláson (pl. művészet, természet, humor, szeretet, kapcsolódás) és az attitűdökön (pl. a szenvedéshez és az egzisztenciális problémákhoz való hozzáállás) keresztül. Frankl koncepciója mentén az élet értelme nem statikus, egyénenként változik, az idő múlása és az adott személy adott pillanatban fennálló körülményei függvényében. (Fegg et al., 2008) Az élet értelmének elvesztése miatt ürességet érez az egyén, és az élet értéktelenségének érzete költözik az emberbe. A spiritualitás egyik fő célja lehet, hogy segítsen az élet értelmének megtalálásában. (Freitas et al., 2020)

Frankl tragikus triászának második eleme a „bűntudat”, ami az „aki vagyok” és „aki lehetnék” közötti távolságból ered. Frankl úgy véli, a helyes az, ha az egyén bűntudatot érez az ember a fent említett távolság miatt, mivel ez azt jelenti, hogy van lelkiismerete és értékek vezérlik. A bűntudat általában abból ered, hogy az egyén úgy gondolja, valami rosszat tett vagy nem tett meg valamit, amit meg kellett volna, esetleg elmulasztott olyan lehetőségeket, melyeket az élet kínált számára. (Freitas et al., 2020)

A bűntudat kapcsolódhat vallásos meggyőződéshez is, ami lehet spirituális aggodalom, distressz forrása is, például ha a betegségre egyfajta büntetésként gondol, amit nem a vallás elvei alapján élt életéért kap. (Balboni et al., 2013; Chaar et al., 2018) Nem csupán a jelenlegi, hanem a korábbi negatív vallásos tapasztalatok is növelhetik a depresszió és a szorongás kockázatát – mivel a korábbi stresszel, konfliktusokkal járó vallásos küzdelmek felszínre kerülhetnek, amikor a betegek betegségükkel összefüggésben életük értelmét és célját keresik. (Johnson et al., 2011)

A súlyos betegség során az egyén ráébred az élet múlandóságára és szembesül a triász utolsó elemével, a „halállal”. Freitas és munkatársai kutatásából kiderül, hogy a betegek megtapasztalják a „tragikus triászt” - még ha nem is gondolkodnak tudatosan róla -. A saját halállal való szembesülésben a legnagyobb félelmet a túlvilági lét ismeretlensége

jelenti. A spiritualitás vagy a vallásos gyakorlatok segíthetnek az egzisztenciális kérdésekkel tarkított mindennapokban megküzdni a distresszel és a kétségbeeséssel. (Freitas et al., 2020) Ezzel ellentétben Balboni és társai kutatása arra vetett fényt, hogy a vallási közösségek által nyújtott spirituális támogatás nem segíti az előre haladott terminális állapotú beteget az élet elengedésében, mivel ritkább esetben választják az életminőség javítására irányuló palliatív gondozást, hanem inkább az életfenntartó agresszív orvosi beavatkozásokat részesítik előnyben és általában intenzív osztályokon éri őket a halál. Ezeknek a betegeknek a szemében az orvos az isteni beavatkozás és csodás gyógyulás lehetősége. Egy másik plauzibilis mechanizmus, hogy a vallásos támogató közösségben jelentős hangsúly esik a szenvedésben való kitartás és remény fontosságára. (Balboni et al., 2013)

A spiritualitás felfoghatatlan természete és az létezés nagy kérdései, melyek a haldokláshoz kapcsolódnak, felvetik a kérdést: vajon mekkora mennyiségű kutatás elég ahhoz, hogy teljesen kibogozzuk a spiritualitás hatását a palliatív ellátásban? Meg kell próbálnunk megérteni a szenvedés minden aspektusát az élet vége felé tartva, és meghatározni milyen cselekedetek szolgálják a lehető legjobban a betegek komfortérzetének növelését. (Chochinov & Cann, 2005a)

1.3.3.3. A személyiség szerepe

Úgy tartják, hogy a múlt predesztinálja a jövőt. Az egyén múltjában szerzett tapasztalatai befolyásolják a jelenlegi személyiségét, melyből joggal következtethetnénk, hogy a múlt a személyiségen keresztül hatással van a haldoklásra. Könnyű elképzelni, hogy a „kik vagyunk” és a „hogyan haldoklunk” között kapcsolat van. Ennek ellenére kevés empirikus bizonyítékkal bírunk azzal kapcsolatban, hogy az egyén múltja hogyan befolyásolja a haldoklás megtapasztalását és a haldoklás kihívásaira adott megküzdési reakcióit. Egyes személyiségvonások és bizonyos betegségek, mint az elhízás, fertőzések és szív- és érrendszeri betegségek kapcsolatát már korábban is vizsgálták. Chochinov és társai voltak az elsők, akik a személyiség – kifejezetten az emóciionalitás személyiségvonás (trait) – hatását kutatták az életvégi kihívásokkal és veszteségekkel való megküzdésben. Eredményeik szerint az emóciionalitás személyiségvonás

szignifikánsan összefügg a haldoklás megélésének milyenségével. (Chochinov et al., 2006)

Ghiggai és társai a „Nagy Ötök” elméletéből kiindulva elemezték a személyiség kapcsolatát a spiritualitással és demoralizációval, valamint mindezek hatását az életvégi stádiumban lévő rákosbetegek életminőségére. Chochinov-ék kutatása csak egy személyiségvonást vizsgált, Ghiggai és munkatársai az emóciálitás mellett a „Nagy Ötök”³ elméletének további négy összetevőjét – az extraverziót, az együttműködést, a lelkiismeretességet és a nyitottságot – is bevonták a kutatásba. Eredményeik egy esetben nem igazolták hipotézisüket. Az élet vége felé növekvő funkcionális korlátozottság miatt az „extraverzió” csökkenésére számítottak. Ezzel ellentétben azt találták, hogy a késői életszakaszban az „extraverzió” szintje nő azok esetében, akik elkötelezettek hangsúlyt fektetnek társas kapcsolataik ápolására, így kevésbé magányosak és jobb életminőséget élnek meg bírnak. (Ghiggia et al., 2021) Az interperszonális kapcsolataik jelentik az erejük és a belső vigaszuk forrását, ezáltal csökken a megélt harag- és az izoláltságérzésük, melyből az a következtetés vonható le, hogy a spiritualitás növeli a rezilienciát. (Mihic-Gongora et al., 2022)

A vallásos betegek számára meghatározó támaszt és erőforrást jelent a vallási közösségtől kapott spirituális gondozás. Balboni és társai szerint azok a végstádiumú betegek, akiket vallási közösség támogat, kevésbé lépnek be hospice gondozásba, inkább agresszív orvosi beavatkozást választanak és gyakran intenzív osztályon halnak meg. Ezek az eredmények még erősebbek voltak a kisebbségeknél és nagyon vallásos betegeknél. A fentiek egyik oka lehet a keresztény hagyományokból táplálkozó „csodavárás”. Elméleti síkon feltételezhető, ha valaki az isteni csoda által motivált, akkor nincs szüksége orvosi kezelésre. A gyakorlat ezzel ellentétben azt mutatja, hogy az orvosi kezelést úgy tekintik, mint legfőbb isteni beavatkozást. A kutatás egyik fő korlátja az volt, hogy nem tisztázták pontosan milyen összetevői vannak a vallásos csoportok által nyújtott spirituális támogatásnak. (Balboni et al., 2013) Figyelembe véve, hogy Balboni és társainak kutatásába bevont vallásos végstádiumú betegek 44%-a katolikusnak vallotta

³ Az öt személyiségvonás a következő jellemzőkkel bír: Az emóciálitás jellemzője az aggodalom, a szorongás és a negatív érzelmek. Az extraverzióhoz energikus izgatottság, magabiztosság, önbizalom, asszertivitás és szociális dominancia kapcsolódik. Az együttműködés az őszinteséget, a mások iránti tiszteletet reprezentálja. A lelkiismeretességhez a döntéshozatalban való tervezés és önkontroll társítható. A nyitottság a szellemi kíváncsiságot reprezentálja, a nyitottságot az élet változatos eseményeire. (Ghiggia et al., 2021)

magát, a kutatás eredményei nem felelnek meg a várakozásnak. A II. János Pál pápa enciklikái közül az *Evangelium vitae* (Az Élet Evangéliuma) kimondja, olyan „helyzetekben, amikor közeli és elháríthatatlan halál várható, tudatosan el lehet utasítani olyan beavatkozásokat, melyek csak egy pislákoló és kínos élet megnyújtását hoznák.”⁴ Nelson és munkatársainak kutatási eredményei arra engednek következtetni, hogy nem csak a vallásos csoportok spirituális támogatását érdemes részleteiben megvizsgálni, de a vallásosság típusának is jelentősége van a beteg spirituális/pszichológiai jólléte szempontjából. Kutatásuk a spiritualitás és a vallás depresszióra gyakorolt hatását egymástól szeparáltan vizsgálta. Miközben a spiritualitás és depresszió között erős negatív kapcsolatot találtak, a vallásosság és depresszió esetében nem találtak kapcsolatot vagy enyhén pozitívat. Ez utóbbit azzal indokolták, hogy a vallásos betegek dühöt érezhetnek Isten iránt, mert betegséggel sújtotta őket. Egy, a múlt század vége felé végzett kutatás (Gorsuch & McPherson, 1989) eredményei szerint megkülönböztethető intrinsic és extrinsic⁵ vallásosság. Az intrinsic vallásosság és depresszió között erősen negatív kapcsolatot állapítottak meg, míg az extrinsic vallásossággal nem volt ilyen kapcsolat kimutatható. Jóllehet a spiritualitást és vallásosságot külön mérőszámokkal lehet mérni, mégis kialakulnak átfedések, ha az alany egyszerre vallja magát vallásosnak és spirituálisnak. (Nelson et al., 2002)

A FACIT-SP (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being) az életvégi spiritualitás vizsgálatának legelterjedtebb mérőeszköze, (Bernard et al., 2017; Bovero et al., 2019; Chaar et al., 2018; Ghiggia et al., 2021), amely a vallást a spiritualitással együtt vizsgálja, emiatt a legtöbb spiritualitással foglalkozó kutatás – Nelsonékkal ellentétben – nem vizsgálja külön a két fogalmat. A FACIT rendszere a krónikus betegségek terápiájára fókuszáló életminőséget vizsgáló kérdőívek gyűjteménye. A FACIT-Sp kifejezetten a spirituális jóllét mérésére készült, és olyan fontos elemeket tartalmaz, mint az élet értelme, a béke és a hit. (Bernard et al., 2017) Az eszköz talán legnagyobb előnye, hogy az itemek megfogalmazásánál nem az Istenben

⁴ Forrás: <https://regi.katolikus.hu/konyvtar.php?h=78>

⁵ Allport által kidolgozott a szubjektív vallásfelfogást vizsgáló kérdőívek a vallás mögött meghúzódó motivációkat hívatottak feltérképezni. Eszerint a vallásosságon belül egy kontinuum mentén helyezhetők el a személyek, melynek egyik végpontja az extrinsic, azaz a vallás eszközjellegű, haszonelvű „felhasználói” (akik biztonságot és öngazolást merítenek), a másik pedig az intrinsic, aki életét és minden tétét a hitének és a vallásának az előírásaival összhangban próbálja élni. (Allport & Ross, 1967)

való hitre alapoztak, ezért kényelmesen használható éppúgy ateista, agnosztikus betegeknel, mint valamelyik tradicionális vallású hívő esetében. (Bovero et al., 2019)

Ghiggai és társai a „Nagy Ötök” elméletét felhasznált kutatásához visszakanyarodva, azt állapították meg, hogy a már említett „extraverzióhoz” hasonlóan az „együtműködés” aspektusa is hasonló relációkat mutatott. Azok a betegek, akik őszinték és tisztelettudóak voltak másokkal szemben, jobb életminőségről számoltak be. (Ghiggia et al., 2021) Annál jelentősegteljesebbnek gondolta az egyén az életét spirituális szempontból, minél többet „adott” az élete során másoknak. Az „adás” elsősorban a mások felé irányuló szeretetre és figyelemre és nem pedig tárgyak ajándékozására vonatkozik. (5)

Azokat a betegeket, akiknek a személyiségjegye az „együtműködésben” érte el a magasabb pontszámot, a hozzátartozóik empatikusnak, motiválnak tartották és valószínűtlennek gondolták, hogy a demoralizáltság állapotába kerülnek. (Ghiggia et al., 2021) A demoralizáció egzisztenciális szindróma, olyan érzelmekkel, mint a tehetetlenség és reménytelenség, a csökkent megküzdési képességek, az önbecsülés csökkenése és az élet értelmének elvesztése. A demoralizációt jellemzően valamilyen helyzet vagy esemény indukálja, például súlyos betegség vagy pszichiátriai zavarok. Ilyen kritikus pillanatokban a személy úgy gondolhatja, hogy nem képes megbirkózni a helyzettel és blokkoltnak, reagálásra képtelennek érzi magát. A terminális állapotú betegek esetében a demoralizáció jól dokumentált és bizonyítottan rontja életminőségüket. (Ghiggia et al., 2021) Az „együtműködés” magas pontszáma nem csak védelmet jelent a demoralizáció ellen, hanem ez az egyetlen személyiség dimenzió, ami a kutatás alapján (FACIT-Sp-12) korrelál a hittel.

A „nyitottság” személyiségjegy képviselőit többnyire élénk képzelőerő jellemzi, különösen fogékonyak a zenére, a művészetre, az érzelmekre és gyakran számolnak be különleges spirituális élményekről. Jellemzően motivált, kreatív, kíváncsi egyének, akik ezen tulajdonságaik révén könnyebben elfogadják az új kihívásokat, adaptálódnak helyzetekhez és képesek megtalálni az élet értelmét a nehéz helyzetekben is.

A „neuroticitás” a „Nagy Ötök” utolsó eleme, az affektív zavarok kockázati tényezőként manifesztálódhat, ahol a spiritualitás képes csökkenteni a negatív érzelmeket, növelni a distressz-tűrést, és elősegíteni az adaptív megküzdési stratégiákat. Ugyanakkor a „neurocitizmus” vonásaival rendelkező betegek ritkábban tapasztalják meg a spirituális

békét. Az életvég kihívásaival felerősödő negatív érzelmeik miattnehezen birkóznak meg a kisebb napi veszteségekkel és az élet elvesztésének gyászával.

Ghiggia és társai eredményeik alapján arra a következtetésre jutottak, hogy a személyiség bizonyos aspektusai védőfaktort jelentenek a hangulatváltozással, a distresszel, a demoralizációval és az élet értelmének elvesztésével szemben, és növelik az életvégi életminőséget. Az „extraverzió”, az „együttműködés”, a „lelkiismeretesség” és a „nyitottság” dimenziói szignifikáns mértékben pozitívan korrelálnak a spiritualitással. Az előzőeket megfontolva fontos megismerni a betegek személyiségét - ami által megismerhetők a belső tapasztalásaik - annak érdekében, hogy a betegek és az egészségügyi dolgozók közti kommunikáció javulhasson és felépíthessenek és alkalmazhassanak egy személyre szabottabb pszichológiai kezelést. (Ghiggia et al., 2021)

1.3.4. A méltóságterápia bemutatása

1.3.4.1. A méltóságterápia előzménye

A kétezres évek elején Chochinov és munkatársai figyelmét az keltette fel, hogy az életvégi ellátásban gyakran használt méltóság fogalomnak csak a szótári definíciói voltak elérhetőek, ám a tudományos szakirodalom nem rendelkezett a méltóság a betegek és az egészségügyi dolgozók által meghatározott definícióival és konceptualizációival. A fogalommal kapcsolatos pontatlanságok és a tudományos konszenzus hiánya befolyásolta az ellátást és a szakpolitikát. A kanadai kutatók célja az volt, hogy kidolgozzanak egy olyan fogalmi keretet, amely a méltóságot a palliatív ellátásban lévő betegek szemszögéből határozza meg. Ennek érdekében 50 végstádiumú daganatos betegségben szenvedő személlyel készítettek átfogó, félig strukturált interjúkat, arról kérdezve őket, hogy hogyan határozzák meg a méltóság fogalmát és milyen élmények erősítették vagy rombolták a méltóságérzetüket. (Chochinov, 2002) A kvalitatív elemzés eredményein alapszik a méltóság fogalmi modelljének kidolgozása, ami három fő kategóriára tagolódik: a betegséggel kapcsolatos aggodalmakra, a méltóság megőrzésének elemeire („repertoárjára”) és a méltóság társas tényezőire. Ezek a kategóriák olyan, a betegség

révén megélt tapasztalatokra, eseményekre vagy érzésekre utalnak, melyek befolyásolják a haldoklók méltóságérzetét. (Chochinov et al., 2002) Mindegyik kategóriához a kutatás eredményei alapján meghatározott további altémák tartoznak, melyet az 3. táblázat szemléltet. (Chochinov, 2014)

3. táblázat: A méltóságmodell (Chochinov, 2014)

A végállapotú beteg méltóságának modellje		
A MÉLTÓSÁG FŐ KATEGÓRIÁI, TÉMÁI ÉS ALTÉMÁI		
A BETEGSÉGGEL KAPCSOLATOS AGGODALMAK	A MÉLTÓSÁG MEGŐRZÉSÉNEK REPERTOÁRJA	A MÉLTÓSÁG TÁRSAS TÉNYEZŐI
<p>A függetlenség szintje</p> <ul style="list-style-type: none"> • kognitív képességek • funkcionális kapacitás <p>Tüneti distressz</p> <ul style="list-style-type: none"> • fizikai distressz • pszichológiai distressz <p>◇ egészségügyi bizonytalanság</p> <p>◇ halálfélelem</p>	<p>A méltóság megőrzésének szempontjai</p> <ul style="list-style-type: none"> • az én folytonossága • szerepmegőrzés • generativitás/örökség • a büszkeség fenntartása • remény • autonómia/kontroll • elfogadás • reziliencia/küzdő szellem <p>A méltóság megőrzésének gyakorlata</p> <ul style="list-style-type: none"> • megélni a pillanatot • a normalitás fenntartása • spirituális megnyugvás keresése 	<p>A privátszféra korlátozottsága</p> <p>Társas támogatás</p> <p>A gondozás hangvétele</p> <p>Másokra nehezedő terhek</p> <p>A haláleset utáni időre vonatkozó aggodalmak</p>

A méltóságmodell ismerete, alkalmazása elengedhetetlen a méltóságmegőrző ellátás és ápolás megvalósításához. A modell szolgált alapul a betegméltósági leltárhoz (Patient

Dignity Inventory), valamint az életvégi ellátás egyik jelentős intervenciós eszköze, a méltóságterápiához (Dignity Therapy) is. Annak érdekében, hogy a szakemberek magas szinten tudják mindennapi munkájukban alkalmazni a méltóságmegőrző gondozás szemléletét, Chochinov összeállította a méltósággal gyógyítás és ápolás ABC-jét, amely definiálja a szemlélet sarokköveit, beavatkozási módjait. (Chochinov, 2014) A korábban Dame Cicely Saunders által megfogalmazott, az individuumra fókuszáló gyógyítás szemlélete (You matter because you are you.) fedezhető fel a Chochinov-féle betegméltósági kérdésben (Patient Dignity Question), amely lehetőséget ad a személyközeli, az egyéni igényeket, sajátosságokat is figyelembe vevő egészségügyi ellátás megvalósítására. (Chochinov, 2014)

Habár a méltóság megőrzésének fontossága először az életvégi, palliatív ellátásban került előtérbe, mára már kilépett ezen keretek közül. A méltóság megőrzéséhez olyan szemléletmódra, kompetenciákra van szükség, amelyek a betegellátásban lehetővé teszik az orvoslás emberi oldalának még hangsúlyosabbá és ezáltal a gyógyítás eredményesebbé tételét. A méltóságmegőrző orvoslás eszköze az emberség, humánus, amely a személyről gondoskodik, a személyiség egyedi jellegzetességeire építi az egészségügyi gondozás megvalósítását, a beteget nem pusztán a betegség fizikai tüneteinek hordozójaként látja. (Consolandi, 2023)

1.3.4.2. A méltóságterápia

Chochinov és munkatársai a méltóságterápiát pszichoterápiás intervencióként definiáltáknak nevezik. (Chochinov et al., 2005). Ám miután Magyarországon a jelenleg érvényes jogszabályok értelmében, pszichoterápiás beavatkozást csak pszichoterapeuták végezhetnek, ezért - az olasz gyakorlatot követve (Buonaccorso et al., 2022) - a méltóságterápiát narratív intervencióként ismertetjük. Maga a „méltóságterápia” elnevezés Hollandiában (van Dammen et al., 2025) és Dániában (Houmann et al., 2010) sem bizonyult szerencsésnek, mivel a „terápia” szó a kliensekben bizonytalanságot keltett, akik azt hitték, hogy valami nincs rendben velük és ezért ajánlják fel számukra a méltóságterápiát.

A méltóságterápia rövid, strukturált narratív intervenció, célja a terminális állapotú betegek egzisztenciális szenvedésének enyhítése és az életminőségük javítása. Az

empirikus alapokon nyugvó méltóságmodellre épülő módszer többek között olyan pszichoszociális dimenziókat foglal magába, mint a generativitás, a szerepmegőrzés, az értelemkeresés vagy a pillanat megélése. A haldoklóknak biztonságos keretek között lehetőséget ad visszatekinteni az életükre, újraértelmezni azt és a számukra legfontosabb üzeneteket örökül hagyni hozzátartozóiknak. Az intervenció első része a félig strukturált, 30-60 perces, meghatározott kérdésprotokollon alapuló interjú, amely megvalósulhat a kliens otthonában vagy akár intézményi környezetben is. (Chochinov et al., 2005)

A méltóságterápia kérdésprotokoll magyar fordítása több ponton eltér az eredeti angoltól: A 2. kérdés eredetileg angolul így szól: „When did you feel most alive?” A magyar fordítása: „Mikor érezte magát a legelevenebbnek, legenergikusabbnak?” A „live” (élő) szót „a legelevenebbnek, legenergikusabbnak” fordították, melynek oka lehet a halálra való utalás elkerülése. A 4. kérdés angolul: „What are the most important roles you have played in life (family roles, vocational roles, community service roles, etc.)?” Az ennek megfelelő magyar fordítás így hangzik: „Melyek a legfontosabb életszerepei (pl. családi, foglalkozási vagy társadalmi szervezetekben betöltött szerepek)? Miért fontosak ezek az ön számára, és mit ért el ezekben a szerepeiben?” A fordítás első fele jelen időbe került, melynek lehet oka az életszerepek elvesztésének enyhítése.

A méltóságterápiás kérdésprotokoll dán verziójának válaszai alapján a dán betegek tartózkodóan beszélnek olyan dolgokról, amelyekről úgy érzik, hogy hengegést vagy öndicséretet fejeznek ki. A betegek többsége kerulte az olyan kifejezések használatát, amelyek az önmagukkal vagy az életben betöltött szerepükkel kapcsolatos büszkeséget jelentik. Ez az eredmény egyértelműen hangsúlyos interkulturális különbségekre mutat rá a kanadai környezethez képest, ahol a méltóságterápiát létrehozták. Ezért a dán verzióban a „legbüszkébb” szó helyett „legelégedettebb” szó szerepel. (Houmann et al., 2010)

A méltóságterápia kérdésprotokollja (Chochinov, 2014) az alábbi kérdéseket tartalmazza:

1. Meséljen az életéről, főként azokról a dolgokról, amelyekre a legjobban emlékszik, vagy amelyeket a legfontosabbnak tart!
2. Mikor érezte magát a legelevenebbnek, legenergikusabbnak?
3. Vannak-e olyan konkrét dolgok, amelyeket szeretné, hogy a családja tudjon Önről, és vannak-e olyan dolgok, amelyekre szeretné, hogy emlékezzenek?

4. Melyek a legfontosabb életszerepei (pl. családi, foglalkozási vagy társadalmi szervezetekben betöltött szerepek)? Miért fontosak ezek az ön számára, és mit ért el ezekben a szerepeiben?
 5. Melyek a legfontosabb eredményei, és mire a leginkább büszke?
 6. Milyen fontos dolgot szeretne elmondani szeretteinek, vagy mit szeretne megismételni a számukra?
 7. Milyen reményei és álmai vannak a szeretteivel kapcsolatban?
 8. Mit tanult meg az életről, amit szeretne átadni másoknak?
 9. Milyen tanácsot, útmutatást adna (fiának, lányának, férjének, feleségének, szüleinek, másoknak)?
 10. Milyen fontos gondolatai vagy akár utasításai vannak a családjá számára?
 11. Vannak-e olyan szavak vagy esetleg utasítások, amelyeket szívesen adna a családjának, hogy felkészítse őket a jövőre?
 12. Szeretne-e még valamit belefoglalni a most készülõ, maradandó dokumentumba?
- A beszélgetést hangfelvétellel rögzítik, amelyet a méltóságterápia koordinátora írott formában, etikai szempontok és a beteg kognitív kapacitását figyelembe véve szerkeszt át megadott szempontokat követve. A generativitási dokumentumot a beteg véleményezheti, javíthatja, majd a végleges formátumot átadhatja hozzátartozóinak. A dokumentum célja, hogy a beszélgetésbõl a haldokló személyiségét tükrözõ, strukturált, átörökíthetõ „életüzenet”, kézzel fogható hagyaték váljon az itt maradottaknak. (Chochinov et al., 2005)

2. CÉLKITŰZÉSEK

A disszertációban bemutatásra kerülő három kutatás fókuszában az életvégi spiritualitás áll. Górcső alá veszi a szakemberek és a betegek szemszögéből a spiritualitás jelentését, megélési lehetőségeit és bemutatja a spiritualitás dimenziójára épülő méltóságmegőrző gyakorlat - a méltóságterápia - magyarországi adaptációját.

A három, egymással összefüggő, de önálló kutatások céljai a következők voltak:

- Az életvégi ellátásban dolgozó elméleti és gyakorlati szakemberek spiritualitásról alkotott képének és a spirituális ellátással kapcsolatos attitűdének vizsgálata fókuszcsoportos módszerrel.
- Idős, krónikus betegek életvégi spiritualitásának feltárása - részben a méltóságterápia kérdéseit felhasználó - mélyinterjúk alapján, interpretatív fenomenológiai analízis segítségével.
- A méltóságterápia módszerének magyarországi meghonosítása és a méltóságterápia tréning adaptációja.

A három, egymással tematikusan összefüggő kvalitatív kutatás célkitűzéseit az alábbiakban külön-külön ismertetem.

2.1. Spiritualitás az életvégi ellátásban dolgozó szakemberek szemszögéből⁶

Ahogy korábbi fejezetekben már bemutattam, az életvégi spiritualitás jótékonyan hat a betegekre, ezért számos nemzetközi irányelv és protokoll (Selman et al., 2018; Üzen Cura, 2021) segíti az egészségügyben dolgozókat, hogy holisztikus szemlélettel gondoskodjanak a betegekről.

Ennek ellenére a spirituális ellátás gyakran alul reprezentált a palliatív ellátásban. (Puchalski et al., 2018; Selman et al., 2018)

Magyarországon a társadalmi hallgatás (tabu) és a palliatív ellátás egyetlen hozzáférhetősége miatt a spirituális és pszichoszociális szükségletek gyakran háttérbe

⁶ A spiritualitás az életvégi szakemberek szemszögéből című kutatás bemutatása az alábbi korábban megjelent cikkben alapszik: Sipőcz, D., Tóth, P., & Hegedűs, K. (2023). Az életvégi spiritualitás hatása az életminőségre : Scoping review. *Lege Artis Medicinae*, 33, 585–593.

szorulnak. (Csikós et al., 2011) Az ellátókra nehezedő lelki teher, a kiégés veszélye tovább nehezíti a betegközpontú gondozás megvalósulását. (Révay et al., 2016)

Az életvégi ellátásban dolgozó egészségügyi szakemberek 95%-a szerint a spirituális gondozás elengedhetetlen az életvégi ellátásban. (Gurzyńska et al., 2024) A szakirodalom alapján az egészségügyi dolgozók úgy gondolják, hogy a spirituális gondozás kompetenciája elsősorban személyes spiritualitásuktól és érzéseiktől függ, nem pedig szakmai tudáson alapuló készség. A spirituális szükségletek felismerését nehezíti, hogy a dolgozók sok esetben nem tudják szétválasztani a pszichoszociális és spirituális igényeket. (Lee & Kim, 2020) A spirituális ellátás koncepciójának tisztázatlansága, a különböző megközelítések közötti eltérés további bizonytalanságot szülhet az ellátók körében.

A kutatás hozzájárulhat ahhoz, hogy az életvégi spiritualitás fogalma egyértelműbbé váljon, és a spirituális ellátást elősegítő képzések nagyobb hangsúlyt kapjanak. (D. Sipőcz et al., 2025)

2.2. Idős, krónikus betegek spiritualitásának interpretatív fenomenológiai elemzése

A kutatás célja az idős, krónikus betegek spirituális élményeinek és spirituális erőforrásainak feltárása volt mélyinterjúk segítségével. Az interpretatív fenomenológiai analízis lehetőséget ad arra, hogy a résztvevők saját szavaikon keresztül fogalmazzák meg gondolataikat a témával kapcsolatban, így kirajzolódhatnak egyéni jelentéstartalmak.

A kutatásnak elméleti keretet biztosít a korábbi fejezetekben bemutatott spiritualitásdefiníció, alapot képezve a későbbi összehasonlíthatóságra. Céлом, hogy a kutatás hozzájáruljon a spirituális dimenzió mélyebb megértéséhez és támogassa a személyre szabott, méltóságmegőrző gondozási gyakorlatok kidolgozását.

2.3. A méltóságterápia adaptációja és alkalmazhatósága az életvégi ellátásban⁷

A kutatás célja a méltóságterápia magyarországi elterjedését támogató tréningprogram kialakítása volt a Chochinov-féle kanadai online tréninget alapul véve. A vizsgálat arra irányult, hogy a Chochinov-féle méltóságterápia módszertani és szemléleti kerete miként illeszthető a hazai palliatív ellátórendszer kulturális, kommunikációs és jogi sajátosságaihoz. A célkitűzések között szerepelt a méltóságmegőrző gondozás szemléletének hazai elmélyítése, úgymint az empátikus kommunikáció, a spirituális érzékenység, az önreflexió és az interdiszciplináris együttműködés fejlesztése.

A következő fejezet részletesen bemutatja a három kutatás módszertani keretét, adatfelvételi körülményeit és elemzési eljárásait. Mivel a kutatások különböző célcsoportokat és módszereket alkalmaztak, az alfejezetek a vizsgálatok szerinti bontásban kerülnek ismertetésre.

2.4. Kutatási kérdések

A három, egymással összefüggő kutatása arra keresi a választ, hogy mit jelent az életvégi spiritualitás és hogyan járul hozzá a méltóság megőrzéséhez. Ennek megfelelően a kutatások közös kérdése: Milyen szerepet tölt be a spiritualitás az életvégi méltóság megőrzésében és hogyan válhat az ellátás integrált részévé?

A fő kérdésből kiindulva további kérdések fogalmazhatóak meg az egyes kutatások mentén:

1. A szakemberek nézőpontja

Hogyan értelmezik az életvéggel foglalkozó elméleti és gyakorlati szakemberek a spiritualitás fogalmát és szerepét a haldoklásban?

⁷ A méltóságterápia adaptációját feldolgozó kutatás korábban az alábbi cikkben jelent meg: Sipőcz, D. G., Zsák, É., Farkas, A. B., & Hegedűs, K. (2025). A méltóságterápia magyarországi adaptációja és alkalmazhatósága az életvégi ellátásban. *Orvosi Hetilap*, 166(36), 1412–1419.

Milyen tényezők támogatják vagy gátolják a spirituális ellátás megvalósulását a hazai egészségügyi rendszerben?

2. Az idős, krónikus betegek tapasztalatai

Hogyan jelenik meg a spiritualitás az idős, krónikus betegek életútjaiban és jelenében?

Milyen spirituális erőforrások és megküzdési stratégiák segítik a méltóság megőrzését az élet végén?

3. A méltóságterápia adaptációja

Milyen kulturális és szakmai tényezők befolyásolják a méltóságterápia hazai adaptációját és gyakorlati beágyazását?

Milyen kompetenciák fejleszthetők a tréning során, amelyek hozzájárulnak a méltóságmegőrző gondozás szemléletének meghonosításához?

3. MÓDSZEREK

3.1. Spiritualitás az életvégi ellátásban dolgozó szakemberek szemszögéből

3.1.1. Interpretatív femonológiai analízis

A kvalitatív kutatás interpretatív fenomenológiai analízis (IPA) alkalmazásával készült, ami a személyes élmények mélyebb megértésére törekszik. Az IPA módszertana az egyéni tapasztalatok értelmező feltárására épül, lehetővé téve a résztvevők megélt élményeinek alapos vizsgálatát. (Rácz et al., 2016; Smith, 2011, 2017)

Az IPA két filozófiai hagyományban, a fenomenológiában és a hermeneutikában gyökerezik. Mindkettő középpontjába az egyén tapasztalatának értelmezése kerül, hogy miként érzékeli a világot, önmagát és múltbeli élményeit. A fenomenológia a 20. század egyik meghatározó filozófiai irányzata, elvei szerint a tudat és annak tárgya elválaszthatatlan egymástól, a dolgok jelentése az egyén tapasztalatán keresztül válik értelmezhetővé.

A hermeneutika, az értelmezés tudománya, a megértést az emberi lét sajátosságának tartja. A „hermeneutikai kör” elmélete szerint a részek értelmét csak az egész ismeretében lehet megragadni, ugyanakkor az egész is csak a részek fényében válik értelmezhetővé. Az értelmezés egy ciklikus folyamatként írható le, amiben az újonnan feltárt jelentések visszahatnak a korábbi megértésekre, ezáltal azok újra értelmeződnek. A folyamat alatt az értelmező végig tudatos arról, hogy saját előzetes tudásával, kulturális hátterével is hatással van a jelentésalkotásra. (Kassai et al., 2017)

3.1.2. A fókuszcsoport bemutatása

A téma érzékenységet figyelembe véve esett a fókuszcsoportos kutatásra a választás, mivel ez a módszer a résztvevők közötti dinamikus interakciónak köszönhetően a vélemények szélesebb skáláját képes felszínre hozni, mint az egyéni interjúk. (Dunleavy

et al., 2020) A kollektív értelmezés során a résztvevők egymás elbeszéléseire reflektálnak, ami gazdagítja az elemzést.

A résztvevők kiválasztása célzott mintavétellel történt, melyben egyik szempont az volt, hogy szakmailag változatos legyen a csoport, hogy minél sokrétűbb információra tegyek szert a kutatási témával kapcsolatban. (Malterud et al., 2016) A mintavétel kritériumai a következők voltak: életvégi ellátásban dolgozó gyakorlati vagy tanatólogiával foglalkozó elméleti szakemberek, illetve hospice önkéntesek.

A fókuszcsoportok átlagosan 90 percet vettek igénybe, moderálásukat tapasztalt facilitátor végezte. Az online és a személyes fókuszcsoportok beszélgetései hangrögzítésre kerültek. A hangfelvételek átírása anonim módon történt.

A fókuszcsoport kérdései a kutatási kérdéssel összhangban az alábbiak voltak:

1. Milyen mély/spirituális kérdések merülnek fel Önben a haldoklás kapcsán?
2. Ön szerint mit jelent a spiritualitás? Írja le az első 5 szót, ami eszébe jut.
3. Mit gondol, milyen spirituális igényei lehetnek egy haldoklónak?
4. Volt már rá példa, hogy spirituális segítséget adott haldoklónak? Ha igen, kérem meséljen róla!
5. Ha Ön lenne az élete végén, spirituális szempontból mi lenne Önnek a legfontosabb?
6. Ön szerint hogyan lehetne fejleszteni a spirituális ellátást?
7. Szeretne egyéb gondolatokat megosztani a témában amire még nem tértünk ki?

A kutatás szakmai-etikai engedéllyel rendelkezik (IV/10183-3/2020/EKU). A résztvevők tájékoztatása megtörtént a kutatás céljáról, az önkéntességről, az adatkezelésről, az anonimitás biztosításáról és a titoktartás elveinek betartásáról. A résztvevők írásos beleegyező nyilatkozatot tettek, amit bármikor visszavonhattak. (D. Sipőcz et al., 2025)

3.1.3. A fókuszcsoportos beszélgetések tematikus elemzése

A kvalitatív elemzés mély megértést adhat egy jelenségről, de ehhez szükség van egy adatmegjelölési folyamatra, amit kódolásnak neveznek. A tematikus elemzés az egyik legnépszerűbb kvalitatív adatelemzési technika a pszichológiában, a társadalom- és egészségtudományokban, ugyanakkor kritika éri, hogy időigényes, főleg nagy

adathalmazok esetében. A kódoláshoz használt technológia, például - a kutatásunkban is alkalmazott – NVivo lehetővé teszi, hogy a forrásokat és a kódokat egyszerűbben és gyorsabban rendszerezzük, ezzel némiképp gyorsítva az elemzés folyamatát. (Williams, 2024)

A kutatásban induktív elemzési eljárással dolgoztunk, hogy a résztvevők tapasztalataiból, narratíváiból kiindulva alakítsuk ki a témákat. (Zörgő, 2017)

A szöveges leiratok elemzését két kódoló egymástól függetlenül végezte az objektivitás szempontjai alapján. A kódolási folyamat strukturáltan, két fő szakaszban történt. Az első szakasz az idiografikus elemzés történt, amely során a kutatók külön-külön vizsgálták az egyes fókuszcsoportok leiratait és azonosítottak egyéni jelentéseket, kulcsfogalmakat a kérdések mentén, majd létrehozták a kezdeti kódokat. (Bengtsson, 2016)

A második a horizontális összehasonlító elemzés volt, ami a fókuszcsoportok közötti közös mintázatok és releváns eltérések azonosítását jelentette. Ebben a lépésben hangsúlyt fektettünk arra, hogy megvizsgáljuk, milyen különbségek adódnak az online és a személyes csoportok eredményei között. A végső témaalkotást konszenzusos egyeztetés előzte meg, ennek során a két kódoló közösen áttekintette és egységesítette az önállóan kódolt adatokat.

A kvalitatív adatok kódolása és elemzése manuálisan és az NVivo szoftver (QSR International, Burlington, MA, USA) segítségével történt, amely lehetővé tette az adatok szervezett és transzparens kezelését, valamint hozzájárult a kutatási folyamat követhetőségéhez. (D. Sipőcz et al., 2025)

3.2. Idős, krónikus betegek spiritualitásának interpretatív fenomenológiai elemzése

A kvalitatív kutatásban a kutatói oldalról az interpretatív fenomenológiai analízist alkalmaztam, melynek célja az egyéni, szubjektív tapasztalatok feltárása és az ezekhez kapcsolódó jelentéstársítások megértése. (Smith, 2011) Ez a módszer kifejezetten alkalmas a méltóságterápián alapuló interjúk feldolgozásához, ami az idős, krónikus betegek élettapasztalatainak, identitásának és méltóságának feltárására törekszik.

3.2.1. A mesterséges intelligencia és az interpretativitás

Másodlagos kódolásra a mesterséges intelligenciát (MI) használtam, melyre egy későbbi alfejezetben részletesen kitérek. Az MI bevezetése a kutatási folyamatba, kifejezetten a nagy adathalmazok esetében - jelen kutatásban összesen 234 oldal - meggyorsítja a másodkódolási folyamatot.

Az interpretativisták amellet érvelnek, hogy a kvalitatív elemzésnek árnyaltnak és emberközpontúnak kell lennie és aggodalomra adhat okot, hogy az MI figyelmen kívül hagyhatja az emberi kommunikáció finomságait. Az interpretativizmus szerint egyetlen jelenségnek többféle értelmezése lehet, nem pedig egy, amelyet egy mérési folyamat meghatározhat. A valóság szubjektív, sokrétű és társadalmilag konstruált. Vagyis csak valakinek a valóságát érthetjük meg az adott valóságról szerzett tapasztalatain keresztül, amely eltérhet egy másik személyétől. (Williams, 2024)

Úgy gondolom az MI végső soron nem „emberidegen” nézeteket vall, mivel olyan szövegek hatalmas mennyiségéből tanul, amit emberek írtak (pl. könyvek, cikkek, weboldalak). Az ebből következő „nézetei” olyan statisztikai mintázatok, amelyek az adott témáról szóló emberi véleményeket, tudást és érveket tükröz. Épp ezért lehetnek az MI-nek társadalmi elfogultságokat tükröző, embertől tanult előítéletei is.

A kvalitatív kutatásban az MI alkalmazása annak elismerését jelenti, hogy a tudásépítési folyamat egy része algoritmikusan vezérelt lehet, kiegészítve az emberi értelmezést és elemzést. Az adatvezérelt meglátások kiegészíthetik és gazdagíthatják a szubjektív tapasztalatok és társadalmi konstrukciók megértését. A fentiek fényében elmondható, hogy az MI-t a kvalitatív kutatásban részleges vagy hibrid folyamatban lehet alkalmazni. (Williams, 2024)

3.2.2. A minta- és az interjúfelvételek körülményei

A kutatási tervben az interjúalanyok kiválasztásának az egyik kritériuma az volt, hogy a betegek palliatív ellátásban részesüljenek. Viszont a kutatás első két hónapjában azzal szembesültünk, hogy a két tervezett helyszínen, a Hospice Házban és a Varázshegy Hospice-ban összesen csak három beteg felelt meg a kiválasztási kritériumoknak. Az előbbiben az intézmény pszichológusa, az utóbbiban a mentálhigiénés szakember segített

az interjúalanyok kiválasztásában. Korábbi, méltóságterápiával kapcsolatos kutatásokban is hasonló tapasztalatok születtek, mivel az életvégi szakaszban lévő betegek teherbírásának rohamos csökkenése, a gyors kognitív leépülésük (Korman et al., 2021) vagy elhalálózásuk miatt az interjúk megszakadnak, ezért a megfelelő elemszámú minta toborzása jelentősen meghosszabbítja a kutatás időtartamát. (Fitchett et al., 2015; Nagata & Tanaka, 2024) A fentiek fényében az újragondolt bevonási kritériumok a következők voltak: idős (70 év feletti), krónikus betegséggel élő, tiszta tudatállapotú idős emberek vettek részt a kutatásban. Ennek megfelelően a kutatási helyszínek is kiegészültek az Élet-Hossz Idősek Otthonával (Budaörs) és a Kálvin János Református Idősek Otthonával (Budapest), valamint a II. kerület háziorvosának és egy onkopszichológusnak az ajánlására vontam be otthon ápolt betegeket a kutatásba. Összesen 25 interjúalannyal vettem fel a kapcsolatot és végül 20 interjú került elemzésre.

A kérdéssor a következő kérdésekből állt:

1. Élete nagyobb kihívásaiban mi vagy ki segítette a leginkább?
2. Milyen reményei és álmai vannak a szeretteivel kapcsolatban?
3. Mit gondol fontosnak az életben? Ezek az értékek változtak élete során?
4. Milyen tanácsot, útmutatást adna másoknak?
5. Mi az Ön személyiségének a legerősebb része?
6. Meséljen az életéről, főként azokról a dolgokról, amelyekre a legjobban emlékszik, vagy amelyeket a legfontosabbnak tart.
7. Mire a legbüszkébb saját magával, illetve az életével kapcsolatban?
8. Milyen tevékenységet végez, ami feltölti?
9. A családján kívül van olyan közösség, amelyhez tartozik?
10. Vallásos? Változott a hite élete folyamán?

A méltóságterápia kérdésprotokolljából a 2., 4., 6., és 7. és sorszámú kérdések származnak, melyek segítenek az interjúk alanyainak élettörténetük értelmezésében, ami hozzájárul a spirituális önreflexiójukhoz. (Nagata & Tanaka, 2024) Szeretteikkel kapcsolatos jókívánásaikon és tanácsaikon keresztül kirajzolódik az élet értelmének és jelentőségének egyéni értelmezése. A kérdéssor többi kérdésének kidolgozásához a spiritualitás tudományos definíciója nyújtott kiindulási alapot. Eszerint a spiritualitás az emberi lét dinamikus, belső jellemzője, amely által az egyén végső értelmet, célt és

transzcendenciát keres, valamint kapcsolatot él meg önmagával, másokkal, a közösséggel, a természettel és a szenttel. (Puchalski et al., 2018)

Az interjúkészítés három szakaszból állt. Először a fent említett szakemberek (pszichológus, mentálhigiénés szakember, háziorvos és pszichoonkológus) a kritériumok mentén kiválasztották az alanyokat és felkérték őket a kutatásban való részvételre. Az interjúkészítővel két alkalommal találkoztak a betegek. Az első találkozás során (15-20 perc) a kutató ismertette a kutatás célját, átadta a betegtájékoztatót, a beleegyező nyilatkozatot, valamint a strukturált kérdőívet. Chochinov méltóságterápiára vonatkozó ajánlását (Chochinov & Cann, 2005b) követtem, miszerint a második találkozásra lehetőleg 1-3 nappal később került sor, ezen az alkalmon (kb. 60 perc) készült el az interjú. Az interjú lebonyolítása nyugodt, az adott körülményekhez képest intim légkörben valósultak meg, és hangfelvétel készült róluk.

A kutatás szakmai-etikai engedéllyel rendelkezik (IV/10183-3/2020/EKU). A résztvevők tájékoztatása megtörtént a kutatás céljáról, az önkéntességről, az adatkezelésről, az anonimitás biztosításáról és a titoktartás elveinek betartásáról. A résztvevők írásos beleegyező nyilatkozatot tettek, amit lehetőségük volt bármikor visszavonni.

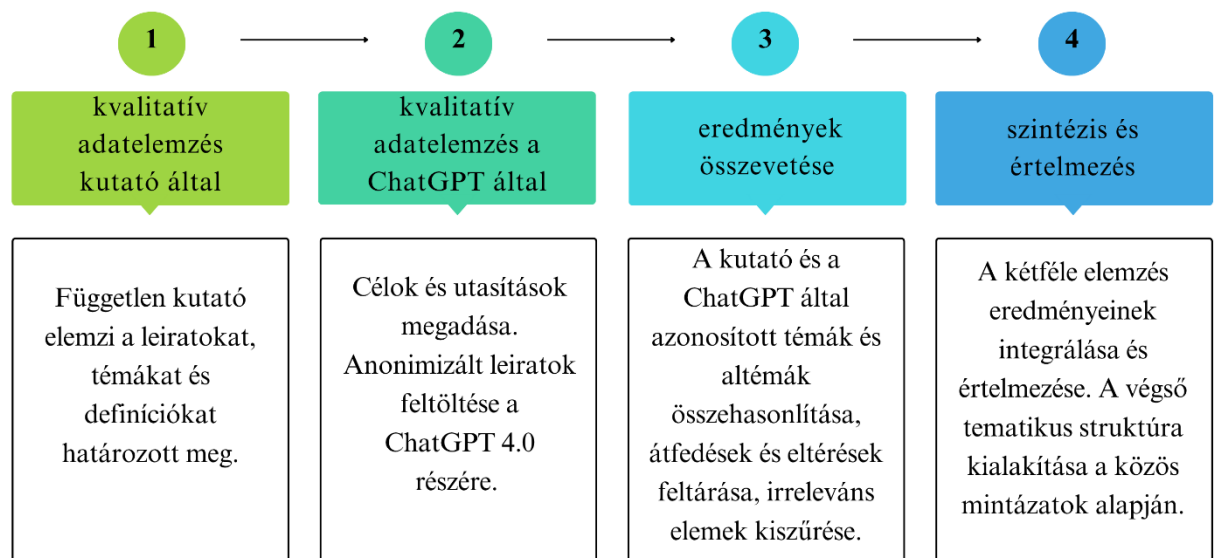
3.2.3. Az interjúk tematikus elemzése

A leiratok elemzését egy kutató és egy generatív mesterséges intelligencia (ChatGPT 4.0) végezte, Kon és munkatársai (Kon et al., 2025) módszertani ajánlásait követve.

Mind a kutató, mind a ChatGPT által végzett tematikus elemzés induktív megközelítést alkalmazott, vagyis a jelentésképzés az interjúkban megfogalmazott tapasztalatokból kiindulva, az elhangzott tartalmakra épülve bontakozott ki.

A szöveges leiratok kódolását a kutató manuálisan és két fő szakaszban végezte. Az első szakasz az idiografikus elemzés, amely során a kutató egyesével vizsgálta meg az interjúk szövegét és a spiritualitás fogalmára fókuszálva egyéni jelentéseket, kulcsfogalmakat keresett, majd létrehozták a kezdeti kódokat. (Bengtsson, 2016)

A második szakasz a horizontális összehasonlító elemzés volt, ami az interjúk közötti közös mintázatok és releváns eltérések azonosítását célozta. Ezt követően a kutató létrehozta a kódokat, majd a mesterséges intelligencia által generált tematikus egységeket összevetette saját elemzésével. Az elemzés folyamatát az 4. ábra illusztrálja.



4. ábra: A kvalitatív elemzés folyamatábrája

A tematikus elemzés a kvalitatív kutatás egyik alapvető módszertani megközelítése, ami lehetővé teszi a kutatók számára, hogy rendszerezetten ismerjenek fel mintázatokat nagyméretű szöveges adatokban és feltárják az emberek élményeit, gondolatait és viselkedésmintáit. A kvalitatív kutatás legújabb technikai fejlesztése a generatív mesterséges intelligencia, ami új távlatokat nyit a kvalitatív adatok feldolgozásában. Ezek a modellek képesek gyorsan és mélyrehatóan azonosítani kulcsszavakat és a mély jelentéseket. Csökkentik a kutatás idő- és munkaigényét, mivel automatizálható a szövegek leírata és kezdeti kódolása, lehetővé téve, hogy a kutató nagyobb figyelmet fordíthasson az értelmező elemzésre. Alkalmazásuk ugyanakkor körültekintést igényel, mivel a kvalitatív kutatás nemcsak adatfeldolgozást, hanem mély megértést is kíván. Az MI algoritmusok jelenleg nehezen kezelik a kulturális jelentéseket vagy a nem szokványos reflexiókat, ezért szükséges az eredmények szigorú minőségbiztosítása emberi szakértőkkel. (Bennis & Mouwafaq, 2025) Továbbá szem előtt kell tartani az olyan hibalehetőséget, mint a mesterséges hallucináció, ami olyan MI által generált válasz, - például egy nyelvi modell - amely tényként feltüntetett hamis vagy félrevezető információkat tartalmaz. (Williams, 2024)

A mesterséges intelligenciák közül a ChatGPT-re esett a választásunk, mivel a kutatások alapján az induktív kódolásban magas kódolási megbízhatóságot mutatott (Bijker et al.,

2024) és pszichoszociális szövegek feldolgozásában is kimagaslóan képes azonosítani és strukturálni a jelentéstartalmakat. (Bennis & Mouwafaq, 2025)

A ChatGPT 4.0 verziót Kon és munkatársai tanulmányának (Kon et al., 2025) alapján használtuk, ami lépésről-lépésre levezeti a ChatGPT optimális alkalmazását induktív adatelemzés esetében. Első lépésben a mesterséges intelligencia konkrét célt és utasítást kapott az idős, krónikus betegek spiritualitásának azonosítására. A húsz interjú anonimizált átiratai egyesével kerültek feltöltésre a programba. A konkrét célok és utasítások minden egyes feltöltött interjúnál újra bevezetésre kerültek, hogy a ChatGPT „emlékezzen” az elemzés céljára és a generált témákra. Ezek a lépések biztosították a modell folytonosságát és felidézését az egymást követő tételek között és a témák zökkenőmentesebb és koherensebb generálását az elemzési folyamat során. Az utasítások pontos ismertetése a 5. ábrán látható.

„A célom, hogy feltérképezsem a spiritualitás egyéni megélését, jelentésképzési mintázatait és a méltóság megőrzésének spirituális aspektusait 20 interjú alapján. Kérlek, kódold induktív módon a szöveget, alkoss tematikus egységeket, amik kifejezik az interjúalanyok nézőpontjait.”

„Kérlek, elemezd az alábbi interjút induktív tematikus elemzéssel. Ez egy mélyinterjú, amely a spiritualitást vizsgálja. Fogalmazz meg tematikus egységeket (kódokat és rövid leírást), amik a résztvevő tapasztalataiból származnak. Ez az első interjú:”

„Kérlek, jegyezd meg ezt az információt. A következő interjú leírata következik. Folytasd a tematikus elemzést, és építs az imént létrehozott témákra. A következő interjú:”

„Kérlek, most foglald össze az eddig generált kódokat és tematikus egységeket az interjúk alapján.”

5. ábra: Utasítások a ChatGPT 4.0 részére

3.2.4. A mesterséges intelligencia használatának etikai megközelítése

A mesterséges intelligencia (MI) tematikus elemzésre való használata előtt elengedhetetlennek tartottam megvizsgálni az MI kvalitatív kutatásokban való használatának etikai iránymutatásait.

Az MI fejlődése megannyi társadalmi kihívást fog indukálni, akár számunkra egyelőre ismeretlen problémákat. Az etikai reflexiók egy lépést tesznek előre, míg a normatív irányelvek adaptációi az MI fejlődéséhez képest még mindig lassan haladnak. (Bouhouita-Guermech et al., 2023)

Az MI tudományos kutatásban való használata folyamatosan növekszik, míg az etikai útmutatás ezen a területen is messze elmarad a gyakorlattól. A legtöbb kódex és irányelv - a tudományos cikkek szerkesztésére történő felhasználásának kivételével - nem foglalkozik az MI tudományos kutatásban való felhasználásának etikai kérdéseivel.

Például kié az adatok tulajdonjoga, ha az MI-t használjuk az adatok elemzéséhez? Felhasználja-e az MI a bemenetet arra, hogy tanuljon a jövőbeli kimenetekhez? Mi történik, ha a résztvevők kilépnek a vizsgálatból, de az adatokat már bevitték az MI-be? Hasonló a helyzet az MI-algoritmusok lehetséges elfogultságaival. Minden MI-rendszer az internetről gyűjtött nagy mennyiségű adatból tanul, ami elkerülhetetlenül társadalmi elfogultságokat képvisel. Ha a modellek betanításához használt adatok elfogult attitűdöket tartalmaznak, az MI valószínűleg elsajátítja és reprodukálja ezeket. (Williams, 2024)

A kutatás integritásának európai magatartási kódexe⁸ röviden tárgyalja az átláthatóság fontosságát. A kódex előírja, hogy a kutatóknak be kell számolniuk „eredményeikről és módszereikről, beleértve a külső szolgáltatások vagy mesterséges intelligencia és automatizált eszközök használatát”. (Resnik & Hosseini, 2025)

Resnik és munkatársa (Resnik & Hosseini, 2025) az MI tudományos kutatásokban való etikus felhasználására dolgozták ki az alábbi irányelveket, melyeket a kutatásom során figyelembe vettem.

- A kutatók felelősek az MI-vel kapcsolatos torzítások és véletlenszerű hibák azonosításáért, leírásáért, csökkentéséért és ellenőrzéséért.
- A kutatóknak közzé kell tenniük és megmagyarázniuk az MI kutatásban való felhasználását, beleértve annak korlátait is.
- A kutatók csak olyan helyzetekben használhatják a mesterséges intelligenciát, amelyekben rendelkeznek a felelősségteljes használathoz szükséges szakértelemmel vagy ítélőképességgel.
- A kutatóknak be kell vonniuk az érintett közösségeket, népességcsoportokat és más érdekelt feleket a mesterséges intelligencia kutatásban való használatába, hogy tanácsot és segítséget kapjanak tőlük, és figyelembe vegyék érdekeiket és aggályait.

⁸ <https://allea.org/code-of-conduct/>

- Azok a kutatók, akik szándékosan, tudatosan vagy gondatlanul használják a mesterséges intelligenciát adatok hamisítására vagy plágium elkövetésére, felelősségre vonhatók.
- Az MI által generált adatokat/kódokat felhasználó kutatóknak (1) jelezniük kell, hogy az adatok mely részei generáltak; (2) egyértelműen meg kell jelölniük azokat; (3) le kell írniük, hogyan állították elő az adatokat; és (4) elmagyarázni, hogyan és miért használták az adatokat.
- Az MI-rendszereket nem lehet szerzőként, feltalálóként vagy szerzői jog tulajdonosaként megnevezni, de a kutatáshoz való hozzájárulásukat jelölni kell.
- A mesterséges intelligenciát nem ajánlott olyan helyzetekben használni, amelyekben a kutatási alanyok személyes adatai nem anonimizálhatók és bizalmas információkat tartalmaznak vagy titkos kutatások.

Az MI kutatásban való alkalmazása új lehetőségeket kínál a kvalitatív adatfeldolgozásban, ugyanakkor felelősséget is ró a kutatókra. Az etikai irányelvek jelenlegi töredezettsége és a gyakorlat gyors ütemű fejlődése közötti feszültség arra figyelmeztet, hogy az MI-t alkalmazva a legújabb etikai ajánlásokat célozzuk felkutatni és követni.

3.3. A méltóságterápia adaptációja és alkalmazhatósága az életvégi ellátásban

Gyakorlatorientált, fejlesztési célú megközelítést alkalmaztunk a méltóságterápia magyarországi adaptációjának folyamatára, amit három fő lépésben valósítottuk meg: (1) a „Dignity in Care” tréning elvégzése és feldolgozása, (2) a képzési anyag hazai viszonyokra szabott újragondolása, (3) a kidolgozott program pilot tréning keretében történő tesztelése.

3.3.1. A „Dignity in Care” tréning

A méltóságterápia módszerének kidolgozója, Dr. Harvey Max Chochinov hívta életre a „Dignity in Care” című, évente megrendezésre kerülő háromnapos nemzetközi online tréninget .

A tréning elméleti alapját Chochinov két könyve képezi: a „Dignity Therapy: Final Words for Final Days” (magyar címe: „Méltóságterápia. Utolsó szavak az utolsó napokra”) (Chochinov, 2014) és a „Dignity in Care: The Human Side of Medicine” (Chochinov, 2022) című.

A képzés ideje alatt a résztvevők megismerhetik a méltóságmegőrző gondozás jellegzetességeit, a méltóságterápia alapját képező méltóságmodell elemeit, a méltóságterápia elméleti hátterét és az intervenció gyakorlati megvalósításának lépéseit, úgymint az interjúk kivitelezését és az örökségi dokumentum elkészítésének módját. Emellett további beavatkozási lehetőségeket is elsajátíthatnak, amelyek komplex gondozási modellé bővítik a méltóságterápiát. Ilyenek például: a pár perces beszélgetést jelentő méltóságkérdés alkalmazása vagy a méltóságmegőrző gondozás ABCD átfogó modellje, amelyek a gyakorlatban is jól alkalmazható preventív módszerek.

A tréning elvégzését követően magyar nyelvre fordítottuk a tananyagot és Chochinov írásos engedélyét kértük azok felhasználására és a tréning magyarországi megvalósítására. (D. G. Sipőcz et al., 2025)

3.3.2. A magyar tréningadaptáció módszertani kerete

Az adaptációhoz nemcsak a tréninganyag fordítására volt szükség, hanem annak újragondolására is. Ehhez alapul a méltóságterápia európai alkalmazásáról szóló tudományos cikkek, valamint a hazai szakmai és kulturális sajátosságok szolgálták A hazai fejlesztés a méltóság fogalmát kulturálisan, jogilag és szakmailag is kontextusba helyezi. Ez azért volt indokolt, mert a magyar egészségügyi ellátórendszer működése eltér a méltóságterápia eredeti, kanadai méltóságmegőrző szemléletétől.

Az adaptáció a következő szempontok mentén történt: szemléleti és etikai bővítés, kommunikációs készségek és önismeret fejlesztése és az örökségi dokumentum elkészítésének és átadásának gyakorlata.

A kanadai tréning során Chochinov nem tért ki a méltóság széleskörű fogalmi meghatározására, csupán egy bizonyos aspektust vett górcső alá: „A haldokló méltósága

az, ahogy önmagát tükröződni látja a gondozója szemében.” A magyar adaptáció során azonban szükségesnek láttuk, hogy a tréning elején magyarázzuk a fogalmat és rávilágítsunk a különböző nézőpontok szerinti megközelítésekre, mivel e fogalom kulturálisan, gazdaságilag és jogilag eltérően értelmezhető.

A kanadai egészségügyben - ahonnan a méltóságterápia származik - a nagyobb hangsúly esik méltóságmegőrző gondozási szempontokra, ezért a magyar tréningverzió elkészítésének egyik célkitűzése az volt, hogy a szakembereknek, a méltóságterápia módszertanának elsajátítása mellett, lehetősége legyen egy új ellátási szemléletet is megtanulni, amit be tudnak építeni saját gyakorlatukba.

A „Dignity in Care” tréninget 2023-ban kolléganőmmel ketten végeztük el, majd a megszerzett ismeretek alapján dolgoztuk ki a tréning magyar adaptációját, Dr. Harvey Max Chochinov írásos engedélyével és szakmai támogatásával.

A magyarországi egészségügyi és szociális ellátórendszerben a beteg és az ellátó szakember közötti kapcsolat sok esetben alá-fölé rendeltségen alapul, ami eltér a méltóságterápia kanadai gyökerű, inkább partneri megközelítésétől. Az adaptáció fontos szempontja volt, hogy már a tréning elején hangsúlyt kapjon az egyenrangú kapcsolati minőség.

Ennek érdekében elsőként a terápiás szövetség és a terápiás alázat fogalmait volt szükséges meghatározni, ehhez Trevino és munkatársai kutatási eredményei mutattak irányt. (Trevino et al., 2014) A terápiás szövetség, azaz a haldokló és ellátója között kialakuló együttműködés, alapvető feltétele a terápiás alázat. Ez az alázat azonban nem a szakmai kompetencia feladását jelenti a szakember oldaláról, hanem sokkal inkább azt, hogy nyitottá válik a beteg személyére, és elfogadja, hogy vannak olyan tapasztalati dimenziók, amelyek túlmutatnak a gyógyítás keretein. A szakember-beteg kapcsolat ilyenkor megértéssel, a páciens személye iránti őszinte kíváncsisággal gazdagodik.

Bylund és munkatársai kutatásukban a méltóságterápia koordinátor (így nevezik a méltóságterápiát végző személyt) empátiát kifejező kommunikációját vizsgálták. Eredményeik azt mutatják, hogy az empátiát kifejező reakciók (validálás, reflexió és elismerés) hozzájárulnak ahhoz, hogy méltóságterápiában résztvevő egyén úgy érezze, hogy valóban figyelnek rá és próbálják megérteni az ő nézőpontját, ami támogatja a az intervenciós beszélgetés sikeres megvalósulását. (Bylund et al., 2022) Mindezeket szem előtt tartva a képzési anyag összeállításakor – a kanadai tréninggel ellentétben – előtérbe

került az értő figyelem, az aktív hallgatás és az empátiát kifejező kommunikációs készségek fejlesztése is. Tapasztalataink szerint a hazai ellátórendszer túlterheltség miatt nem képes megerősíteni ezen képességek alkalmazását, így a tréning egyik célkitűzése ezek tudatos újraértékelése és megerősítése volt minimális idő- és energia igényű jógyakorlatokkal.

A betegközpontú gondozás megvalósulásának további gátja az ellátókra nehezedő lelki teher és a kiégés veszélye tovább nehezítik (Révay et al., 2016) miközben a spirituális szükségletek kielégítése támogató mind a betegek, mind a szakemberek számára. A méltóságterápia koordinátorai, beszámolóik szerint, személyes elégedettséget tapasztaltak az elvégzett méltóságterápiák során, mivel úgy érezték, minőségi ellátást és konkrét segítséget képesek nyújtani, annak ellenére, hogy nem tudnak gyógymodot kínálni. Ez a megnövekedett énhatékonyság fontos védőfaktor lehet a kiégés ellen. (Korman et al., 2021) Jóllehet az eredeti „Dignity in Care” képzés nem emelte ki a koordinátor önismeretének jelentőségét, meglátásunk szerint Magyarországon a segítő foglalkozásúaknak nem nyílik megfelelő lehetősége képzésük és munkájuk során az önismeret gyakorlására. Az adaptált képzésben gyakorlati feladatokon át tárjuk fel, hogyan viszonyul a leendő méltóságterápia koordinátor saját veszteségeihez, és ezeket felismerve hogyan tud hitelesen jelen lenni a másik ember szenvedésében.

A kétnapos magyar tréning elméleti blokkokra és gyakorlati elemekre épül. Az elméleti tartalmakhoz szituációs gyakorlatok kapcsolódnak, reflektív módon támogatva az önismeretet, valamint az empátia és a kommunikációs készségek fejlesztését is. Ez utóbbit különösen fontosnak érezzük, mivel a releváns szakirodalom szerint a méltóságterápia koordinátorának magasfokú kommunikációs készsége nélkülözhetetlen. A betegek egy része többnyire arról számolt be, hogy ők csupán hétköznapi emberek, és nem gyakran beszélnek másoknak fontos szerepeikről vagy eredményeikről. Ezért megfelelő kommunikációs stratégiákra van szükség az ő ösztönzésükre, hogy megnyílván elmeséljék történeteiket, kifejezzék gondolataikat és érzéseiket. (Xiao et al., 2023) Mind ehhez a méltóságterápia kérdésprotokoll kereteket ad, a nyelvezetet és tartalmat a kliens edukáltságához, energiájához és koncentrációs képességéhez kell igazítani. (Houmann et al., 2010)

A magyar adaptáció egy további sajátos jellemzője, hogy külön figyelmet szenteltünk a méltóságterápia eredményeként létrejövő dokumentum - az örökségi dokumentum -

átadásának módjára. Az emberi élet átmeneti időszakában a rítusok kiemelt jelentőségűek, tudományos kutatások igazolták pozitív pszichológiai hatásukat. (Kapferer, 2019) Az életvég rítusai a megküzdést segítik a veszteségek feldolgozásában, úgy a haldokló, mint az itt maradók számára. A képzésben csoportos gyakorlatok aktiválják a résztvevők kulturális érzékenységét, kreativitását, és közösen keressük a választ arra, hogy milyen módon lehet az átadás rítusát a haldokló és a hozzátartozók kulturális, vallási vagy személyes háttéréhez illeszteni.

A tréning utolsó része az intézményi sajátosságokkal és a jogi háttérrel foglalkozik. Tapasztalatunk szerint Magyarországon ma a méltóságterápia szinte mindig intézményi vagy otthoni hospice ellátás során, esetleg időotthonban történik. A benne való részvétel önkéntes, de ennek is meg vannak a jogi szabályai – mindezeket a 4. táblázat foglalja össze.

4. táblázat: A méltóságterápia jogi háttere (D. G. Sipőcz et al., 2025)

Adatkezelés	A beteg önkéntesen, de TAJ számmal veszi igénybe a szolgáltatást, ezért az egészségügyi adatkezelés szabályai vonatkoznak rá (1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről; 62/1997. (XII. 21.) NM rendelet az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezelésének egyes kérdéseiről).
Tájékozott beleegyezés	Az adatfelvételhez, adatkezeléshez a beteg tájékozott beleegyezése (vagy legalább ezzel egyetértő ráutaló magatartása) szükséges. Ez a tájékoztatás és beleegyezés történhet szóban is, de szerencsésebb, ha írásban is elkészül, hiszen vita esetén ez döntő bizonyíték lehet.
Dokumentáció	A méltóságterápia készítéséről írásos dokumentációt kell vezetni, melyben a beteg pontosan azonosítható, a dokumentáció naprakész, olvasható, egyszerűen, érthetően megfogalmazott, rövid, lényegre törő megállapításokat tartalmaz, harmadik személy számára is átlátható, logikus sorrendbe rendezett. A hatályos szabályozásnak

	<p>megfelelően a dokumentációt a szolgáltató az adatfelvételtől számított legalább 30 évig kötelező megőrizni (Az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény).</p>
Archiválás	<p>A nyers hang- vagy képfelvétel nem képezi szükségszerűen részét a dokumentációnak, mégis érdemes digitálisan megőrizni, hiszen amennyiben az átirat pontosságával kapcsolatban kérdés merül fel, akkor segítséget nyújt. Ezt az anyagot is a hatályos rendelkezéseknek megfelelő módon kell kezelni, tárolni. (Archiválási útmutató: https://www.ijsz.hu/UserFiles/eu_dok_arch.pdf)</p>
Önrendelkezés, titoktartás	<p>Az elkészült méltóságterápia dokumentum átadásának feltételeiről az érintett személy rendelkezik. Amennyiben az átadás előtt következik be a halála, a legközelebbi hozzátartozók vagy más jogilag érdekeltek (pl. örökösök) írásbeli kérelmére betekintés lehetséges, amennyiben a fenti rokoni/jogi kapcsolat igazolható (hozzátartozó: Polgári Törvénykönyv 8:1. § https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1300005.tv). A megvalósult adatszeréről, dokumentáció kiadásról is írásbeli dokumentálás szükséges. Ha a beteg még életében letiltotta az adatai megismerését más számára, ennek a tiltakozásnak a hatálya a halála után megszűnik, de az ilyenkor kért adatokat sem lehet visszaélészerűen vagy kegyeletsértően felhasználni.</p>

A megvalósítás egyik kiemelt törekvése, hogy a méltóságterápia ne pusztán egy pszichoterápiás módszer legyen, hanem annak kézzelfogható, örökül hagyható eredménye készítettőjének kívánságai szerint, méltó módon és illő körülmények között kerüljön átadásra.

4. EREDMÉNYEK

4.1. Spiritualitás az életvégi ellátásban dolgozó szakemberek szemszögéből

4.1.1. A fókuszcsoport résztvevőinek szociodemográfiai adatai

A kutatás keretében három fókuszcsoportot terveztünk, arra törekedtünk, hogy a csoportok minimális létszáma 6 fő, maximális létszáma pedig 10 fő legyen a fókuszcsoport módszertani útmutatói alapján. (Héra & Gy., 2005; Vicsek, 2006) 2022 szeptemberében (6 fő), 2023 májusában (5 fő) és 2024 áprilisában (8 fő) részvételével zajlott le a fókuszcsoport, az első kettő online és az utóbbi személyes jelenléttel. Összesen 19-en vettek részt a beszélgetésekben, 16 nő és 3 férfi. A résztvevők életkora 40 és 70 év közötti volt, az átlagéletkor 58,89 év. A résztvevők foglalkozásukat tekintve változatos szakmai háttérrel rendelkeztek, a három csoportban jelen volt két onkológus, két pszichoonkológus, három szakápoló, egy pszichológus, három szociális munkás négy mentálhigiénés szakember, három hospice önkéntes és egy kutató. A fókuszcsoportokon résztvevők szociodemográfiai adatait a 5. táblázat tartalmazza.

5. táblázat:

Fókuszcsoporthoz tartozó résztvevők szociodemográfiai adatai (D. Sipőcz et al., 2025)

résztevő (R)	életkor	foglalkozása
1. fókuszcsoporthoz tartozó (F1)		
F1R1	70	mentálhigiénés szakember
F1R2	52	hospice önkéntes
F1R3	46	pszichológus
F1R4	46	onkológus
F1R5	40	szakápoló
F1R6	48	szakápoló
2. fókuszcsoporthoz tartozó (F2)		
F2R1	64	mentálhigiénés szakember
F2R2	41	szakápoló
F2R3	52	onkológus
F2R4	70	hospice önkéntes
F2R5	65	szociális munkás
3. fókuszcsoporthoz tartozó (F3)		
F3R1	66	mentálhigiénés szakember
F3R2	50	hospice önkéntes
F3R3	63	szociális munkás
F3R4	51	kutató
F3R5	40	mentálhigiénés szakember
F3R6	68	pszicho-onkológus
F3R7	64	pszicho-onkológus
F3R8	64	szociális munkás

Az online csoportok mellett elsősorban a helyszíni rugalmasság és a költséghatékonyság szólt. Ugyanakkor az online forma nem tette lehetővé a nonverbális jelek teljeskörű észlelését. (Halliday et al., 2021)

4.1.2. A fókuszcsoporthok tematikus elemzésének kódjai

A tematikus elemzés során az 1., 2., 3., 5., 6 és 7. kérdésekre adott válaszok alapján két főtéma („életvégi spiritualitás definiálása” és „életvégi spirituális gondozás fejlesztése”) került azonosításra. A 6. kérdés a spirituális gondozás fejlesztésére vonatkozott, viszont a többi kérdésre adott válaszban is jellemző a spirituális gondozás fejlesztésére adott javaslatok megjelenése, ezért a második főtémát nem redukáltuk csupán egy kérdésre adott válaszok tematizálására. Az első főtémát 6, a másodikat 3 altémára bontottuk a kódoknak megfelelően.

1. Az életvégi spiritualitás definiálása

1./1. A több, mint vallás altéma. A megkérdezettek szerint a spirituális igények a vallásosságtól függetlenül is jelen lehetnek, és éppen ezért a spirituális gondozásnak ezt a tágabb megközelítést kell tükröznie. A spiritualitás magában foglalhatja az élet értelmére, a reményre vagy a belső kapaszkodókra irányuló keresést, vallási kötődés nélkül is. „Én a spiritualitást nem csak vallási értelemben használom, merthogy azoknak is van valamilyen spirituális igénye, akik nem vallásosak, ha valaki az élet értelméről akar beszélni, attól még nem feltétlenül vallásos.” (F1R1) „Nem csak arról szól, hogy van egy vallásnak megfelelő hitvilága, hogy például hisz a mennyországban, mert lehet neki vallástól független, kapaszkodója vagy reményteli képe is.” (F1R3) „A spirituális gondozás nemcsak valláshoz kötődő, hanem egy ilyen általános nyitott szemlélet, amibe belefér sok minden.” (F1R4)

1./2. Egzisztenciális altéma. A haldoklással való szembenézés gyakran hoz felszínre mély egzisztenciális kérdéseket, amelyek túlmutatnak a testi tüneteken és a hétköznapi gondoskodáson. A résztvevők beszámolóí alapján az élet lezárásához elengedhetetlennek tűnik az élet összegzése, a megtett út és a haldoklás értelmének átgondolása, valamint a halál utáni létezésbe vetett hit lehetőségének megfogalmazása. Az F1 fókuszcsoporthban volt a leggyakoribb az egzisztenciális témák érintése. „Az élet lezárásánál valamilyen áttekintés kell arról, hogy mi történt, minek volt értelme, hogy volt-e értelme annak, hogy éltem.” (F1R1) „...és akkor arról beszéltek, hogy ha a gyerekek nem éli túl, akkor vajon mi történik a gyerekekkel azután... és teret engedtem nekik, hogy erről beszéljenek és ez megnyugtatta őket.” (F1R3)

1./3. Kapcsolódás altéma. Az élet utolsó szakaszában a társas kapcsolódás – legyen szó emberekről, természetről vagy akár állatokról – lényeges emberi szükségletté válik. A fókuszcsoporthoz tartozó beszélgetések alapján kirajzolódott, hogy a kapcsolódás érzelmi támogatást nyújt, spirituális megküzdést, ami a félelem feldolgozásának, az identitás és méltóság megőrzésének eszköze. „Egy haldoklónak a legnagyobb spirituális igénye az, hogy üljön le valaki mellé és beszélgesen vele, hogy ne maradjon egyedül a legvégső órákon.” (F2R1) A beszélgetések teret engednek a félelmek, aggodalmak megosztására, a közös értelemkeresésre. „Egyik éjszaka mondta nekem, hogy fél. És hát lehetett volna neki adni valami szedatívumot, de én megálltam és elkezdtem vele beszélgetni, és megtiszteltetésnek vettem, hogy nekem mondta, hogy ő fél. És hát joga van félni.” (F2R2) Az utolsó együttlétek lehetőséget adnak a búcsúra, az elengedésre, a jókívánságokra és a kapcsolatok megerősítésére. „Én semmiképp sem szeretnék úgy kimúlni a világból, hogy nem búcsúztam el azoktól, akiket szerettem, hogy valami szépet és jót mondjak nekik.” (F1R1) A kapcsolódás nem kizárólag más emberekkel valósulhat meg, hanem - a spiritualitás tágabb értelmezése szerint - az is kapcsolódás, ha valaki a természetben vagy egy állattal megosztva éli meg az utolsó pillanatokot. „De ha valami igazán számítana, akkor az az, hogy közöm legyen a természethez. Akárcsak, ha egy ablakon keresztül láthatom, vagy akár, ha módomban van kiülni.” (F3R7) „Én arra vágnék a végén, hogy egy állat legyen mellettem, senki más.” (F3R5)

1./4. Autonómia altéma. Az önrendelkezés, a szabadságérzés és az önállóság támogatásának biztosítása meghatározó volt a résztvevők számára a spiritualitással kapcsolatban. Az autonómia a fizikai megtapasztalások mellett a gondolati szintre is kiterjedt. „Hogy még ő döntheti el, hogy hogy fordítsa a nővér az ágyban.” (F3R8) „Hagyjanak a saját valóságomban, a saját elképzelésemben és hogy abban támogassanak.” (F3R7) Az egyik résztvevő figyelmeztetett a haldoklás „elvárt” sémáinak elengedésére és az egyedi rendelkezések támogatására: „Ne kelljen megfelelni más elvárásainak az élet végén.” (F3R5) Egy beteg elbeszéléséből idézett egy másik résztvevő: „...doktornő, van egy fa a Dunánál, amit én minden évszakban lefényképeztem és ezeket a fotókat egymás mellé tettem, és amióta én nem tudok lemenni a Dunához, lefotózni a fát, azóta én

nekem nem ugyanaz az élet és én ezt nem akarom tovább csinálni.” „És nekem ez volt az első ilyen nagyon megrázó dolog, hogy ő így számot vetett az életével és kvázi engem tanított meg arra, hogy ne akarjam őt nagyon agresszíven életben tartani.” (F1R4)

1./5. Terhek letétele altéma. Az élet végéhez közeledve felmerülhet az igény arra, hogy a múlt rendezetlen, elhallgatott vagy szégyenérzettel terhelt eseményei kimondásra kerüljenek. „Megosztotta a titkát és pár órával később meghalt. Egy gyerekkori abúzust mesélt el, és mondta, hogy ezt soha senkinek nem mondta el korábban.” (F2R1) „A néni elmesélte, hogy ő kenyérért lefeküdt a németekkel, anno a háború alatt, és korábban nem mondta el senkinek. Tehát egy vallomás volt, egy gyónás. ...másnap meghalt.” (F3R1)

1./6. Szimbólumok világa altéma. Az egyéni életút szimbólumokkal való megjelenítése többször is szóba került, kiemelten az F3 csoportnál. Az életvégi kommunikáció már nem feltétlenül az információcserét, hanem az identitás-megerősítést és a közös emlékezést, a búcsúzást szolgálja, gyakran szimbólumok és metaforák révén. „...a mesébe beleszótem a gyermekkorát. Volt neki egy kutyája, akivel nagyon sokat sétált a patakparton, és a mese tulajdonképpen arról szólt, hogy a kutyával átmegy ezen a kis patakon... a mese végére meghalt.” (F3R6) „Kérte, hogy meséljem el neki a Hétszínvirág mesét. Amiben a visszatérő varázsigé: Szívem szirma, szeretlek, szállj nyugatról keletnek, északról meg délfele, szállj el, szállj el százfele! Földet, ha érsz kis szírom, legyen úgy, mint akarom.” (F3R4) A szimbólumok fizikai tárgyak formájában is jelképezhetik például az emlékeket vagy a hitet. „Gyakran kérik, hogy tegyünk ki feszületet.” (F3R8)

2. Az életvégi spirituális gondozás fejlesztése

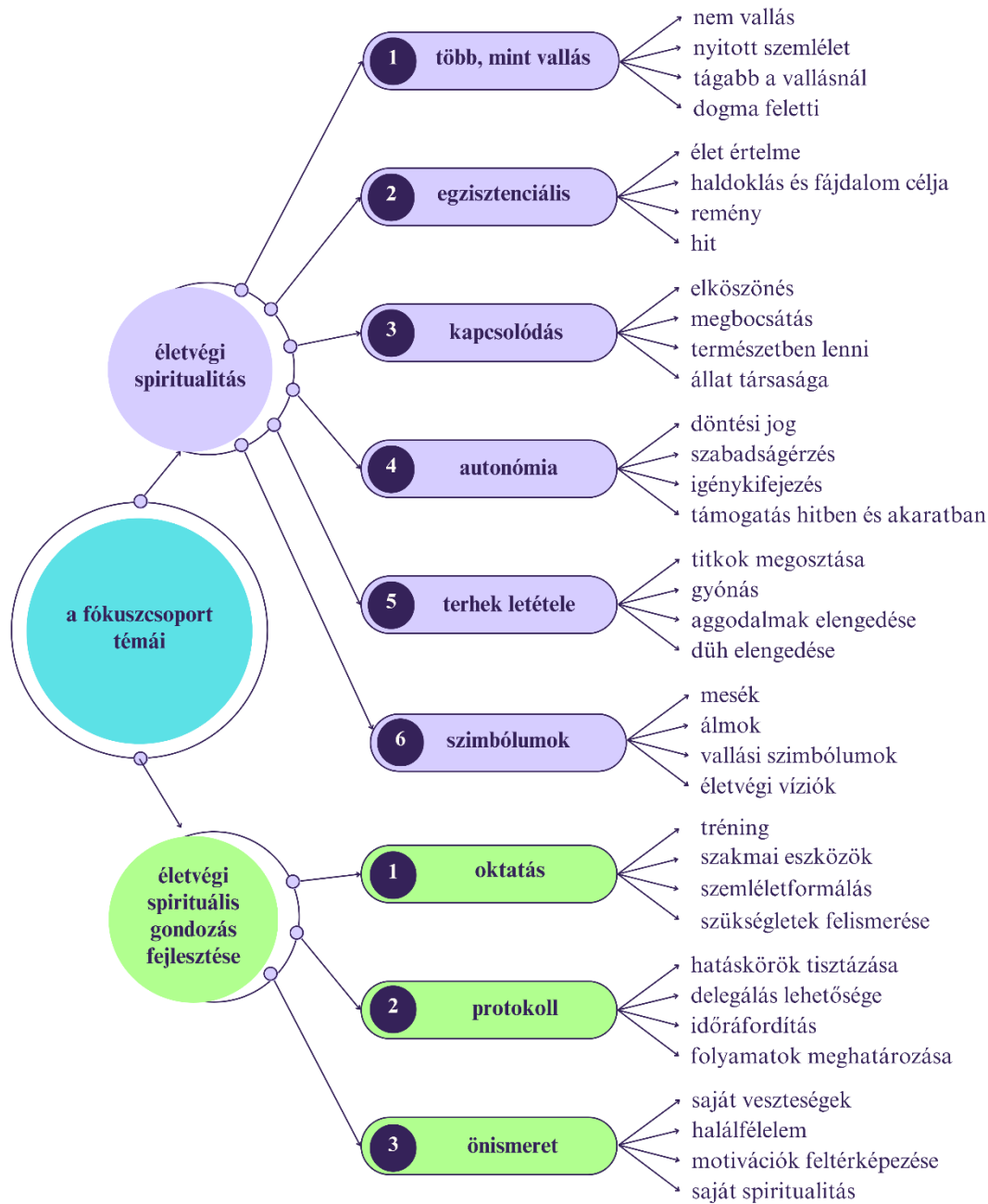
2./1. Oktatás altéma. A fókuszcsoportos beszélgetések során kirajzolódott, hogy a spirituális szükségletek felismerése és az arra való reagálás nem kizárólag személyes, ösztönös ráérzés, hanem tanulható és fejleszhető kompetencia, amelynek helye lenne az egészségügyi és szociális képzésekben. A résztvevők azt fogalmazták meg, hogy a spirituális dimenzióval való találkozás bizonytalanságot szülhet, mivel a szakmai felkészítésből hiányzik e terület tudatos integrálása. „A

szakorvosképzés alatt én nem részesültem semmilyen ilyen jellegű képzésben, ezért a legkevésbé vannak eszközeim arra, hogy egy ilyen igényt felmérjünk és legyen válaszunk rá.” (F1R4) „Szerintem oktatással azt kellene elérni, hogy meg merjék szólítani a haldoklót, hogy merjenek vele kapcsolódni a fizikai vizsgálatokon kívül.” (F1R3)

2./2. Protokoll létrehozása altéma. A spirituális gondozás nemcsak szemléletbeli, hanem strukturális kérdés is. A fókuszcsoportos beszélgetések rávilágítottak arra, hogy az ellátórendszerben gyakran hiányzik a protokoll a spirituális ellátás folyamatára vonatkozóan, ezért könnyen előfordulhat, hogy az egészségügyi dolgozó saját kompetenciahatárain túlmutató kérdéssel találja szembe magát. „Amikor a kompetencia határomat meghaladja, akkor jó lenne valakihez irányítani, vagy felhívni valakit. De volt, akihez pasztorálpszichológust tudunk hívni vagy papot. De nem világos, ez kinek a feladata lenne.” (F2R3) A spirituális gondozás kapcsán nemcsak annak felelőse, hanem az optimális kezdési időpontja is gyakran tisztázatlan marad. A betegek spirituális igényei nem a haldoklás időszakában kezdődnek, ahogyan ezt az egyik résztvevő is hangsúlyozta: „A betegek spirituális gondozását nem az utolsó napokban kell elkezdni, mert akkor már kevés segítséget tudunk nekik nyújtani, hanem ez egy folyamat, ami a diagnózisnál indul.” (F2R2)

2./3. Önismeret altéma. A résztvevők felhívták a figyelmet a megfelelő szintű önismeretre, ami szükséges ahhoz, hogy a segítő hitelesen és empatikusan tudjon jelen lenni a haldokló mellett. „Szerintem etikai szempontból is fontos, hogy a saját meggyőződésünket ne keverjük bele, hanem abban a spiritualitásban támogassuk a haldoklót, ami neki van.” (F1R2)

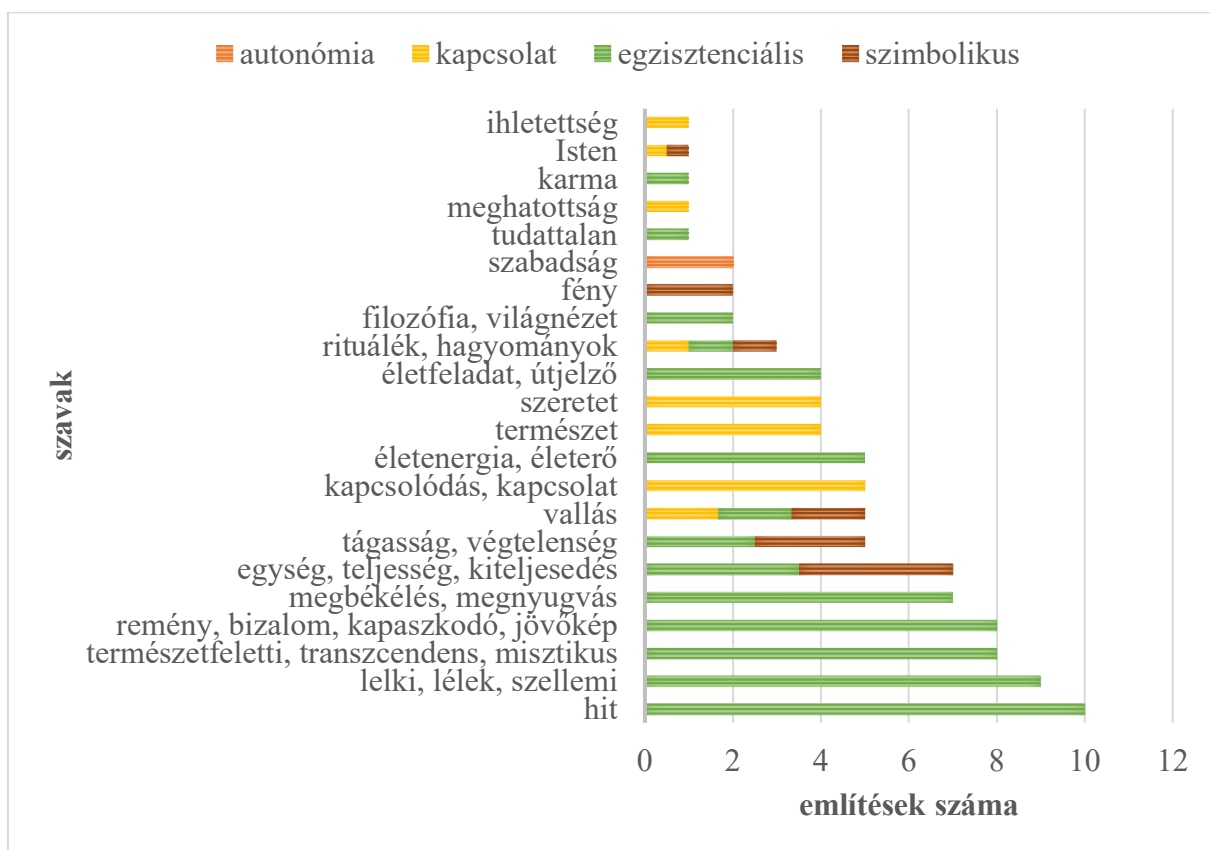
A kódolási folyamat során a résztvevők válaszaiból induktívan kialakított fő- és altémák egymáshoz való viszonyát az 6. ábra szemlélteti. A kódfa grafikus megjelenítése segít áttekinteni, hogyan épülnek egymásra a tematikus egységek, és milyen kapcsolatok figyelhetők meg az életvégi spiritualitás különböző dimenziói között.



6. ábra: A fókuszcsoportos beszélgetések tematikus elemzésének kódfája (D. Sipőcz et al., 2025)

4.1.3. Öt szó a spiritualitásról

Az elemzés a 2. kérdésre adott válaszok vizsgálatával folytatódott, amely arra kérte a résztvevőket, mondják el, mi az az öt szó, ami először eszükbe jut a „spiritualitás” hallatán. A kapott szavak csoportosítása a korábban meghatározott témák szerint történt. Azokban az esetekben, amikor egy szó több témához is kapcsolódott, a feldolgozásnál mindegyik téma esetében beszámításra került. Az elemzési eredményeket a 7. ábra szemlélteti.



7. ábra: A spiritualitással kapcsolatban említett szavak összefoglaló diagrammja (D. Sipőcz et al., 2025)

Az első fókuszcsoportban (F1) a spiritualitással kapcsolatban említésre került szavak elsősorban az egzisztenciális témakörbe tartoztak (24), amelyekhez olyan fogalmak társulnak, mint például „hit”, „remény”, „megbékélés” és „transzcendens”. Ebben az értelmezésben a spiritualitás az élet értelmének keresésével, az elmúlás elfogadásával és a belső békére való törekvéssel áll kapcsolatban.

A második fókuszcsoportban (F2) szintén az egzisztenciális témához tartozó szavak voltak többségben (16), viszont emellett megjelent a kapcsolódás témája is. (8) Az eredmények rámutattak arra, hogy a kapcsolódás többdimenziós jelenségként értelmezhető, amely magában foglalja az interperszonális kapcsolatokat (más emberekhez való kötődést), a természethez való viszonyulást, az Istennel való kapcsolat keresését, valamint a kapcsolódásban megtapasztalható szeretet élményét.

A harmadik fókuszcsoportban (F3) az egzisztenciális téma (32) mellett a szimbólumokhoz köthető asszociációk (12) voltak a jellemzőek. A gyakran említett szavak a spiritualitás hagyományon, rítuson és valláson keresztüli szimbolikus kifejeződését hangsúlyozzák, valamint konkrét szimbólumok jelentek meg (tágasság, egység).

A három fókuszcsoport összevont elemzése alapján a spiritualitás asszociatív értelmezése leggyakrabban egzisztenciális tartalmakhoz kapcsolódott (73), ezt követte a szimbolikus dimenzió (28) és a kapcsolódás (22) megjelenése. Az eredmények azt mutatják, hogy a résztvevők számára a spiritualitás elsősorban az élet értelmének keresését, a kulturálisan közvetített szimbolikus elemekhez való viszonyulást és a kapcsolódás megélését jelenti. A vallás explicit említése ugyanakkor ritka (5) volt, ami arra utal, hogy a spiritualitást nem azonosítják a vallással, hanem egy nagyobb halmaznak képzelik el.

4.2. Idős, krónikus betegek spiritualitásának interpretatív fenomenológiai elemzése

4.2.1. Interjúalanyok szociáldemográfiai adatai

Az interjúkészítés 16 hónapja alatt összesen 25 interjúalanyt vontunk be a vizsgálatba, két esetben a beteg halála miatt a második találkozásra nem került sor, két alkalommal a

kérdések megismerése után az interjúalanyok visszautasították az interjút és egy esetben a betegek kognitív képességeinek gyors hanyatlása miatt az elkészült interjú értelmezhetősége korlátozott volt, ezért nem került be az elemzési folyamatba.

A 20 interjúalanyból a nők száma felülreprezentált volt, 15 nő és 5 férfi vett részt a kutatásban. Életkoruk 70 és 92 év közötti volt, az átlagéletkoruk 83,55 év. Vallási hovatartozásukat tekintve 13 római katolikus, 3 református, 1 evangélikus és 3 résztvevő nem vallásos. Az interjúalanyok közül 8 házas, 7 özvegy, 3 hajadon és 2 elvált családi állapotú. Az interjúkészítés helyszíne 8 alkalommal idősek otthonában, 7 esetben a beteg otthonában, 2 alkalommal hospice részlegen volt, 3 otthon ápolt beteg esetében online csatornán keresztül valósult meg az interjúk felvétele. Az online csoportok mellett elsősorban a helyszíni rugalmasság szólt, mivel mindkét beteg otthona távol volt Budapesttől, a technikai eszközök használatában a családtagok segítettek.

A résztvevők - foglalkozásukat tekintve - változatos szakmai háttérrel rendelkeztek, átlagnál magasabb alapvégzettséggel, melyről a szociáldemográfiai adatokat közlő 6. táblázat tartalmaz pontos információkat. A táblázatban a résztvevők adatai az interjúkészítés időpontja szerint lettek sorba rendezve.

6. táblázat: Az interjúalanyok szociáldemográfiai adatai

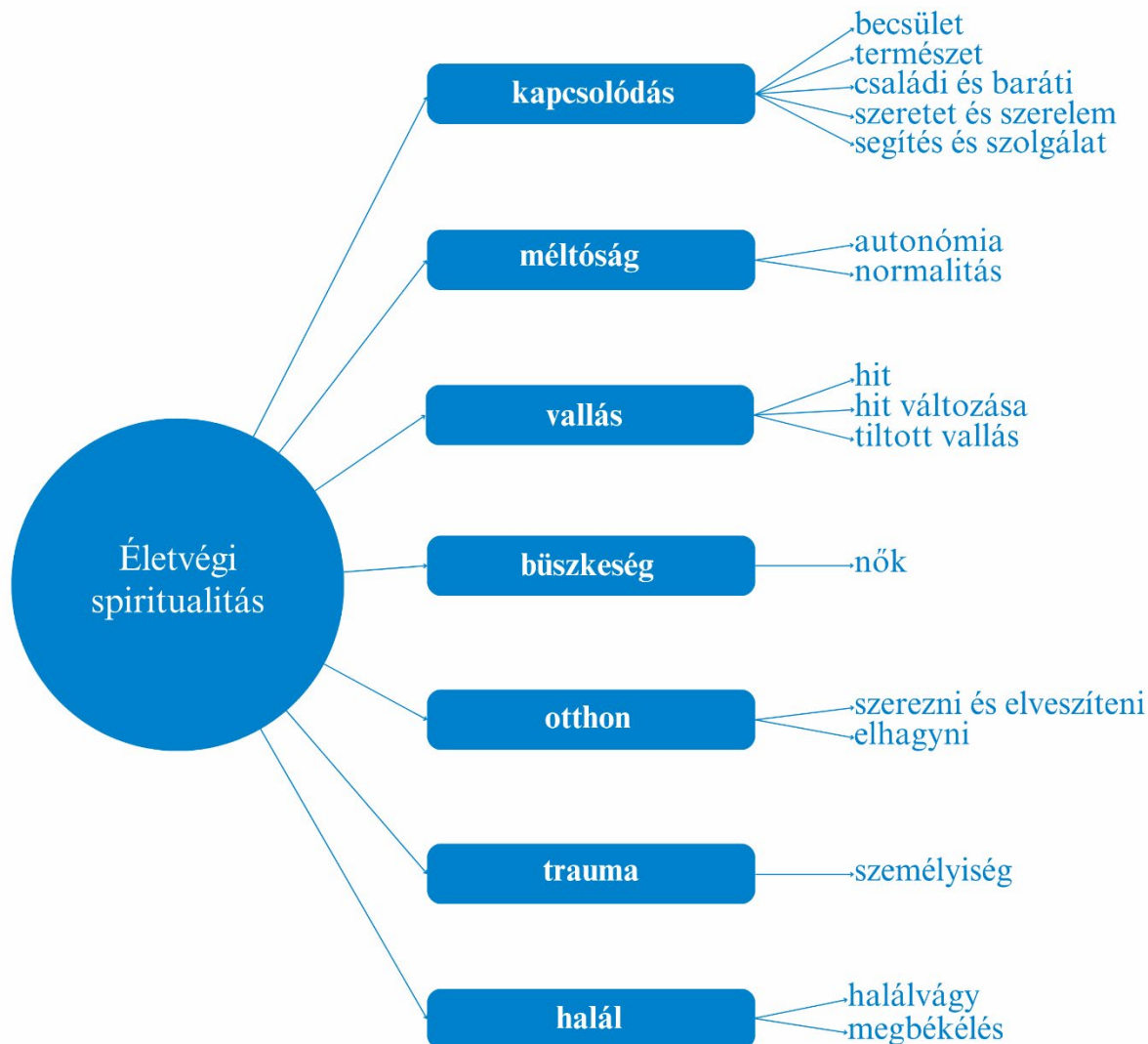
	kor	nem	helyszín	foglalkozás	vallás	családi állapota
i1.	88	nő	otthona	vegyész, tanár	római katolikus	özvegy
i2.	84	nő	idősek otthona	háztartásbeli	evangélikus	özvegy
i3.	85	nő	idősek otthona	műszaki rajzoló	római katolikus	özvegy
i4.	89	férfi	idősek otthona	mezőgazdasági mérnök	római katolikus	házas
i5.	84	nő	idősek otthona	raktárvezető	római katolikus	özvegy
i6.	77	nő	idősek otthona	belső ellenőr bankban	római katolikus	elvált
i7.	80	nő	idősek otthona	óvónő	református	elvált
i8.	78	nő	idősek otthona	tudományos vezető	római katolikus	özvegy
i9.	86	nő	idősek otthona	bíró	református	házas

i10.	75	férfi	hospice	pék	nem vallásos	házas
i11.	75	nő	online	műszerész	római katolikus	hajadon
i12.	80	férfi	otthona	pedagógus	nem vallásos	özvegy
i13.	70	nő	online	pszichológus	nem vallásos	házas
i14.	92	nő	otthona	textilgyárban laborvezető	római katolikus	hajadon
i15.	76	nő	online	adminisztrátor	római katolikus	hajadon
i16.	71	nő	otthona	könyvelő	római katolikus	házas
i17.	77	nő	otthona	titkár	református	házas
i18.	75	nő	otthona	építész	római katolikus	házas
i19.	83	férfi	hospice	gépkocsivezető	római katolikus	házas
i20.	75	férfi	otthona	riporter	római katolikus	özvegy

4.2.2. Az interjúk tematikus elemzéséből kapott kódok

A kutató és a ChatGPT által azonosított tematikus kódok közötti fő különbség a strukturálás módjában mutatkozott meg, ahogy a fő- és altémákat különítették el. A kutató 7 főtemát határozott meg, míg a ChatGPT 10 tematikus témát azonosított. Ennek a különbségnek oka nem a több téma felfedezésére vezethető vissza, hanem az, hogy a mesterséges intelligencia több olyan altémát is önálló főtemaként kezelt, amelyeket a kutató főtemának sorolt be. A témák szinte teljes átfedést mutattak a két módszerben, viszont az MI nem emelte ki a büszkeséggel kapcsolatos attitűdöket, ami egy fontos kulturális sajátosságra mutat rá, nem tulajdonított jelentőséget a betegek normalitás fenntartására irányuló, az interjúban gyakran megjelenő törekvéseikre sem. Nem tárta fel az otthon történelmi és egyéni élet színteréhez köthető vonatkozásait és nem ismerte fel a beszélgetésekben az élet lényeges elemeként többször említésre kerülő szeretet fontosságát sem.

A kétféle elemzési módszer eredményeinek integrálása az alábbi végső tematikus struktúrát alkotta, amit a 8. ábra szemléltet.



8. ábra: A tematikus elemzésből nyert kódfa

1. A kapcsolódás mint a spiritualitás alapja

1.1. Családi és baráti kapcsolatok, mint pszichés megtartó erő altéma

A megkérdezettek közül 15-en hivatkoztak családi és baráti kapcsolataikra, mint megtartó, támogató erőre az életükben. „Ahogy a családdal összejöttünk, beszélgettünk, együtt ünnepeltünk, ezek a legszebb emlékeim az életben. Ez volt nekem a

legnevezetesebb, a legjobb.” (i2) „Már szinte mindenki meghalt körülöttünk, a barátaink, a testvéreink, még az egyik gyerekemet is eltemettem. De olyan jó, hogy legalább a feleségemmel megmaradtunk egymásnak.” (i4)

1.2. Szeretet és szerelem altéma

14 interjúban hivatkoztak arra, hogy a szeretet az élet értelme és ezek közül négyben a szerelmet mint az élet legnagyobb boldogságát említik. Az élet végéhez közeledve felmerülnek egzisztenciális kérdések, az élet értelmének keresése, melyek mély spirituális megközelítései a létezésnek. „Vannak olyan pillanatok, amikor nagyon boldognak érzi magát az ember, de az életben nincsen tartós boldogság, nem lehet ezt kitűzni célnak. Emlékszem néhány meghatározó pillanatra, például amikor az eljegyzési gyűrűmet néztem és én olyan boldog és szerelmes voltam.” (i1) „A szeretet az élet értelme, csak ez számít.” (i7)

1.3. Segítés és szolgálat altéma

Mások segítése egy olyan spirituális aktus, ami értelmezhető a cselekvés szintjén, az emberi létezés, kapcsolódás és fejlődés ontológiai dimenzióiban is. 12 interjúban jelentek meg a „mások segítése” és a „szolgálat” kifejezések. „Nem tudnék úgy élni, hogy ne segítsek valahogy. Itt az otthonban én viszem a vizet a többieknek minden reggel.” (i3) „Amíg tanítottam, még a gyenge képességű gyerekeknek is mindig segítettem, ingyen is. Az élet olyan, mint egy szolgálat, hogy mindig segítünk annak, akinek szüksége van rá, még akkor is, ha számunkra ismeretlen.” (i1) „A személyiségem legerősebb része, hogy most már képes vagyok együttérezni másokkal, együttműködni velük és segíteni őket.” (i16)

1.4. Becsület altéma

8 interjúban jelent meg a „becsület” szó mint a tettek etikai bástyája, a másokhoz való hozzáállás elvárt minősége. „A legnagyobb érték a becsületesség és ez nem változott, otthonról kaptam az édesanyámtól és én annak megfelelően élek és cselekszem. Voltam már olyan helyzetben, amikor előnyhöz juthattam volna, ha lemondok a becsületről, de én nem voltam hajlandó”. (i5)

1.5. Természet mint feltöltődés forrás altéma

A spirituális kapcsolatot nem lehet kizárólag a transzcendenssel, a felsőbb rendűvel vagy a szenttel való viszonyra redukálni. A spirituális kapcsolat mint élmény és tapasztalat sokkal tágabban értelmezhető: magában foglalhatja az önmagunkkal való kapcsolódást, az interperszonális viszonyok (pl. családi, baráti kapcsolatok) bensőséges dimenzióit, valamint a természettel való érintkezést is. A betegek a természethez való kapcsolódást örömmel és feltöltődéssel említették. 13 beszélgetésben került szóba valamilyen formában a természet utáni vágy vagy a vele való konkrét kapcsolat megélése. „A legjobb időtöltésem a virágaim gondozása. Egyik szebb, mint a másik és mindig virágzik valamelyik.” (i14) „Szeretem csak úgy nézni a természetet, a fákat, hallgatni a madarakat, mókust látni.” (i6)

2. A méltóság megőrzése

2.1. Autonómia megtartása altéma

Az önrendelkezés, a szabadság szubjektív megélése és az autonómia érzése szoros kapcsolatban áll a spiritualitás élményével. „Itt vannak velem a férjem hamvai, majd együtt fognak minket elszórni, elrendeztem már, ki is fizettem előre. Ez nekem megnyugvást ad.” (i2) „A lábaim nem akarnak mozdulni, s ugye ilyenkor az ember mindjárt látja a távlatokat, hogy jaj, Istenem, nem szeretnék ágyba fekvő lenni, könyörülj meg rajtam. Nem akarok kiszolgáltatott lenni.” (i6)

2.2. Normalitás fenntartása

A normalitás fenntartása támogathatja az identitás, az önazonosság és kontrollérezet megtartását még a betegség vagy életvégi állapot kihívásai közepette is. „A nóták az életem, tegnapelőtt is írtam egyet.” (i19) „Már nem tudok kimenni, sem rétegesen felöltözni, de azért minden reggel megnézem hány fok van kint.” (i9)

3. A vallás

3.1. A hit

Az interjúalanyok közül hárman vallották nem vallásosnak magukat „Romlott katolikus lettem, nem voltam vallásos, nem is volt rá idő, mindig csak dolgoztam”. Azok közül, akik vallásosnak mondták magukat (18 fő), kilencen kitértek arra, hogy vallásuk nem felekezethez köthető „Ökumenikus vagyok és haragszom arra, aki ezt nem érti meg és éles válaszfalakat épít a különböző felekezetek között. Mert én úgy érzem, hogy Isten nem így gondolja és mindnyájunknak az Atyja.” (i7) „Istenben hiszek, nem vallásban.” (i11) „Ez nem vallás, ez egy életforma, egy életút, amiben arra törekszem, hogy a Biblia szerint éljem az életem.” (i17)

3.2. A hit változása

Ketten jelezték, hogy fizikai állapotuk romlása miatt megharagudtak Istenre és már képtelenek imádkozni. „Haragszom rá, hogy ilyen kiszolgáltatott helyzetbe kerültem, ez az egy volt, amit kértem tőle, hogy ne legyek magatehetetlen. Már imádkozni sem bírok.” (i8)

3.3. A tiltott vallás

A vallásgyakorlás lehetőségei függenek a történelmi és kulturális környezettől. Az interjúalanyok mindegyike végigélte a szocialista korszak évtizedeit, amikor a spiritualitás - leginkább annak vallási formái - marginalizált vagy éppen politikailag kontrollált volt. „A párttitkár az ablakból figyelte, hogy ki megy be a templomba és ha valakit meglátott, akkor másnap raportra hívatta.” (i14) „Apám katonatiszt volt, akkoriban nem volt összeegyeztethető a vallásosság és a katonatiszti pályafutás. Ezért nehéz volt a családnak, mert anyám nagyon vallásos volt.” (i17)

4. Nők, akik nem büszkék

Az interjú hetedik kérdése a következő volt: „Mire a legbüszkébb saját magával, illetve az életével kapcsolatban?” Ez a kérdés a méltóságterápia kérdésprotokolljából származik. Az erre kapott válaszok meglepőek voltak és tükrözték a kanadai (innen származik a méltóságterápia) és a magyar kulturális különbségeket a témában. A 20 interjúalany közül 17-en azt válaszolták, hogy nem büszkék semmire. „Nem vagyok büszke, mindig is egy szürke ember voltam.” (i3) Volt, aki felháborodott a kérdésemre: „Maga a szó is

visszataszító, én nem érzem magamat büszkének, nem vagyok másnál különb semmiben sem. Szerintem inkább az alázat a fontos.” (i17) Külön érdekes, hogy a 3 büszke interjúalany közül mindegyik férfi volt (összesen 5 férfi résztvevője volt a kutatásnak). Az elemszám ugyan nem reprezentatív, de az érdekes eredmény háttérében lehet a nő és a férfi értékének megkülönböztetése, amit az akkori kor értékrendje diktált. „Én voltam a nagymamám kedvence, de ez kellett nekem, mert a három fiútestvérem mellett úgy hívtak otthon, hogy »csak a lány«.” (i6) „Én voltam a legidősebb lány a nyolc testvér közül, nekem kellett vigyázni a többiekre, ezért továbbtanulni sem tudtam.” (i5) „Azzal vigasztaltak, hogy nem baj, hogy apám meghalt, mielőtt megszülettem volna, legalább nem tudta meg, hogy lány lettem.” (i15)

5. Otthon mint identitáshordozó tér

Annak ellenére, hogy a kérdések között nem szerepelt közvetlenül az otthonra vonatkozó kérdés, mind a 20 beszélgetésben megjelentek az otthonnal kapcsolatos korábbi történetek vagy a jelen helyzetben felmerülő aggodalmaik.

5.1. Otthont szerezni és elveszíteni

Az otthon fizikai térként való értelmezése mellett, az interjúkban társadalmi és kulturális jelentéstartalommal is bír, mivel az interjúalanyok életük során történelmi és politikai átalakulások tanúi voltak. A magyarországi szocialista korszakban az „otthonszerzés” sajátos jelentést nyert, mivel a lakáshoz jutás nemcsak piaci alapon történhetett, hanem állami elosztáson és egyéni ügyintézéseken keresztül is. A beszélgetésekben megjelennek olyan traumatikus emlékek is, amelyek az otthon elvesztéséről szólnak (a második világháborút követő vagyonelkobzásokról vagy a szocialista hatalomátvételhez kapcsolódó társadalmi átrendeződésekről), ezek amellet, hogy személyes veszteségek, identitásvesztéssel és méltóságcsorbulással járó tapasztalatok is. „Addig jártam a hivatalba, amíg csak kiutalták azt a lakást.” (i12) „Soha nem lett volna annak a családnak lakása, ha én nem szerzek nekik, sokat segítettem másoknak.” (i8) Két esetben arra emlékeztek vissza, hogy az otthonukat hogyan veszítették el. „Apám nem abba a korba volt való, elvettek tőlünk mindent, a házat, az üzletet.” (i3) „Nemesi családom van,

gyönyörű villánk volt parkkal. Mindent elvettek. Jártam arra, lakások és cukrászda lett belőle. A cukrász a cselédünk lánya volt, felismert.” (i9)

5.2. Félelem az otthon elhagyásától

10 időssel a saját otthonában készült az interjú (7 személyes, 3 online), közülük 5 említette félelmét az idősök otthonába kerüléssel kapcsolatban. „A lányaim azt szeretnék, hogy otthonba menjek, de én nem akarok, nem tudnék ott megszokni.” (i1) „Hangzatos az öregotthon neve, de engem nem érdekel. Nem akarok már alkalmazkodni senkihez sem.” (i14)

6. Trauma mint a személyiség formálója altéma

17 beszélgetés során került szóba valamilyen traumatikus, személyes veszteséggel, gyásszal kapcsolatos élmény. „A magyarokat kizsupolták Szlovákiából. A vasútállomásra indítottak útra minket, édesanyámat, édesapámat, nagymamám, a bátyámat és engem. Az édesapám jobban tudott németül, mint magyarul, mert osztrák származású volt, aztán Tárnokon leszedték a vonatról malenkij robotra, azóta sem látta senki. A bátyám az úton agyhártyagyulladásra kapott és meghalt, a nagymamám ettől a sok bánattól szintén még abban az évben meghalt. De anyám soha nem adta fel, mindent megtett értem. Én is ilyen vagyok, soha nem adtam fel, mindig mindent megtettem, ami tőlem telt.” (i8) „Nem a szerzett dolgok a legfontosabbak az életben, kis dolgokkal is meg lehet elégedni. A háború alatt azokkal a kicsi orosz bombákkal körbe bombázták a házunkat. Nem omlott össze a ház, de sok sérülést szenvedett, még a bútorok is tönkrementek a légnyomástól és a repeszektől. Szóval minden tönkrement, ez volt az első ilyen tapasztalatom az életben, hogy máról holnapra minden teljesen megváltozhat. Azt hiszem ez alakította az életszemléletemet, hogy ez a változás bármikor megtörténhet és még csak háború sem kell hozzá, elég egy tűzvész, szóval nem szabad az anyagiakat halmozni.” (i1) „Nem voltunk nagyon elégedve anyagilag, aput mint katonatisztet 56-ban leszerelték, mert a forradalom alatt hazaengedte a katonáit, mondván, hogy ti nem fogtok a magyarokra löni, innentől indult a kálváriája.” (i17)

7. Saját halálhoz való viszony

Kilenc interjúban jelentek meg a saját halállal kapcsolatos érzések és gondolatok.

7.1. Halálvágy altéma

„Minden este úgy imádkozom, csak holnap reggel ne ébredjek fel.” (i19) „Én bevallom őszintén, ezt most tényleg nagyon őszintén mondom, hogy én mindig arra kérem a jó Istent, hogy altasson el.” (i2)

7.2. Megbékélés altéma

„Amikor az embert megüti a halál szele, utána másképp számolja a napokat és másképp néz az életére. Lehet, hogy még van egy napom vagy kettő vagy tizenkettő. De lehet, hogy már csak ez a nap van, ezért ebben még örömeimet próbálom lelteni.” (i17) „Már odáig jutottam, hogy semmihez sem ragaszkodom. Először még, amikor valamit elkértek tőlem a gyerekek, némelyik megviselt, határozottan, egy-egy emlék, de most már semmi. Könnyedén szabadulok meg bármitől.” (i1) „Itt mindenki úgy hívja ezt az otthont, hogy halálgyár. Innen már senki sem jön ki élve, mi sem.” (i3)

4.3. A méltóságterápia adaptációja és alkalmazhatósága az életvégi ellátásban

4.3.1. A pilot tréning

A pilot tréninget 2024 áprilisában kétnapos, intenzív formában valósítottuk meg. A képzés olyan gyakorlati fókuszú kísérleti alkalom volt, amelynek célkitűzése az elméleti tartalmak bemutatása és véleményezése volt. Ekkor meghatároztuk a tréning végleges programtervét, valamint tesztük a szituációs gyakorlatok tréningbe való illesztését is. A tréningen való részvétellel a Méltóságért Alapítvány kuratóriumi tagjait kértük fel.

A résztvevők mindegyike az életvégi ellátásban dolgozó gyakorlati vagy elméleti szakember volt, akik különböző szakterületekről érkeztek: mentálhigiénés szakemberek,

hospice önkéntes, pszichodráma vezető, tanatólógus kutató, pszichoonkológusok. Összesen tízen vettünk részt a képzésen az oktatókkal együtt.

Összességében a résztvevők pozitívan értékelték a pilotképzést: értékesnek tartották annak szemléletformáló erejét, szakmai megalapozottságát, elméleti háttérét és gyakorlati hasznosíthatóságát is. A két nap megerősítette, hogy az adaptált verzió érdemben képes hozzájárulni a méltóságmegőrző gondozás szemléletének elterjedéséhez a hazai szakemberek körében. (D. G. Sipőcz et al., 2025)

4.3.2. A képzések kiterjesztése és akkreditációja

A képzés 2024 őszén indult el, amely orvosok, klinikai szakpszichológusok és egészségügyi dolgozók részére akkreditált is lett. Azóta két képzési alkalommal, összesen 80 fő vett részt a tréningeken. A képzések létszámát alkalmanként maximum 40 főben határoztuk meg, mivel ez a felső határ biztosítja az interaktivitást, az önreflexiót és a kiscsoportos munka hiteles megvalósulását. A Méltóságért Alapítvány keretében évente két képzést indítunk, hogy minél több egészségügyi és szociális dolgozó sajátíthassa el a méltóságterápia szemléletét. A módszer szélesebb körű megismertetését előadásokkal, konferenciaszereplésekkel és workshopokkal is támogatjuk.

Az eredmények bemutatása után a következő fejezet a kutatás értelmezésére és összefüggéseinek feltárására fókuszál. A megbeszélés feltárja az empirikus adatok jelentését, rámutat a kutatás újszerűségére és összekapcsolja az eredményeket a szakirodalmi háttérrel.

5. MEGBESZÉLÉS

5.1. A szakemberek attitűdjei a spirituális ellátásról

Az életvégi spiritualitás témáját vizsgáló fókuszcsoportos kvalitatív kutatás során kirajzolódott, hogy az életvégi ellátásban dolgozó szakemberek számára a spiritualitás sokrétű jelentéstartalommal bír, fontos dimenzió. A résztvevők mindegyike nyújtott már munkája során spirituális gondozást, ami jól szemlélteti a spirituális igények felismerését és az arra való reagálás jelentőségét a megkérdezett szakemberek körében.

A fókuszcsoportos beszélgetések alapján megerősítést nyert, hogy a spiritualitás fogalma nem egyenlő a vallással (Bernard et al., 2017; Best et al., 2020; Bovero et al., 2019; Sipőcz et al., 2023) - több szakirodalommal ellentétben, melyekben hospice nővérek (Kang et al., 2021; Lee & Kim, 2020), ápolók (Selman et al., 2018), orvosok (Klitzman, 2021) és egészségügyi dolgozók (Selby et al., 2017) spiritualitásfogalmát vizsgálták, a fókuszcsoportokon résztvevők nem azonosították a spiritualitást a vallással és a spirituális gondozást sem vallásos aktusként írták le. Az „Ön szerint mit jelent a spiritualitás? Írja le az első 5 szót, ami eszébe jut.” kérdésre kapott szavak alapján elmondható, hogy a megkérdezett szakemberek spiritualitásról alkotott képe megfeleltethető a spiritualitás széles körben használt definíciójának: végső értelem, cél és transzcendencia keresése, valamint kapcsolódás önmagával, másokkal, a közösséggel, a természettel és a szenttel. (Best et al., 2020; Puchalski et al., 2018) Valamint a definíció kiegészült olyan elemekkel is, mint az „autonómia” és „terhek letétele”. A kutatás egyik felismerése, melyet Puchalski és Vivat kutatásai (Puchalski et al., 2018; Vivat, 2012) is megerősítenek, hogy a spirituális szükségletek nem az utolsó órákban keletkeznek (bár akkor felerősödnek), és nem kizárólag a halálközeli helyzetekben válhatnak aktuálissá. A spirituális igények már a betegség felismerésétől, a veszteségek sorozatán átívelve, fokozatosan épülnek be a beteg tapasztalataiba. A spirituális gondozás így nemcsak beavatkozás, hanem egy olyan, időben is elhúzódó folyamat, amely lehetőséget teremt a kapcsolódásra, a lelki terhek megosztására, az élettörténet összegzésére és az élet és a haldoklás értelmének keresésére. Ebből fakadóan a spirituális ellátás nem „extra” elemként illeszthető a gondozás végére, hanem annak integráns része kell legyen már a betegség diagnózisától.

A kutatásban résztvevők többsége (két onkológus orvos kivételével) jelezte, hogy a spirituális gondozás a beteget ellátó team minden egyes tagjának feladata. A két onkológus a szakmai protokollok meglétének szükségességét hangsúlyozta, mely alapján egyértelmű lehet, hogy kihez delegálják a betegeket a spirituális igények felmerülése esetén. Klitzman tanulmánya (Klitzman, 2021) szerint a spirituális gondozás alapvető felelőssége nem kizárólag a lelkészekre hárul, hanem minden palliatív és általános betegellátásban dolgozó orvos feladatkörébe is tartozik. A szerző szerint négyféle jellemző orvosi válaszreakció figyelhető meg: a spirituális szükséglet figyelmen kívül hagyását, kizárólag orvosi válaszadást, a beteg lelkészhez való irányítását, illetve rövid, empátikus választ és szükség esetén további spirituális támogatás felajánlását. A tanulmány rámutat arra, hogy a spirituális érzékenység az orvos-beteg kapcsolat megerősítését szolgálja, és hozzájárul a beteg bizalmának, életminőségének és pszichés jóllétének fenntartásához. (Machul & Dobrowolska, 2023)

Mivel a szakemberek képzésében mindeddig nem határozták meg, kinek a feladata foglalkozni a spirituális igényekkel, ez az egészségügyi ellátásban a spirituális gondozás elmaradását okozhatja. Abban a pillanatban, hogy a szakemberek a palliatív ellátó csapatok részévé válnak, már nem lehet elkerülni a betegek ezen igényének tudomásul vételét. Azonban annak ellenére, hogy a szakemberek felismerik a spirituális dimenzióval kapcsolatos gondozás fontosságát és szükségét, gyakran ütközik nehézségekbe ennek a gondozásnak a biztosítása. Ennek okai elsősorban az ismeretek hiánya és a téma felvetésével kapcsolatos kellemetlenségek. Következésképpen a gondozás inkább a betegek biológiai szükségleteire korlátozódik. (Arrieira et al., 2018) A releváns szakirodalommal összhangban (Arrieira et al., 2018; Fopka-Kowalczyk et al., 2024; Machul & Dobrowolska, 2023) a kutatásunk eredménye is rávilágít a spirituális gondozás oktatásának fontosságára az életvégi ellátásban dolgozó szakemberek képzésében.

A fókuszcsoporthoz tartozó beszélgetések során a résztvevők hangsúlyozták, hogy a megfelelő spirituális gondozás egyik alapfeltétele az önismeret, ami segíti a szakembereket az empátia kifejezésében és saját meggyőződésük háttérbe szorításában, hogy valóban a beteg spirituális igényeire tudjanak reflektálni. Az EAPC Fehér Könyve - ami a palliatív ellátásban dolgozó szakemberek számára szükséges spirituális gondozásról szóló oktatás kérdéseit tárgyalja - szintén kiemeli az önismeret és a spiritualitáshoz való tudatos

viszonyulás fontosságát, ami a spirituális gondozás hatékonyságát növeli és hozzájárul a segítők lelki egészségének megőrzéséhez is. (Best et al., 2020)

5.2. Kulturális környezet hatása a spirituális önazonosságra és önkifejezésre az interjúk kapcsán

A kutatás során nyert empirikus adatok összevetése lehetőséget ad megismerni a kultúra hatását a spiritualitás megélésének bizonyos formáin.

Egy japán kutatás (Nagata & Tanaka, 2024) is a méltóságterápián alapuló interjúk módszerét használta idős emberek spiritualitásának feltárására. A szerzők négy fő témát azonosítottak: trauma, a nehéz élmények elhallgatása, kapcsolatok kialakítása és kihívások vállalása, valamint a spirituális én felfedezése. Eredményeik erősítik jelen kutatás azon megállapításait, hogy a trauma, a segítő kapcsolatok, valamint az élet értelmének és céljának megtalálása spirituális dimenziók. Míg Japánban a szégyenérzet és a társadalmi szerepelvárások tartották vissza a résztvevőket az önfeltárásban és az érzelmek megosztásában, addig a magyar interjúalanyok esetében a büszkeség elutasítása akadályozta, hogy nyíltan beszéljenek saját érdemeikről és sikereikről. Valószínűleg a büszkeség megélése mögött is a szégyenérzet húzódhat meg, mint a szabad kifejezés gátló tényezője. Mindkét esetben megfigyelhető, hogy a spiritualitás megélését az egyéni élettörténet mellett a kultúra is meghatározza.

Az interjúk során feltett büszkeséggel kapcsolatos kérdés („Mire a legbüszkébb saját magával, illetve az életével kapcsolatban?”) 17 esetben olyan választ eredményezett, amelyben a résztvevők elutasították a büszkeséget vagy neheztelésüket fejezték ki a kérdésfeltevésrel kapcsolatban. Hasonló megfigyelések születtek a méltóságterápia dániai adaptációja alatt, ahol a kérdésprotokoll validálása során a résztvevők jelentős része tartózkodott a „büszkeség” kifejezés használatától önmagukkal vagy életútjukkal kapcsolatban. (Houmann et al., 2010) A magyarországi és dániai válaszok összhangban állnak egymással és megmutatják a kulturális eltérést a kanadai környezethez képest, ahol a méltóságterápiát kidolgozták és ahol a büszkeség vállalása a személyes méltóság narratívájának részét képezheti.

A kutatásban alkalmazott emberi és mesterséges intelligencia (ChatGPT 4.0) által végzett tematikus elemzés összevetése során több ponton is jól láthatóvá vált az MI-elemzés

előnye és korlátja. A generatív nyelvi modell azonosította az interjúkban megjelenő főbb témákat, viszont számos olyan jelentéstartalom, ami az emberi kódolásban jelentőséget kapott, az MI által nem vagy nem önálló egységként jelent meg. Az MI nagy precizitással képes mintázatokat azonosítani (Bennis & Mouwafaq, 2025; Bijker et al., 2024; Kon et al., 2025), viszont nem, vagy csak korlátozottan tudja felismerni a társadalmi normákat és a kulturális elvárásokat. (Bennis & Mouwafaq, 2025) Jelen kutatásban az MI korlátja a büszkeséghez kapcsolódó kulturális elvárás és az otthon fogalmának történelmi beágyazottságának elemzésénél mutatkozott meg, mivel egyik témát sem sikerült felfedeznie, ahogyan a szeretet mint spirituális alapélmény kifejeződését sem ismerte fel. A kutatás eredményei megerősítik, hogy a MI elemzése strukturálisan értékes és időhatékony, de a kulturális érzékenység és a spiritualitás értelmezése emberi jelenlétet igényel.

Az életvégi ellátással foglalkozó elméleti és gyakorlati szakemberekkel készített fókuszcsoporthoz vizsgálatának számos közös eredménye volt a kutatásban: sem az idősök, sem a szakemberek szerint nem azonos a spiritualitás a vallással, mindkét mintában megjelent a kapcsolódás jelentősége a spiritualitás megélésében és az autonómia méltóságmegőrző szerepe. Szintén közös pont a halálra való felkészülés, az élettörténet elbeszélése és a múlt terheinek letétele. Az interjúalanyok részéről ez személyes történeteken, vallomásokon keresztül jelenik meg, míg a szakemberek a spirituális gondozás részének tartják ezek elősegítését.

A spiritualitás kulturális meghatározottsága mellett fontos annak vizsgálata is, hogy a méltóságterápia milyen módon járulhat hozzá ezen dimenziók integrálásához az életvégi ellátásban.

5.3. A méltóságterápia hatása

Az elmúlt évtizedben számos, a méltóságterápiával kapcsolatos kutatás zajlott. (Chochinov et al., 2012; Fitchett et al., 2015; Nagata & Tanaka, 2024; *Oxford textbook of spirituality in healthcare*, 2012) Ezek bizonyítják ennek a narratív intervenciónak nemzetközi elfogadottságát a betegek, a családtagok és a szakemberek körében egyaránt, ami ritkaság a pszicho-szociális-spirituális gondozásban. (Fitchett et al., 2015)

A méltóságterápia az emberi tapasztalat számos dimenzióját integráló, empirikusan kidolgozott, pszichoterápiás modellre épül, ugyanakkor a jelenleg ismert adatok alapján hatásmechanizmusai nem minden esetben állnak szoros oksági kapcsolatban az elméleti modell szerkezetével. Feltételezhető, hogy a megvalósított terápia főként az identitás megerősítésén, a szerepmegtartáson, valamint a spirituális önazonosság helyreállításán keresztül képes kifejteni hatását. Ez a megállapítás a további klinikai vizsgálatok szükségességét is megerősíti, különös tekintettel arra vonatkozóan, hogyan lehet ezt a szakemberek és az ellátottak körében is elfogadott intervenciós módot hatékonyan integrálni a mindennapiellátásba. (Fitchett et al., 2015)

A méltóságterápiát az életük végéhez közeledő személyek esetében alkalmazzák, ebből eredően a módszer hatékonyságának vizsgálata kihívást jelent. Az utánkövetés gyakori gátja a résztvevők gyors kognitív leépülése (Korman et al., 2021) vagy elhalálózása, ezért a megfelelő elemszámú minta toborzása és vizsgálata jelentősen meghosszabbítja a kutatás időtartamát. (Fitchett et al., 2015; Nagata & Tanaka, 2024) Ezenfelül tovább nehezíti a módszer hatásának vizsgálatát, hogy hiányoznak a méltóságterápia hatékonyságát mérni képes specifikus eszközök. (De Vincenzo et al., 2024) Ugyanakkor kisebb léptékű vizsgálatokban kedvező eredményeket találtak a remény növekedését, valamint a depressziós és szorongásos tünetek csökkenését illetően. (Fitchett et al., 2015) A remény mint a spiritualitás egyik dimenziója, fontos központi fogalom a palliatív és az életvégi ellátásban, miközben a reménytelenség kifejezése az öngyilkossági gondolatok és a siettetett halál utáni vágy jelzője lehet. A remény fenntartása az egyik mód arra is, hogy a haldoklók képesek legyenek megbirkózni szenvedéseikkel, valamint meg tudják őrizni az életük értelmét és célját. (Chen et al., 2021; Hall et al., 2011) A méltóságterápiás beszélgetés alatt a betegek élettörténetükről, értékrendjükről és hitbéli meggyőződéseikről osztanak meg gondolatokat, így az intervenció hatékony módszere lehet a spiritualitás feltárásának és az egzisztenciális kérdések megválaszolásának is. (Nagata & Tanaka, 2024)

A méltóságterápia olyan spirituális terápia (Li et al., 2020), amiben a belső, személyes élmények mellett teret kap a másokkal, illetve a tágabb világgal való kapcsolódás, kapcsolat. (Nagata & Tanaka, 2024) A haldoklók az irányított beszélgetésben megtapasztalhatják, hogy valaki törődik velük, rájuk figyel és lehetőségük van arra, hogy problémáikról, érzéseikről megértő és érzékeny hallgatósággal beszéljenek. (Hall et al.,

2011) Így azt érezhetik, hogy a szeretteik és a társadalom gondoskodik róluk, és ennek hatására növekedhet az életben maradási vágyuk. (Zhang et al., 2022) A méltóságterápia erőforrás is éppen ezért.

A méltóságterápia beszélgetésből származó generativitási dokumentum lehetőség arra, hogy a résztvevők szellemi hagyatékot készítsenek, rendezzék fontos kapcsolataikat, kifejezzék szeretetüket és emlékeik rögzítésre kerüljenek. Ezek révén a haldoklók méltóságérzete növekszik. (Fitchett et al., 2015) Kutatások eredményei azt mutatják, hogy a méltóságterápiás interjú után a betegek bátrabban fejezik ki gondolataikat, megkönnyebbülnek, belső békét találnak (De Vincenzo et al., 2024; Korman et al., 2021; Zhang et al., 2022) miközben csökken a depressziójuk (Fitchett et al., 2015; Li et al., 2020; Solomita & Franza, 2022) és növekszik a reményérzetük. (Chen et al., 2021; Korman et al., 2021) A méltóságterápia némiképp hasonlít a Butler-féle életútinterjúra (Butler, 1963), amit az idősek depressziójának kezelésére alakítottak ki. Mindkét módszer fő jellemzője a betegközpontú ellátást szolgáló, többdimenziós pszichoszociális intervenció. (Fitchett et al., 2015)

A méltóságterápia hatásait bemutató hazai és nemzetközi kutatások megerősítik, hogy a módszer pozitív hatással van a betegekre és az ellátottakra is.

A disszertáció három vizsgálata külön-külön és együttesen is hozzájárul a méltóság és spiritualitás kérdésének mélyebb megértéséhez. A következő fejezetben ezen eredmények főbb tanulságait, valamint gyakorlati implikációit foglalom össze.

6. KÖVETKEZTETÉSEK

6.1. A spirituális ellátás megvalósulásának szakmai és szervezeti előfeltételei

A fókuszcsoporthoz tartozó kutatás egyik legfontosabb tanulsága, hogy a spirituális ellátásnak - az életvéggel foglalkozó elméleti és gyakorlati szakemberek szerint - a betegellátás koherens részét kell képeznie, a betegek életminőségének javítása és az ellátók kiegészítől való védelme érdekében. Megjelent a fókuszcsoporthoz tartozó beszélgetésekben, hogy a spirituális igényekre nemcsak az utolsó időszakban kell reagálni, hanem a diagnózistól kezdve.

A fókuszcsoporthoz tartozó résztvevői szerint a spirituális gondozás hiányosságai nem feltétlenül abból fakadnak, hogy az ellátók részéről nincs motiváció vagy hajlandóság a megvalósítására, hanem abból a hiányból, hogy oktatásuk alatt nem kapnak szakmai eszközöket a megvalósításra, valamint az intézményes ellátórendszer ritkán biztosít olyan feltételeket, amelyek lehetővé tennék a méltóságmegőrző kísérést. Az eredmények azt mutatják, hogy a spirituális ellátás gyakorlata legtöbb esetben személyes etikai döntések mentén valósul meg, nem pedig szakmai keretrendszeren belül.

A fókuszcsoporthoz tartozó alapján kirajzolódik egy olyan szakemberideál, ami az empátiára, önismeretre és etikai érzékenységre épül. Ez az ideál nem hierarchikus rendszerbe illeszkedik, inkább kapcsolati jelenlétként és antropológiai nyitottságként értelmezhető. A résztvevők több esetben is utaltak arra, hogy a spirituális igényekkel való találkozás a saját egzisztenciális viszonyaik újragondolására is hatással van, ami azt jelzi, hogy a spirituális gondozás kölcsönösen formáló folyamat, a beteg és az ellátó belső világát tekintve.

A fókuszcsoporthoz tartozó eredményei rávilágítanak arra, hogy a spirituális gondozás megvalósulása az ellátó egyéni emberi kompetenciái mellett azon múlik, hogy az oktatási rendszer és az intézményi ellátórendszer képes-e megteremteni az előfeltételeket.

6.2. Az életvégi spiritualitás értelmezése és a mesterséges intelligencia alkalmazásának tanulságai

Az idős, krónikus betegekkel készített interjúk elemzése alapján elmondható, hogy az életvégi spiritualitás egyéni és kulturális szinten is meghatározott.

A büszkeség érzése kulturális sajátosságként rajzolódott ki, megfigyelhető a büszkeség elutasítása, jellemzően a női résztvevők esetében, Ez az eredmény az interjúalanyok korcsoportjában a magyar társadalmi normákat és nemi szerepeket tükrözi, amiben az alázat és alkalmazkodás erényként jelenik meg, kirajzolva az életút és az identitás spirituális jellemzőit.

A vallás szerepe árnyaltan jelent meg a beszélgetésekben, többségében a hitüket nem intézményes keretek között élték meg, hanem személyes és hétköznapi tapasztalatokon keresztül. A saját halálhoz való viszonyban a megbékélés és a halálvágy is megmutatkozott, ami rávilágít a spirituális megküzdés különböző arcaira.

A mesterséges intelligencia alkalmazása (ChatGPT 4.0) hatékony eszköz a kvalitatív elemzésben, a strukturálásban és a visszatérő motívumok gyors azonosításában. De emellett a kulturális összefüggések továbbra is emberi értelmezést igényelnek. A hibrid kódolás új lehetőségeket nyit a jövő kvalitatív kutatásai számára, de csak megfelelő módszertani és etikai körültekintéssel alkalmazható. A kutatás rámutatott arra, hogy az MI nem detektált bizonyos tartalmakat, mint például: büszkeség elutasítása; otthon mint identitáshordozó tér; szeretet mint spirituális alapélmény.

A vizsgálat összevetése a fókuszcsoportos kutatással megerősíti, hogy a spiritualitás az életvégi ellátás szereplői - betegek és szakemberek - számára egyaránt fontos dimenzió.

6.3. A méltóságmegőrzés szemléleti és gyakorlati beágyazása az ellátórendszerbe

A méltóságterápia tréning magyarországi adaptációja megmutatta, hogy az életvégi ellátásban lévő betegek pszichoszociális és spirituális támogatásának rendszerszintű megvalósulásához nem elegendő egy nemzetközileg elismert módszer (a méltóságterápia) átvétele. A megfelelő módon történő gyakorlatba ültetéshez szükség van a kulturális, a nyelvi, a jogi és az ellátási környezet figyelembevételére is. Az adaptáció

folyamata és a tréningek során szerzett tapasztalatok igazolták, hogy amellet, hogy a méltóságterápia hatásos eszköz a haldoklók támogatásában, szemléletet is közvetít, ami képes megerősíteni a humánusabb, emberközpontúbb ellátást.

A magyar viszonyokra átalakított tréning célja a méltóságterápia meghonosítása mellett a méltóságmegőrző szemléletmód és gyakorlat átadása az egészségügyi és szociális dolgozóknak. Ennek megvalósításához multidiszciplináris szemléletre van szükség: Hangsúlyt fektetünk kommunikációs ismeretekre, úgymint az értő figyelemre, aktív hallgatásra és az empátia kifejezésére alkalmas egyéb módokra. Pszichológiai módszerekkel segítjük elő az önismeret fejlesztését, például a saját veszteségek és motivációk detektálását. Kulturális antropológiai nézőpontból kiindulva tanítjuk a vallási toleranciát, a kulturális érzékenységet és az átmeneti rítusok jelentőségét. Pszichodramatikus eszközökre építve szituációs gyakorlatokon keresztül ültetjük át az elméletet a tapasztalati dimenzióba. Végül jogi és etikai ismerteket adunk át a betegek és ellátóik védelmében.

A tréning multidimenzionális felépítése a három kutatás eredményeire épülő szakmai és etikai szükségszerűség.

7. ÖSSZEFOGLALÁS

A disszertáció az életvégi spiritualitás és méltóság multidimenzionális vizsgálatát mutatja be három, egymással összefüggő, mégis önálló kvalitatív kutatáson át. A vizsgálatok középpontjában a méltóság és a spiritualitás viszonya, valamint gyakorlati jelentősége állt az életvégi ellátásban.

Az első kutatás fókuszcsoporthoz tartozó módszerrel az életvéggel foglalkozó elméleti és gyakorlati szakemberek attitűdjeit és tapasztalatait tárta fel. A résztvevők hangsúlyozták a spirituális ellátás fontosságát és rámutattak annak képzési és intézményi hiányosságaira. A spiritualitást nem vallási, hanem egzisztenciális és kapcsolati dimenzióban értelmezték, hangsúlyozva az autonómia, a terhek letétele, a remény, a hit és a megbékélés jelentőségét.

A második kutatásban idős, krónikus betegek - részben a méltóságterápia kérdéseire alapuló - mélyinterjúi alapján vizsgáltam a spiritualitást. Az interjúk rávilágítottak arra, hogy az egyéni életút és a kulturális környezet is jelentősen befolyásolja a spiritualitás megtapasztalását. Az MI (ChatGPT 4.0) elemző eszközként történő bevonása új módszertani távlatokat nyitott, azonban az eredmények azt mutatták, hogy bizonyos kulturális jelentéstartalmakat nem képes felismerni. A hibrid kódolás tehát hasznosnak bizonyult, de nem helyettesítheti az emberi kódolót a spirituális tartalmak elemzésében, mindemellett használata közben figyelembe kell venni a legújabb etikai irányelveket.

A harmadik kutatás a méltóságterápia magyarországi adaptációját és tréningprogramjának fejlesztését mutatta be. Rávilágított a méltóságmegőrző szemlélet kialakításához szükséges multidimenzionális attitűd fontosságára. A pilot tréning és az akkreditált képzések tapasztalatai megerősítették, hogy a méltóságmegőrző gondozás tanulható és fejleszthető kompetencia, amely a spirituális és pszichoszociális ellátás fontos részét képezi.

A három kutatás együttesen azt mutatja, hogy a spiritualitás az életvégi méltóság megőrzésének egyik alappillére. A szakirodalom alátámasztja, hogy a betegek részéről javítja az életminőséget, míg az ellátók esetében védőfaktorként szolgálhat a kiégés ellen. A disszertáció eredményei hozzájárulnak a hazai életvégi ellátás szemléletformálásához, a spirituális dimenzió hangsúlyosabb integrálásához és egy humánusabb, méltóságmegőrző ellátás kultúrájának megerősítéséhez.

8. IRODALOMJEGYZÉK

- Allport, W. G., & Ross, M. (1967). Personal Religious Orientation and Prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 432–433.
- Antunes, M. L., & Reis-Pina, P. (2022). The Physician and End-of-Life Spiritual Care: The PALliatiVE Approach. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 39(10), 1215–1226. <https://doi.org/10.1177/104990912111068819>
- Arrieira, I. C. O., Thofehrn, M. B., Porto, A. R., Moura, P. M. M., Martins, C. L., & Jacondino, M. B. (2018). Spirituality in palliative care: experiences of an interdisciplinary team. *Rev Esc Enferm USP*, 52, e03312. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017007403312> (Espiritualidade nos cuidados paliativos: experiência vivida de uma equipe interdisciplinar.)
- Balboni, T. A., Balboni, M., Enzinger, A. C., Gallivan, K., Paulk, M. E., Wright, A., Steinhauer, K., VanderWeele, T. J., & Prigerson, H. G. (2013). Provision of spiritual support to patients with advanced cancer by religious communities and associations with medical care at the end of life. *JAMA Intern Med*, 173(12), 1109–1117. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.903>
- Balboni, T. A., VanderWeele, T. J., Doan-Soares, S. D., Long, K. N. G., Ferrell, B. R., Fitchett, G., Koenig, H. G., Bain, P. A., Puchalski, C., Steinhauer, K. E., Sulmasy, D. P., & Koh, H. K. (2022). Spirituality in Serious Illness and Health. *Jama*, 328(2), 184–197. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.11086>
- Barcsi, T. (2013). *Az emberi méltóság filozófiája*. Typotex Elektronikus Kiadó Kft.
- Batstone, E., Bailey, C., & Hallett, N. (2020). Spiritual care provision to end-of-life patients: A systematic literature review. *J Clin Nurs*, 29(19-20), 3609–3624. <https://doi.org/10.1111/jocn.15411>
- Bengtsson, M. (2016). How to plan and perform a qualitative study using content analysis. *NursingPlus Open*, 2, 8–14. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.npls.2016.01.001>
- Bennis, I., & Mouwafaq, S. (2025). Advancing AI-driven thematic analysis in qualitative research: a comparative study of nine generative models on Cutaneous Leishmaniasis data. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 25. <https://doi.org/10.1186/s12911-025-02961-5>

- Bergbom, I., Nåden, D., & Nyström, L. (2022). Katie Eriksson's caring theories. Part 1. The caritative caring theory, the multidimensional health theory and the theory of human suffering. *Scand J Caring Sci*, 36(3), 782–790. <https://doi.org/10.1111/scs.13036>
- Bergbom, I., Nyström, L., & Nåden, D. (2022). Katie Erikson's caring theories. Part 2. The theory of caritative caring ethics and the theory of evidence. *Scand J Caring Sci*, 36(4), 1251–1258. <https://doi.org/10.1111/scs.13098>
- Bernard, M., Strasser, F., Gamondi, C., Braunschweig, G., Forster, M., Kaspers-Elekes, K., Walther Veri, S., & Borasio, G. D. (2017). Relationship between spirituality, meaning in life, psychological distress, wish for hastened death, and their influence on quality of life in palliative care patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 54(4), 514–522. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.07.019>
- Best, M., Leget, C., Goodhead, A., & Paal, P. (2020). An EAPC white paper on multidisciplinary education for spiritual care in palliative care. *BMC Palliat Care*, 19(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0508-4>
- Bijker, R., Merkouris, S. S., Dowling, N. A., & Rodda, S. N. (2024). ChatGPT for Automated Qualitative Research: Content Analysis. *J Med Internet Res*, 26, e59050. <https://doi.org/10.2196/59050>
- Bouhouita-Guermech, S., Gogognon, P., & Bélisle-Pipon, J. C. (2023). Specific challenges posed by artificial intelligence in research ethics. *Front Artif Intell*, 6, 1149082. <https://doi.org/10.3389/frai.2023.1149082>
- Bovero, A., Tosi, C., Botto, R., Opezzo, M., Giono-Calvetto, F., & Torta, R. (2019). The spirituality in end-of-life cancer patients, in relation to anxiety, depression, coping strategies and the daily spiritual experiences: A cross-sectional study. *Journal of Religion and Health*, 58(6), 2144–2160. <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00849-z>
- Buonaccorso, L., Alquati, S., Ghirotto, L., Annini, A., & Tanzi, S. (2022). Dignity therapy training for the healthcare professionals: lessons learned from an Italian experience. *Front Psychol*, 13, 859775. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.859775>

- Butler, R. N. (1963). The life review: an interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 26, 65–76. <https://doi.org/10.1080/00332747.1963.11023339>
- Bylund, C. L., Taylor, G., Mroz, E., Wilkie, D. J., Yao, Y., Emanuel, L., Fitchett, G., Handzo, G., Chochinov, H. M., & Bluck, S. (2022). Empathic communication in dignity therapy: feasibility of measurement and descriptive findings. *Palliat Support Care*, 20(3), 321–327. <https://doi.org/10.1017/s1478951521001188>
- Chaar, E. A., Hallit, S., Hajj, A., Aaraj, R., Kattan, J., Jabbour, H., & Khabbaz, L. R. (2018). Evaluating the impact of spirituality on the quality of life, anxiety, and depression among patients with cancer: an observational transversal study [Article]. *Supportive Care in Cancer*, 26(8), 2581–2590. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4089-1>
- Chen, J., Yan, J., Wang, C., Wang, Y., Wu, Y., & Hu, R. (2021). Effects and satisfaction of dignity therapy among patients with hematologic neoplasms in the Chinese cultural context: a randomized controlled trial. *Support Care Cancer*, 29(11), 6819–6829. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06227-4>
- Chochinov, H. (2022). *Dignity in Care: The Human Side of Medicine*. <https://doi.org/10.1093/med/9780199380428.001.0001>
- Chochinov, H. M. (2002). Dignity-conserving care - a new model for palliative care: helping the patient feel valued. *Jama*, 287(17), 2253–2260. <https://doi.org/10.1001/jama.287.17.2253>
- Chochinov, H. M., Cann, B., Cullihall, K., Kristjanson, L., Harlos, M., McClement, S. E., Hack, T. F., & Hassard, T. (2012). Dignity therapy: a feasibility study of elders in long-term care. *Palliat Support Care*, 10(1), 3–15. <https://doi.org/10.1017/s1478951511000538>
- Chochinov, H. M., & Cann, B. J. (2005a). Interventions to enhance the spiritual aspects of dying [Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *Journal of Palliative Medicine*, 8 Suppl 1, S103–115.
- Chochinov, H. M., & Cann, B. J. (2005b). Interventions to enhance the spiritual aspects of dying. *J Palliat Med*, 8 Suppl 1, S103–115. <https://doi.org/10.1089/jpm.2005.8.s-103>
- Chochinov, H. M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L. J., McClement, S., & Harlos, M. (2005). Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near

- the end of life. *J Clin Oncol*, 23(24), 5520–5525.
<https://doi.org/10.1200/jco.2005.08.391>
- Chochinov, H. M., Hack, T., McClement, S., Kristjanson, L., & Harlos, M. (2002). Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. *Soc Sci Med*, 54(3), 433–443. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(01\)00084-3](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(01)00084-3)
- Chochinov, H. M., Kristjanson, L. J., Hack, T. F., Hassard, T., McClement, S., & Harlos, M. (2006). Personality, Neuroticism, and Coping Towards the End of Life. *Journal of Pain and Symptom Management*, 32(4), 332–341.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2006.05.011>
- Chochinov, M. H. (2014). *Méltóságterápia. Utolsó szavak utolsó napokra*. Oriold és Társa.
- Cipriano-Steffens, T., Cursio, J. F., Hlubocky, F., Sumner, M., Garnigan-Peters, D., Powell, J., Arndt, N., Phillips, L., Lassiter, R. H., Gilliam, M., Petty, L. E., Pastor, R. S. O., Malec, M., Fitchett, G., & Polite, B. (2021). Improving End of Life Cancer Outcomes Through Development and Implementation of a Spiritual Care Advocate Program. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 38(12), 1441–1450. <https://doi.org/10.1177/1049909121995413>
- Clark, D. (1999). "Total pain", disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders. *Soc. Sci. Med.*, 727–736.
- Coelho, A., Parola, V., Escobar-Bravo, M., & Apostolo, J. (2016). Comfort experience in palliative care: a phenomenological study. *BMC Palliat Care*, 15, 71.
<https://doi.org/10.1186/s12904-016-0145-0>
- Collier, A., & Chapman, M. (2023). Matters of care and the good death – rhetoric or reality? *Curr Opin Support Palliat Care*, 17(3).
- Consolandi, M. (2023). Chochinov, Harvey Max. Dignity in care. The human side of medicine. New York: Oxford University Press, 2023. 184 pp. (print) ISBN 9780199380428, (online) ISBN 9780199380459. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 44(6), 639–642.
- Csikós, Á., Nagy, L., Busa, C., & Kállai, J. (2011). Important aspects of end-of-life care. Survey of patients visiting the primary care office [Az életvégi ellátás fontos kérdései. Attitűdvizsgálat háziorvoshoz forduló betegek körében]. *Orvosi Hetilap*, 152(27), 1082–1092. <https://doi.org/https://doi.org/10.1556/oh.2011.29139>

- De Vincenzo, F., Lombardo, L., Iani, L., Maruelli, A., Durante, S., Ragghianti, M., Park, C. L., Innamorati, M., & Quinto, R. M. (2024). Spiritual well-being, dignity-related distress and demoralisation at the end of life-effects of dignity therapy: a randomised controlled trial. *BMJ Support Palliat Care*, *13*(e3), e1238–e1248. <https://doi.org/10.1136/spcare-2022-003696>
- Dunleavy, L., Walshe, C., & Machin, L. (2020). Exploring the psychological impact of life-limiting illness using the Attitude to Health Change scales: A qualitative focus group study in a hospice palliative care setting. *Eur J Cancer Care (Engl)*, *29*(6), e13302. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/ecc.13302>
- Fegg, M. J., Kramer, M., L'Hoste, S., & Borasio, G. D. (2008). The Schedule for Meaning in Life Evaluation (SMiLE): Validation of a New Instrument for Meaning-in-Life Research. *Journal of Pain and Symptom Management*, *35*(4), 356–364. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.05.007>
- Fitchett, G., Emanuel, L., Handzo, G., Boyken, L., & Wilkie, D. J. (2015). Care of the human spirit and the role of dignity therapy: a systematic review of dignity therapy research. *BMC Palliat Care*, *14*, 8. <https://doi.org/10.1186/s12904-015-0007-1>
- Fopka-Kowalczyk, M., Krok, D., & Kocur, D. (2024). Spiritual care, compassion for others and light triad among clergy, social workers and hospice staff. *Palliative Medicine in Practice*, *18*(3), 124–132. <https://doi.org/10.5603/pmp.98543>
- Frankl, V. E. a. (1962). *Man's search for meaning : an introduction to logotherapy*. A newly revised and enlarged edition of From death-camp to existentialism. Boston : Beacon Press, 1962.
- Freitas, R. A., Menezes, T. M. O., Santos, L. B., Moura, H., Sales, M. G. S., & Moreira, F. A. (2020). Spirituality and religiosity in the experience of suffering, guilt, and death of the elderly with cancer. *Rev Bras Enferm*, *73*Suppl 3(Suppl 3), e20190034. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0034>
- Galbadage, T., Peterson, B. M., Wang, D. C., Wang, J. S., & Gunasekera, R. S. (2020). Biopsychosocial and Spiritual Implications of Patients With COVID-19 Dying in Isolation. *Front Psychol*, *11*, 588623. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.588623>
- García-Navarro, E. B., Medina-Ortega, A., & Navarro, S. G. (2022). Spirituality in patients at the end of life—is it necessary? A qualitative approach to the

- protagonists [Article]. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1). <https://doi.org/10.3390/ijerph19010227>
- Ghiggia, A., Pierotti, V., Tesio, V., & Bovero, A. (2021). Personality matters: relationship between personality characteristics, spirituality, demoralization, and perceived quality of life in a sample of end-of-life cancer patients [Article]. *Supportive Care in Cancer*, 29(12), 7775–7783. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06363-x>
- Gorsuch, R. L., & McPherson, S. E. (1989). Intrinsic/Extrinsic Measurement: I/E-Revised and Single-Item Scales. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 28(3), 348–354. <https://doi.org/10.2307/1386745>
- Guerrero-Torrelles, M., Monforte-Royo, C., Tomás-Sábado, J., Marimon, F., Porta-Sales, J., & Balaguer, A. (2017). Meaning in life as a mediator between physical impairment and the wish to hasten death in patients with advanced cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 54(6), 826–834. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.04.018>
- Gurzyńska, Z., Sobczak, K., & Lachowicz, M. (2024). Exploring the readiness of hospice and oncology unit staff to offer spiritual support to patients: preliminary findings. *Palliative Medicine in Practice*, 18(3), 117–123. <https://doi.org/10.5603/pmp.98092>
- Hall, S., Goddard, C., Opio, D., Speck, P. W., Martin, P., & Higginson, I. J. (2011). A novel approach to enhancing hope in patients with advanced cancer: a randomised phase II trial of dignity therapy. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 1(3), 315–321. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2011-000054>
- Halliday, M., Mill, D., Johnson, J., & Lee, K. (2021). Let's talk virtual! Online focus group facilitation for the modern researcher. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 17(12), 2145–2150. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2021.02.003>
- Hegedűs, K. (2017). *Is there good death? [Léteznek-e jó halál?]*. Oriold és Társai.
- Héra, G., & Gy., L. (2005). *Módszertan*. Osiris Kiadó.
- Houmann, L. J., Rydahl-Hansen, S., Chochinov, H. M., Kristjanson, L. J., & Groenvold, M. (2010). Testing the feasibility of the dignity therapy interview: adaptation for the Danish culture. *BMC Palliat Care*, 9, 21. <https://doi.org/10.1186/1472-684x-9-21>

- Jastrzębski, A. K. (2022). The challenging task of defining spirituality. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 24(2), 113–131. <https://doi.org/10.1080/19349637.2020.1858734>
- Jeserich, F., Klein, C., Brinkhaus, B., & Teut, M. (2023). Sense of coherence and religion/spirituality: A systematic review and meta-analysis based on a methodical classification of instruments measuring religion/spirituality. *PLoS One*, 18(8), e0289203. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0289203>
- Johnson, K. S., Tulskey, J. A., Hays, J. C., Arnold, R. M., Olsen, M. K., Lindquist, J. H., & Steinhauser, K. E. (2011). Which domains of spirituality are associated with anxiety and depression in patients with advanced illness? *J Gen Intern Med*, 26(7), 751–758. <https://doi.org/10.1007/s11606-011-1656-2>
- Kang, K.-A., Chun, J., Kim, H. Y., & Kim, H.-Y. (2021). Hospice palliative care nurses' perceptions of spiritual care and their spiritual care competence: A mixed-methods study. *Journal of Clinical Nursing*, 30(7-8), 961–974. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jocn.15638>
- Kapferer, B. (2019). Victor Turner and The ritual process. *Anthropology Today*, 35, 1–2. <https://doi.org/10.1111/1467-8322.12502>
- Kassai, S., Pintér, J., & Rácz, J. (2017). Az interpretatív fenomenológiai analízis (IPA) módszertana és gyakorlati alkalmazása. *Vezetéstudomány / Budapest Management Review*, 48. <https://doi.org/10.14267/VEZTUD.2017.04.05>
- Klitzman, R. (2021). Doctor, Will You Pray for Me? Responding to Patients' Religious and Spiritual Concerns. *Acad Med*, 96(3), 349–354. <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000003765>
- Koenig, H., VanderWeele, T., & Peteet, J. (2023). *Handbook of Religion and Health*. <https://doi.org/10.1093/oso/9780190088859.001.0001>
- Kon, M. H. A., Pereira, M. J., Molina, J. A. D. C., Yip, V. C. H., Abisheganaden, J. A., & Yip, W. (2025). Unravelling ChatGPT's potential in summarising qualitative in-depth interviews. *Eye*, 39(2), 354–358. <https://doi.org/10.1038/s41433-024-03419-0>
- Korman, M. B., Ellis, J., Moore, J., Bilodeau, D., Dulmage, S., Fitch, M., Mueller, C., Sahgal, A., & Moroney, C. (2021). Dignity therapy for patients with brain

- tumours: qualitative reports from patients, caregivers and practitioners. *Ann Palliat Med*, 10(1), 838–845. <https://doi.org/10.21037/apm-20-553>
- Krikorian, A., Maldonado, C., & Pastrana, T. (2020). Patient's perspectives on the notion of a good death: a systematic review of the literature. *Journal of Pain and Symptom Management*, 59(1), 152–164. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.07.033>
- Kübler-Ross, E. (1988). *A halál és a hozzá vezető út*. Gondolat Kiadó.
- Lee, G. E., & Kim, K. (2020). Analysis of Spiritual Care Experiences of Acute-Care Hospital Nurses. *Hanguk Hosupisu Wanhwa Uiryo Hakhoe Chi*, 23(2), 44–54. <https://doi.org/10.14475/kjhpc.2020.23.2.44>
- Li, Y.-C., Feng, Y.-H., Chiang, H.-Y., Ma, S.-C., & Wang, H.-H. (2020). The effectiveness of dignity therapy as applied to end-of-life patients with cancer in taiwan: a quasi-experimental study. *Asian Nursing Research*, 14(4), 189–195. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.anr.2020.04.003>
- Machul, M., & Dobrowolska, B. (2023). Spiritual care competence and caring abilities among Polish nurses: a correlation descriptive study. *Palliative Medicine in Practice*, 17(4), 216–224. <https://doi.org/10.5603/PMPI.a2023.0022>
- Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753–1760. <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>
- Mihic-Gongora, L., Jiménez-Fonseca, P., Hernandez, R., Gil-Raga, M., Pacheco-Barcia, V., Manzano-Fernández, A., Hernando-Polo, S., Antoñanzas-Basa, M., Corral, M. J., Valero-Arbizu, M., & Calderon, C. (2022). Psychological distress and resilience in patients with advanced cancer during the Covid-19 pandemic: the mediating role of spirituality [Article]. *BMC Palliative Care*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01034-y>
- Mok, E., Wong, F., & Wong, D. (2010). The meaning of spirituality and spiritual care among the Hong Kong Chinese terminally ill. *J Adv Nurs*, 66(2), 360–370. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05193.x>
- Nagata, K., & Tanaka, K. (2024). Components of spirituality in older adults: a phenomenological study through interviews based on dignity therapy. *Scand J Caring Sci*, 38(2), 476–486. <https://doi.org/10.1111/scs.13254>

- Nelson, C. J., Rosenfeld, B., Breitbart, W., & Galletta, M. (2002). Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. *Psychosomatics*, 43(3), 213–220.
- Nemes, L. (2024). The virtuous patient [Az erényes páciens]. In B. T. K. S., & N. L. (Eds.), *End-of-life decisions [Életvégi döntések]*. L'Harmattan Kiadó.
- Organization, W. H. (2023). Policy brief on integrating rehabilitation into palliative care services. In *Policy brief on integrating rehabilitation into palliative care services*. Oxford textbook of spirituality in healthcare. (2012). [doi:10.1093/med/9780199571390.001.0001]. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780199571390.001.0001>
- Puchalski, C. M., King, S. D. W., & Ferrell, B. R. (2018). Spiritual Considerations. *Hematol Oncol Clin North Am*, 32(3), 505–517. <https://doi.org/10.1016/j.hoc.2018.01.011>
- Rácz, J., Kassai, S., & Pintér, J. N. (2016). Az interpretatív fenomenológiai analízis (IPA) mint kvalitatív pszichológiai eszköz bemutatása. *MAGYAR PSZICHOLOGIAI SZEMLE*, 71(2), 313–336.
- Resnik, D. B., & Hosseini, M. (2025). The ethics of using artificial intelligence in scientific research: new guidance needed for a new tool. *AI Ethics*, 5(2), 1499–1521. <https://doi.org/10.1007/s43681-024-00493-8>
- Révay, E., Kegye, A., Zana, Á., & Hegedűs, K. (2016). The everyday life of survivors. The quality of life of hospice worker [A túlélők mindennapjai. A hospice-ellátásban dolgozók életminősége]. *Orvosi Hetilap OH*, 157(25), 1000–1006. <https://doi.org/https://doi.org/10.1556/650.2016.30452>
- Rykkje, L. (2019). Views on Spirituality in Old Age: What Does Love Have to Do with It? *Religions*, 10(1), 5.
- Selby, D., Seccaraccia, D., Huth, J., Kurppa, K., & Fitch, M. (2017). Patient versus health care provider perspectives on spirituality and spiritual care: the potential to miss the moment. *Ann Palliat Med*, 6(2), 143–152.
- Selman, L. E., Brighton, L. J., Sinclair, S., Karvinen, I., Egan, R., Speck, P., Powell, R. A., Deskur-Smielecka, E., Glajchen, M., Adler, S., Puchalski, C., Hunter, J., Gikaara, N., Hope, J., & null, n. (2018). Patients' and caregivers' needs, experiences, preferences and research priorities in spiritual care: A focus group

- study across nine countries. *Palliative Medicine*, 32(1), 216–230.
<https://doi.org/10.1177/0269216317734954>
- Sipőcz, D., Hegedűs, K., & Zsák, E. (2025). Spirituality from the perspective of end-of-life care professionals. *Palliative Medicine in Practice*, July(1-9).
<https://doi.org/10.5603/pmp.106112>
- Sipőcz, D., Tóth, P., & Hegedűs, K. (2023). Az életvégi spiritualitás hatása az életminőségre : Scoping review. *Lege Artis Medicinae*, 33, 585–593.
<https://doi.org/10.33616/lam.33.0585>
- Sipőcz, D. G., Zsák, É., Farkas, A. B., & Hegedűs, K. (2025). A méltóságterápia magyarországi adaptációja és alkalmazhatósága az életvégi ellátásban. *Orvosi Hetilap*, 166(36), 1412–1419.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1556/650.2025.33383>
- Smith, J. A. (2011). Evaluating the contribution of interpretative phenomenological analysis. *Health Psychology Review*, 5(1), 9–27.
<https://doi.org/10.1080/17437199.2010.510659>
- Smith, J. A. (2017). Interpretative phenomenological analysis: Getting at lived experience. *The Journal of Positive Psychology*, 12(3), 303–304.
<https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1262622>
- Solomita, B., & Franza, F. (2022). Dignity-therapy in bipolar disorder and major depression: an observational study in a psychiatric rehabilitation center. *Psychiatr Danub*, 34(Suppl 8), 71–74.
- Szigeti, N., Kun, S., & Wittmann, I. (2024). Palliative care in a department of internal medicine [Palliatív betegellátás belgyógyászati osztályon]. *Orvosi Hetilap*, 165(26), 1010–1016. <https://doi.org/https://doi.org/10.1556/650.2024.33070>
- Trevino, K. M., Abbott, C. H., Fisch, M. J., Friedlander, R. J., Duberstein, P. R., & Prigerson, H. G. (2014). Patient-oncologist alliance as protection against suicidal ideation in young adults with advanced cancer. *Cancer*, 120(15), 2272–2281.
<https://doi.org/10.1002/cncr.28740>
- Üzen Cura, Ş. (2021). Nursing Students’ Spiritual Orientations and Their Attitudes Toward the Principles of Dying with Dignity: A Sample from Turkey. *Journal of Religion and Health*, 60(1), 221–231. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01029-0>

- van Dammen, H., Vissers, K., van der Putten, G. J., & Engels, Y. (2025). The Dutch version of the dignity therapy question protocol for individual Dutch nursing home residents without cognitive impairments (during COVID-19): a pilot study. *BMC Geriatr*, 25(1), 13.
- Varga, G., Horváth, R., Busa, C., Virág, E., Mangel, L., & Csikós, Á. (2024). Assessment of anxiety, depression, and physical symptoms and understanding of their connections among cancer patients [Szorongás, depresszió, valamint fizikai tüneti terhek felmérése és összefüggéseik megismerése daganatos betegek körében]. *Orvosi Hetilap*, 165(8), 309–317. <https://doi.org/https://doi.org/10.1556/650.2024.32984>
- Vicsek, L. (2006). *Fókuszcsoport*. Osiris Kiadó Kft.
- Viftrup, D. T., Hvidt, N. C., & Prinds, C. (2021). Dignity in end-of-life care at hospice: An Action Research Study. *Scand J Caring Sci*, 35(2), 420–429. <https://doi.org/10.1111/scs.12872>
- Vivat, B. (2012). Quality of life. In M. Cobb, C. Puchalski, & Rumbold B (Eds.), *Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare* (pp. 341–346). Oxford University Press.
- Williams, R. T. (2024). Paradigm shifts: exploring AI's influence on qualitative inquiry and analysis. *Front Res Metr Anal*, 9, 1331589. <https://doi.org/10.3389/frma.2024.1331589>
- Xiao, J., Chow, K. M., Chen, J., Huang, X., Tang, S., Wang, G., & Chan, W. H. C. (2023). Family-oriented dignity therapy for patients with lung cancer undergoing chemotherapy: How does it work better? *Asia Pac J Oncol Nurs*, 10(1), 100168. <https://doi.org/10.1016/j.apjon.2022.100168>
- Zhang, Y., Zhou, F., Yang, H., Gong, X., & Gao, J. (2022). Current status of fear of disease progression in patients with advanced cancer and usefulness of dignity therapy intervention. *J Healthc Eng*, 2022, 6069060. <https://doi.org/10.1155/2022/6069060>
- Zörgő, S. (2017). Szempontok a kvalitatív kutatás tervezéséhez és értékeléséhez. *Leges artis medicinae: új magyar orvosi hírmondó*, 27, 418–426.
- II. János Pál Pápa. (1995.03.25.). *Evangélium Vitae*. Letöltve: 2022.10.01. <https://regi.katolikus.hu/konyvtar.php?h=78>

9. SAJÁT PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE

Értekezés témájában megjelent eredeti közlemények

- Sipőcz D, Tóth P, Hegedűs K. Az életvégi spiritualitás hatása az életminőségre: Scoping review. *Lege Artis Medicinae*. 2023;33:585-93.
- Sipőcz D, Hegedűs K, Zsák E. Spirituality from the perspective of end-of-life care professionals. *Palliative Medicine in Practice*. 2025; July 1-9.
- Sipőcz D, Zsák É, Farkas A, Hegedűs K: A méltóságterápia magyarországi adaptációja és alkalmazhatósága az életvégi ellátásban. *Orvosi Hetilap*, 2025; 166(36): 1412–1419.

Értekezés témájában előadások és poszter

2015 A Magyar Statisztikai Társaság Demográfiai Szakosztálya, a Magyar Tudományos Akadémia Demográfiai Bizottsága, a Magyar Szociológiai Társaság Családszociológiai Szakosztálya, a PTE Demográfia és Szociológia Doktori Iskolája és a PTE Szociológia Tanszéke, Fókuszban a család konferencia

Poszter prezentáció: Haldokló a családban

2020 PhD Tudományos Napok, Semmelweis Egyetem

Poszter prezentáció: Spirituality and religiosity in the end of life

2021 PhD Tudományos Napok, Semmelweis Egyetem

Előadás: Palliatív ellátásban levő idős, krónikus betegek spiritualitása

2022 Agytorna, Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet

Előadás: Spiritualitás az életvégi szakaszban

2023 I. Életvégi Méltóságért Konferencia

Előadás: Életvégi méltóság és méltóságterápia

2023 Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Tanatológia kurzus

Előadás: Spiritualitás a haldoklásban

2023 Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Tanatológia kurzus

Előadás: Méltóságterápia

2023- Méltóságterápia az életvégi megküzdésben tréninganyag kidolgozása és oktatása

- 2024 Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Orvosi Pszichológia tantárgy
Előadás: Méltóságterápia
- 2024 Újbudai Szociális Szolgálat „Aktivitás, közösség, emberi méltóság” konferencia
Előadás: Életvégi méltóság
- 2024 Méltóság és digitalizáció, Intenzív szakmafejlesztés határon túli együttműködésben konferencia
Előadás: Az életvégi méltóság megőrzésének lehetőségei demenciával élők ellátásában
- 2024 Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, Tanatológia Kutatócsoport bemutatkozása
Előadás: Méltóság és spiritualitás az élet végén
- 2025 Doktorandusz fórum, Semmelweis Egyetem, Mentális Egységstudományok Doktori Iskola
Előadás: Spiritualitás és méltóság az élet végén
- 2025 Magyar Máltai Szeretetszolgálat, Kríziszáró Szakmai Nap
Előadás: Méltóságmegőrző gondozás
- 2025 Méltóságműhely – A gyászolók méltósága
Csoportmunka: Hogyan őrizhetjük meg a gyászolók méltóságát?
- 2025 Magyar Máltai Szeretetszolgálat, Veszteség feldolgozásának segítése az ügyfélkapcsolatban és a szociális munkások számára - egyéni és csoportos támogató formák" című szakmai nap
Előadás: Gyász a szociális munka gyakorlatában: alapelvek, dilemmák, lehetőségek
- 2025 Országos Onkológiai Intézet, Kékgolyó Palliatív Napok
Előadás: Méltóságterápia fogalma és helye a hospice ellátásban
- 2025 PSZITA IX. Áthallások, belátások - a tanácsadói identitás kihívásai, ELTE PPK, MPT Tanácsadás Pszichológia Szekció
Előadás: Méltóságterápia, mint az életvégi méltóság megőrzésének gyakorlata

Értekezés témájától független közlemények

- Sipőcz, D. A magyarországi Krisna-tudatú hívők halálhoz kapcsolódó attitűdjei. *KHARÓN - THANATOLÓGIAI SZEMLE*, 2015 19(3), 1–17.
- Sipőcz, D. A halál és a Krisna-tudat határok nélkül. *KHARÓN - THANATOLÓGIAI SZEMLE*, 2013 17(2), 25–51.

Értekezés témájától független előadások

2010 Szakkollégiumok Éjszakája

Kerekasztal-beszélgetés: „A szakrális tér” címmel

2010 ELTE-TÁTK Kulturális Antropológia Szak Vallásantropológia Műhely

Előadás: Dívali ünnepe

2010 ELTE-TÁTK Kulturális Antropológia Tanszék, Vallásantropológia tantárgy

Előadás: Hinduizmusról általában

2014 Eötvös József Collegium Orientalisztika Műhelye, V. „Közel, s Távol”

Orientalisztika Konferencia

Előadás: A védikus nő a modernitásban

2014 Pannon Egyetem MFTK Antropológia és Etika Tanszék, „A test mint antropológiai tér” Nemzetközi Konferencia

Előadás: „Légy vonzó!” a modern európai és a védikus kultúra szerint

2014/2015 ELTE-TÁTK Kulturális Antropológia Tanszék

Megbízott előadó Ázsia antropológiája című tantárgy

2015 Eötvös József Collegium Orientalisztika Műhelye, VI. "Közel, s Távol"

Orientalisztika Konferencia

Előadás: Vaisnava halotti rítusok Keleten és Nyugaton

2015 Doktoranduszok Országos Szövetsége, „Tavaszi Szél” Multidiszciplináris Tudományos Konferencia

Előadás: Hinduizmus mint életvégi megküzdési stratégia

2015 A Károli Gáspár Református Egyetem BTK Művészettudományi és Szabaddölcészeti Intézete, Vallás és művészet konferencia

Előadás: Balinéz hindu templomtánc

2015 ELTE-TÁTK Kulturális Antropológia Tanszék, Vallásantropológia tantárgy

Előadás: Balinéz templomtánc

10. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Hálás szívvel köszönöm Dr. Tomcsányi Teodóra biztatását, melynek hatására elkezdtem a doktori képzést.

Kiemelt hálával tartozom témavezetőimnek, Dr. Hegedűs Katalinnak és Dr. Tóth Pál Péternek. Katalinnak köszönhetem azt a szemléletmódot, amivel ma a haldoklás témája felé fordulok, szakmai útmutatása segített abban, hogy az elméleti tudást a gyakorlatban is kamatoztatni tudjam. Hálás vagyok, az ösztönzéséért és folyamatos támogatásáért.

Köszönöm Dr. Dávid Beátának a Mentálhigiéne Intézet igazgatójának a bizalmat és támogatást.

Köszönöm Lente Boglárka Noéminek és Marosfalvi Anitának a hasznos tanácsokat az adminisztratív ügyekben.

Köszönöm ismét Dr. Hegedűs Katalinnak és kollégáimnak Dr. Zsák Évának és Farkas Attila Baláznak, hogy a disszertációmban szereplő méltóságterápia tréning magyarországi adaptálásában és megvalósításában részt vettek.

Köszönettel tartozom a tanatológiai kutatócsoport tagjainak, akik szakmai találkozóinkon tanácsaikkal és nyitottságukkal is hozzájárultak a disszertációhoz.

Köszönöm szépen a Doktori Iskola Kutatásmenedzsment Munkacsoport gyakorlati tanácsait.

Szeretném megköszönni férjemnek, Bayer Ivánnak, hogy a kezdetektől fogva mellettem állt ezen az úton, és a Méltóságért Alapítvány közös megalapításával gyakorlati értelmet nyertek tanulmányaim. Köszönöm a kisfiamnak Álmosnak is, aki türelemmel viselte hiányomat, amikor a kutatáson dolgoztam.

Ez a disszertáció nem jöhetett volna létre azok nélkül a szakemberek nélkül, akik a fókuszcsoportokban megosztották szakmai és személyes gondolataikat és azok nélkül az idős, krónikus beteg interjúalanyok nélkül, akik a beszélgetéseink alatt feltárták meggyőződéseiket az életvégi spiritualitásról és méltóságról. Hálásan köszönöm nekik!