

„Mit gondol, van-e az életének célja és értelme? Ha igen, mi?” Emlődaganatos betegek és egészséges kontrollszemélyek interjúkérdésekre adott válaszainak összehasonlítása

MERSDORF ANNA^{1*} – VARGAY ADRIENN¹ –
HORVÁTH ZSOLT^{2,3} – BÁNYAI ÉVA¹

¹ Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet, Budapest

² Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Onkológiai Intézet,
Debrecen

³ Országos Onkológiai Intézet, Budapest

(Beérkezett: 2013. május 5., elfogadva: 2013. október 18.)

Elméleti háttér: A daganatos betegséggel küzdők és egészségesek életcéljait vizsgáló kutatások, melyek az Életcél Kérdőívet használták mérőeszközként, nem mutattak szignifikáns pontszámbeli különbséget a két csoport között. Ez érdekes eredmény, hiszen más betegségcsoportoknál kimutatható különbség az egészségesek és a betegek között. Cél: Kutatásunk célja a daganatos betegek és egészségesek jellemzőinek és attitűdjeinek feltárása volt az életcéllal- és élet értelmével kapcsolatban, illetve hogy tapasztalható-e különbség a két csoport válaszai között. Távlati célunk, hogy eredményeinkkel hozzájáruljunk a daganatos betegségek prevenciójához és a gyógyítás hatékonyabbá tételéhez. Módszerek: Kutatásunk során strukturált interjút használtunk mérőeszközként (Komplex Strukturált Interjú Emlődaganatos Betegek Részére), 28 emlődaganatos és 28 egészséges kontrollszemély bevonásával. Az interjúk során adott válaszokat a „lehorgonyzott elmélet” (grounded theory) tartalomelemzési módszer alapján kidolgozott kategóriarendszer mentén elemeztük. Eredmények: (1) Az emlődaganatos betegek és egészségesek életcéllal és élet értelmével kapcsolatos jellemzőinek statisztikai módszerekkel történő összehasonlítása nem mutatott szignifikáns eltérést a két csoport között. (2) Eredményeinket az Aspirációs Index magyar mintán kapott eredményeivel összevetve azt tapasztaltuk, hogy vizsgálati személyeink szinte egyáltalán nem említik az extrinzik életcélokat (pl. gazdagság, jó megjelenés, hírnév), míg az intrinzik életcélok közel 80%-át teszik ki a válaszoknak mind az egészséges, mind pedig a betegcsoportban. A válaszok ilyen eloszlása jelentősen különbözött az önkítöltős, Likert-skálájú kérdőív eredményeitől. Következtetések: (1) Mivel más betegségek esetén kimutatható eltérés az egészségesek és betegek között az életcél és élet értelme tekintetében,

* Levelező szerző: Mersdorf Anna, 1072 Budapest, Klauzál u. 31. II/17.
E-mail: ansikia@gmail.com

elképzeltető, hogy a daganatos betegek egyfajta specifikus megküzdési módként használják az életcéllal- és élet értelmével kapcsolatos attitűdjeiket. (2) A hasonló jellemzőket eltérő módszerekkel feltáró kutatások jelentős eltéréseket mutathatnak.

Kulcsszavak: életcél, élet értelme, emlődaganat, strukturált interjú, tartalomelemzés

Bevezető

A daganatos betegségek és a betegséggel való sikeres megküzdés háttérében komplex biopszichoszociális tényezők állnak. Ezen tényezők között szerepet kaphat az, hogy az egyén értelmet tulajdonít-e az életének és betegségének, illetve milyen életcél fogalmaz meg. Az alábbiakban először az élet értelmességének, majd az életcéloknak a fogalmát, mérőeszközeit és extrinzik/intrinzik életcélokkal való összefüggéseit mutatjuk be. Ezután a témakörbe tartozó egészségesekekkel és daganatos betegekkel folytatott kutatásokat tekintjük át, majd azt, hogy az életcélnak/élet értelmének milyen összefüggései vannak más testi-lelki jellemzőkkel. Cikkünkben eredményeinket összevetjük más vizsgálatokéval is, melyek az életcélok feltérképezésére a miénktől eltérő mérőeszközt használtak.

1.1. Az élet értelmessége

Az élet értelmességének fogalma a pszichológiában Viktor Frankl nevéhez kapcsolódik. Mint ahogyan azt Konkoly Thege és Martos (2006), valamint Konkoly Thege, Martos, Skrabski és Kopp (2008) is kiemelik, Frankl (1938/2006, 1959/2010) a mentális egészségben központi szerepet tulajdonított annak, hogy a személy értelmesnek érzi-e az életét. Fontos, hogy az egyén tudjon kitűzni és megvalósítani olyan életcélokat, amelyeket értelmesnek érez, és jelentős szerepe van annak is, hogy milyen az egyén hozzáállása a megmásíthatatlan vagy elkerülhetetlenül rossz dolgokhoz – például tud-e valaki a negatív adottságokban is értelmet találni. Frankl a fentiek alapján három személy- és helyzet-specifikus értéket különített el: 1. alkotó-, 2. élmény- és 3. beállítódási értékek (Frankl, 1959/2010).

Konkoly Thege (2007) kiemeli, hogy a beállítódási értékek, amelyek a megmásíthatatlan dolgokhoz (pl. betegség, szenvedés, halál) való hozzáállásban nyilvánulnak meg, különösen fontos szerepet játszanak a súlyos betegséggel élőkénél, hiszen ez által viselhető méltósággal a hétköznapiakban jelenlévő betegség, szenvedés és a halál. Frankl (1959/2010) szerint a legrosszabb körülmények között is, mint amilyen egy gyógyíthatatlan be-

tegség, mindig vannak megélhető értelemlehetőségek, és ezekben a szélsőséges élethelyzetekben főleg a beállítódási értékek óvják meg az egyént attól, hogy az értelmesség iránti igénye frusztrálódjon.

Frankl (1959/2010) szerint, mint ahogyan azt Konkoly Thege és munkatársai (2008) is hangsúlyozzák, az értelmességérzés egyik legfontosabb meghatározója, ha a figyelmünket önmagunkon kívüli értékekre fordítjuk. Elmélete alapján az intrinzik életcélok (tartalmas emberi kapcsolatok, közösség iránti elköteleződés) fontossága és az extrinzik életcélok (pl. anyagi jólét, hírnév) alacsonyabb mértékű dominanciája együtt kell járjon az átélt értelmesség magasabb szintjével. Ezt a feltevést egy, az Életcél Kérdőívvel korábban végzett vizsgálat is alátámasztotta (Konkoly Thege & Martos, 2006).

Több, magyar nyelvre is lefordított kérdőív áll rendelkezésre az élet értelmességének mérésére. A Crumbaugh és Maholick (1964) által kidolgozott Életcél Kérdőív annak ellenére, hogy neve az életcélokat emeli ki, a Frankl-féle értelmesség-konstruktmot teljes egészében szeretné feltérképezni (Konkoly Thege & Martos, 2006). A kérdőív tételei az egyén életcéljainak a világosságára, az egyéni élet értékéhez és a halálhoz való viszonyulásra, az unalomra, a jelenben való elmerülni tudásra, a kontroll-érzésre és az énhatékonyság érzésre vonatkoznak.

Rahe és Tolles (2002) kérdőívének egyik alszkálája Antonovsky (1996) koherencia-fogalomához hasonló koncepciót mér (Skrabski, Kopp, Rózsa, & Réthelyi, 2006). A koherencia egyrészt annak az átélése, hogy az egyénnek helye és szerepe van a világban, hogy az események, melyeket megél, értelemmel teliek, és az egyén számára megoldhatóak. A koherencia-érzék másrészt az egyén beállítódása saját magával és a világgal szemben, és annak a tudatnak a megélése, hogy az események kiszámíthatóak és befolyásolhatóak, és hogy az egyén bízik abban, hogy képes mozgósítani a sikeres megküzdéshez szükséges erőforrásokat (Antonovsky, 1979; Kopp, 2007; Skrabski és mtsai, 2006). Rahe és Tolles (2002) Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőíve (magyar változat: Rózsa és mtsai, 2005) az egyént érő stresszhatások és a megküzdési kapacitások arányait igyekeznek feltárni, amely összefüggésben az élet értelmességének átélése megküzdési erőforrásként jelenik meg.

Az Egszisztencia-skála (Längle, Orgler, & Kundi, 2003; magyar adaptáció: Konkoly Thege & Martos, 2008) az emberi létezés négy alapvető jellemzőjét méri: az értékek észlelését és felismerését, a döntési képességet és a felelősségvállalást. Az Élet Értelme Kérdőív (Steger, Frazier, Oishi, & Kaler, 2006; Steger & Shin, 2010; magyar adaptáció: Martos & Konkoly Thege, 2012) az értelmesség-konstruktmon belül az élet értelmességének megélése mellett az értelem keresését is vizsgálja. Az első, Európában al-

kotott és sztenderdizált élet értelmességét mérő kérdőív Lukas (1971) Logo-tesztje volt, melynek átdolgozott változatát egy több, mint 800 fős magyar mintán is tesztelték reliabilitás és validitás szempontjából (Konkoly Thege, Martos, Bachner, & Kushnir, 2010).

1.2. Életcélok és a Kasser és Ryan-féle Aspirációs Index

„A célok mint a jövőbeli állapotok reprezentációi, motivációs erővel hatnak, részt vesznek a magatartás önszabályozásában, és így hatnak a testi-lelki egészségre is” (Martos, Szabó, & Rózsa, 2006, 172. o.). A hosszú távú, általános célok (aspirációk), összefüggésben állnak az egészségi állapottal Kasser és Ryan (1996), az Aspirációs Index kidolgozói szerint is. E kérdőív teoretikus keretét Deci és Ryan (1987, 2002) Önmeghatározás Elmélete adta, mely az egészséges személyiségműködésben fontosnak tartja az extrinzik és intrinzik életcélok mintázódását. A személy egészséges működését – mint ahogyan azt Martos és munkatársai (2006) is kiemelik – a belső motivációjú személyes növekedés és integráció folyamatai, a személy pozitív kapcsolatok és autonómia iránti vágya, valamint a kompetens, önirányított cselekvés képessége biztosítják.

A kérdőívet az alábbiakban részletesen is bemutatjuk, mivel cikkünk második felében az interjúkra adott válaszokat ennek a kérdőívnek az eredményeivel hasonlítjuk össze. Kasser és Ryan (1996) a hosszú távú célok és aspirációk feltérképezésére vonatkozó 32-tételes kérdőíve 7 életcél-kategória köré szerveződik: 1. gazdagság, 2. hírnév, 3. imázs, 4. növekedés, 5. kapcsolatok, 6. társadalmi elköteleződés és 7. egészség. Minden egyes kategóriára 5 tétel vonatkozik. Három kategóriát (1–3) extrinzik, három kategóriát (4–6) pedig intrinzik aspirációknak tekintettek, míg az egészség nem egyértelműen besorolható egyik csoportba se. A kérdőív magyar adaptációjának (V. Komlósi, Rózsa, & Móricz, 2006) 35-tételes változatában az egyes tételeket 7-fokú Likert-skálán kellett megítélni három szempont, fontosság, megvalósulásuk valószínűsége és megvalósultság alapján.

A szélesebb körű használhatóság érdekében Martos és munkatársai (2006) kidolgozták, majd érvényesség és megbízhatóság szempontjából ellenőrizték a 35-tételes kérdőív 14-tételes rövidített változatát. A rövidített kérdőívben, melyben 2-2 kérdés vonatkozik mindegyik aspirációra, megmaradtak az eredeti alskála-csoportok és a 7 alskála, bár magyar elnevezésük esetenként megváltozott. Az 1. táblázat bemutatja az alskála-csoportok és alskálák rendszerét, valamint példákat mutat be az egyes aspirációkra vonatkozó kérdésekre.

1. táblázat. Az Aspirációs Index magyar, rövidített változatának alskála-csoportjai és az alskálák rendszere, valamint példák az egyes aspirációkra vonatkozó kérdésekre (Martos és mtsai, 2006, 177. o. alapján)

Alskála-csoport	Alskálák / Aspirációk	A kérdőív tételi
Extrinzik	Gazdagság	Pénzügyeim sikeresek legyenek. Gazdag legyek.
	Hírnév	Sok ember tiszteljen-csodáljon. Híres legyek.
	Jó megjelenés	Mindig úgy néztek ki, ahogy elképzeltem. Vonzó megjelenésű embernek tartsanak.
Intrinzik	Személyes növekedés	Fejlődjek, és új dolgokat tanuljak. Ismerjem és elfogadjam valódi önmagam.
	Tartalmas emberi kapcsolatok	Érezem, hogy vannak emberek, akik szeretnek, és viszont szeretem őket. Mély, tartós kapcsolataim legyenek.
	Társadalmi elkötelezettség	Munkámmal is hozzájáruljak, hogy a világ jobb legyen. Segítsek másoknak jobba tenni az életüket.
Egészség	Egészség	Elkerüljenek a betegségek. Fizikailag egészséges életstílust folytassak.

Az egészségre vonatkozó aspirációkat mérő alskála az eredeti angol verzióban és a V. Komlósi és munkatársai (2006) által végzett kutatásban az intrinzik alskála-csoportba tartozik, a rövidített magyar változat pszichometriai jellemzőinek feltárása során (Martos és mtsai, 2006) azonban függetlennek mutatkozott mind az extrinzik, mind pedig az intrinzik alskála-csoporttól. A két alskála-csoport közötti kapcsolatot az aspirációs mutató jellemzi, mely azt mutatja meg, hogy a célok két nagy csoportja milyen arányban van jelen a célok rendszerében (V. Komlósi és mtsai, 2006). Értékét úgy kapjuk meg, hogy az intrinzik alskálák összesített értékéből kivonjuk az extrinzik alskálák összesített értékét.

Az Aspirációs Index által vizsgált életcélok esetében több kutatás vizsgálja az extrinzik-intrinzik célok dominanciájának kapcsolatát a testi-lelki állapottal. Összefüggést találtak például (nemtől, kultúrától, szocio-ökonomiai státustól függetlenül) az intrinzik motivációs dominancia és a magasabb jóllét- és testi-lelki egészségmutatók, valamint az alacsonyabb testi-lelki jóllét mutatók és extrinzik motivációs dominancia között (V. Komlósi és mtsai, 2006). Hosszú- és rövid távon is alacsonyabb szintű személyiség-működéssel és rosszabb egészségügyi következményekkel jár együtt

az extrinzik motiváció (külső elvárásoknak megfelelés és külső jutalmak keresése) (Martos és mtsai, 2006).

Lehetséges, hogy ez az összefüggés változik az életkor előrehaladtával, mivel Szondy (2004) serdülőknél nem talált összefüggést a szubjektív jóllét és intrinzik törekvések között, és gyenge pozitív összefüggést talált a szubjektív jóllét mutatói és az extrinzik életcélok között. Schmuck, Kasser és Ryan (2000) német mintán is azt az összefüggést tárta fel, hogy idősebb korosztályoknál erőteljesebb az extrinzik és intrinzik célok kapcsolata a jóllét mutatóival, míg a fiataloknál gyenge ez az összefüggés.

1.3. Élet értelme és életcél – egészségesek és daganatos betegek összehasonlítása

Az alább, a 2. táblázatban bemutatott kutatások eredményei arra utalnak, hogy az életcél-élet értelme dimenziókban az egészségesek és a daganatos betegek eredményei nem térnek el lényegesen. E kutatások többsége a Crumbaugh és Maholick-féle (1964) Életcél Kérdőívet (PIL) alkalmazta. A skála eredményeit a következőképpen értelmezhetjük: a maximum 140 pontból 92-nél kevesebb pont az életcélok hiányára, a 92 és 112 közötti pontszám az életcélok bizonytalanságára és a 112 feletti pontszám világos életcélokra utal. Olyan kutatást sajnos nem tudunk bemutatni, amely emlődaganatos beteg- és illesztett egészséges kontrollcsoportot is vizsgált, ezért a vagy egészséges- vagy emlődaganatos betegeket célzó kutatások eredményeit tudjuk csak bemutatni és összehasonlítani.

2. Módszer

2008 januárjában az ELTE Magatartáspszichológiai Doktori Programja és az Országos Onkológiai Intézet együttműködésében egy több lépcsős onkopszichológiai kutatás indult. A kutatásnak két iránya van, két kutatócsoport részvételével. Az egyik kutatócsoport (a jelen cikk szerzői) az emlődaganatosok testi-lelki-szociális és spirituális jellemzőit és attitűdjeit célozta meg feltárni és összehasonlítani egy illesztett kontrollcsoport jellemzőivel és attitűdjeivel.¹

¹ A másik kutatócsoport Bányai Éva vezetésével a hipnózis mint kiegészítő terápia hatékonyságát vizsgálja a daganatos betegségek gyógyításában és a kemoterápia mellékhatásainak csökkentésében.

2. táblázat. Egészséges személyek, valamint daganatos betegek PIL-pontszámai több kutatás alapján

Szerző, évszám	Egészségi állapot	Minta jellemzői	PIL pontszám
Crumbaugh, 1968	Egészséges	1151 fő (47% nő)	106,4
Zilka & Chamberlain, 1992	Egészséges	181 fő (100% nő), átlag-életkor: 29 év	105,8
	Egészséges	113 fő (58% nő), átlag-életkor: 69 év	110,02
Coward, 1996	Egészséges	145 fő (72% nő), átlag-életkor: 33,4 év	111,3
Klaas, 1998	Egészséges	77 fő (78% nő), átlagéletkor: 81,6 év	109,2
Sarvimaki & Stenbock-Hult, 2000	Egészséges	300 fő (71% nő), életkor: 75–97 év	103
Schulenberg, 2004	Egészséges	341 fő (66% nő), átlag-életkor: 19,5 év	107,8
Jonsén, Lundman, Nygren, Vähäkangas, & Strandberg, 2010	Egészséges	449 fő (62% nő), átlag-életkor: 73 év	104,5
Nygren és mtsai, 2005	Egészséges	125 fő (69% nő), 85 évnél idősebbek	106
Coward, 2003	Emlődaganatos	22 fő, átlagéletkor: 46,1 év; pszichoterápiás támogató csoport, 3 időpontban PIL	T1 = 107,4 T2 = 110,0 T3 = 109,7
	Emlődaganatos	17 fő, átlagéletkor: 51,8 év; kontrollcsoport, 3 időpontban PIL	T1 = 115 T2 = 114,5 T3 = 118,1
Lee, Cohen, Edgar, Laizner, & Gagnon, 2006	10 fő emlő-, 8 fő vastagbél-daganatos	18 fő, átlagéletkor: 57 év 2 időpontban PIL	T1 = 114,9 T2 = 118,8
Pinquart, Silbereisen, & Fröhlich, 2009	Daganatos beteg	153 fő, 2 időpontban PIL	T1 = 114 T2 = 114

Vizsgálatunk során a személyeknek kérdéseket tettünk fel a testi-lelki állapotukról, az egészségről, betegségről alkotott fogalmaikról, társas kapcsolataikról, világképükről, hiedelem- és értékrendszerükről. Jelen cikkben azt mutatjuk be hogy a vizsgálatban részt vevő emlődaganatos betegek mit gondolnak az életük értelmének, számukra melyek a fontos életcélok, és ezek között az életcélok között milyen fontossági sorrendet állítanak fel. Válaszaikat összehasonlítjuk az egészséges kontrollszemélyek válaszaival, és eredményeinket más mérőeszközzel nyert eredményekkel is összevetjük. Mivel a kutatásunk során alkalmazott, általunk kidolgozott interjú-

módszert eddig még nem mutattuk be írásos publikációban, a mintánk és az adatfelvétel részleteinek leírása előtt szükségesnek látjuk az interjú-módszer részletes bemutatását is.

2.1. Komplex strukturált interjú emlődaganatos betegek (KSI-Edb) részére

A daganatos megbetegedések háttere nagyon összetett, ezért a sokrétű- és az összefüggések feltárását lehetővé tevő adatgyűjtéshez komplex megközelítésre van szükség. Annak érdekében, hogy kutatási céljainkat megvalósíthassuk, az előre felkínált válaszlehetőségeket és esetenként negatív szuggesztiókat tartalmazó kérdőívek helyett strukturált interjúmódszert alkalmaztunk. A strukturált interjú mellett szólt az is, hogy lehetőséget biztosított a személyes kontaktusra és interakcióra, így arra is, hogy a vizsgálati személyek a feltett kérdésekkel kapcsolatban saját gondolataikat, véleményeiket is elmondják. Tehát az előre megfogalmazott kérdéscsoporthoz kapcsolatos célzott adatgyűjtés mellett az interjú bizonyos mértékig lehetőséget nyújtott a vizsgálati személyek gondolkodási struktúrájának megismerésére is.

A strukturált interjú kidolgozása, alkalmazása és elemzése során szem előtt tartottuk az interjúmódszerre vonatkozó módszertani elvárásokat (Szokolszky, 2004). Interjúnk elővizsgálatok során tesztelt kérdéseket tartalmazott, és abban különbözött a kvantitatív strukturált interjútól, hogy nem kizárólagosan egy előre meghatározott megfogalmazásban és sorrendben tettük fel kérdéseinket, hanem a beszélgetés gördülékenységének érdekében az aktuális helyzethez igazítottuk azt. Például ha egy kérdést a vizsgálati személy spontán módon már megválaszolt, akkor azt nem tettük fel neki még egyszer.

Módszerünk még abban is eltért a sztenderdizált önkitöltős kérdőívekkel folytatott kutatásoktól, hogy a személyek jellemzőire (lelkiállapot, társas támogatás mértéke, stb), vélekedéseire (betegség-attribúciók, életcélről való elképzelés stb.) nem több kérdéssel kérdeztünk rá, mint az erre a célra szerkesztett kérdőívek (depressziót, társas támogatást, életcélokat mérő kérdőívek), hanem egy átfogó kérdést tettünk fel (pl. Milyen volt élete során a lelkiállapota?, Mit gondol, mi okozhat betegséget?, Mit gondol, van-e értelme az életének, és ha igen, akkor mi?). A vizsgálatban résztvevő személyek ezekre a kérdésekre spontán módon válaszolhattak, így válaszaik alapján azt tudtuk feltérképezni, hogy saját szempontjaik szerint mit gondolnak arról, hogy mi tartozik a lelkiállapot témakörébe, és mit gondolnak, az ő esetükben ezek a jellemzők hogyan alakulnak.

Az életcélra és élet értelmére vonatkozó kérdések esetében ez azt jelentette, hogy megtudhattuk, számukra mit jelent az életcél és az élet értelme, és hogy ők maguk hogyan jellemzik magukat ezen dimenziók mentén (pl. mit gondolnak, van-e célja az életüknek, és ha igen, akkor miért mondják ezt, vagyis mi ez az életcél).

Módszerünk tehát átmenetet képez a kvantitatív és kvalitatív módszertan között. Kvantitatív abban az értelemben, hogy két csoport összehasonlítása, a válaszok alapján statisztikailag elemezhető adatgyűjtés volt a célunk. Kvalitatívnak mondható a módszerünk abból a szempontból, hogy a beszélgetések során a vizsgálati személyek saját konstruktumaikat, elképzeléseiket vázolhatták fel, illetve felhozhattak olyan témákat is, amelyeket nem az interjú vezetője határozott meg. Módszertanilag sok esetben nem élesen elkülöníthető az interjúmódszer a strukturáltság-strukturálatlanság, illetve a kvantitatív-kvalitatív dimenzió mentén. A mi módszerünk is mindkét dimenzió bizonyos jellemzőivel rendelkezik. Ennek előnye, hogy interjúnk rugalmas: statisztikailag tesztelhető, csoportok közötti összehasonlítást lehetővé tevő adatok gyűjtésére alkalmas, ugyanakkor egyben feltáró jellegű is, egy-egy jelenség, témakör komplexitásának feltérképezését is lehetővé teszi (Szokolszky, 2004, 452. o.).

Mivel a daganatos betegségek hátterének feltárásához komplex megközelítést kívántunk alkalmazni, célul tűztük ki, hogy minél szélesebb spektrumot öleljenek fel az interjú kérdései. Ezen megfontolások alapján a kérdések a következő hat témakör köré csoportosultak:

1. Az előző év és az eddigi élet során tapasztalt egészségi állapot.
2. Az előző év és az eddigi élet során tapasztalt lelkiállapot, illetve fontos életesemények.
3. Az egészséggel-betegséggel és betegség-kialakulással kapcsolatos attribúciók:
 - a betegség kialakulásának okaival kapcsolatos vélekedések;
 - a betegség kialakulásában szerepet játszó tényezők kontrollálhatósága.
4. Szociális kapcsolatrendszer és kitüntetett fontosságú kapcsolatok:
 - a három legfontosabb személlyel kialakított testi-lelki-spirituális viszony;
 - a kapcsolatok alakulásának kontrollálhatósága.
5. Észlelt kontroll.
6. Hit, vallásosság, életcél, élet értelme, hely a világban, ezeknek a gondolatoknak a megosztása társakkal, és ezekkel a fogalmakkal kapcsolatos észlelt kontroll mértéke:
 - vallásgyakorló-e; ha nem vallásgyakorló, van-e valamilyen személyes Istene, hitrendszere, vagy ateista-e?

- mit gondol, van-e életének célja, és ha igen, mi az?
- mit gondol, van-e életének értelme, és ha igen, mi az?
- megtalálta-e a helyét a világban?
- van-e olyan közösség, ahol elfogadják, támogatják értékrendjét, ahol meg tudja osztani gondolatait?
- mit gondol, mennyire függ tőle az, hogy hisz valamiben, hogy megtalálta a helyét a világban, hogy talált értelmet, célt az életében, vagy mennyire függ ez a külső körülményektől, családi háttérétől vagy neveltetésétől?

2.2. Tartalomelemzés

A körülbelül másfél órás, digitális diktafonnal hangformátumban rögzített interjúk anyaga az áttekinthetőbb további feldolgozás érdekében szöveges átírássá került. A szöveges átíratokat felhasználva, a „lehorgonyzott-elmélet” (grounded theory – Charmaz, 2000; Charmaz & Henwood, 2008; Glaser & Strauss, 1967; Strauss, 1987) tartalomelemzési módszer lépéseit követve alakialakítottuk ki a kategóriarendszert. A lehorgonyzott-elmélet nem elméleti alapon, hanem a szövegben (jelen esetben az interjúkérdésekre adott válaszokban) megjelenő információból, adatredukcióval emeli ki a kulcsmondatokat és szavakat, és címkézi azokat kódnevekkel. A kódolási rendszer kialakítása során több független kódoló végzi el ezt a munkát, biztosítva a módszer megbízhatóságát.

A kategóriarendszer kialakítása során olyan kategóriákat kellett találnunk, amelyek egy magasabb absztrakciós szinten foglalják össze a válaszokban megjelenő sokszínűséget. Fontos szempont volt, hogy sem túl finom (túl sok), sem túl durva kategóriákat ne hozzunk létre, illetve hogy a kategóriák logikailag kimerítőek és egymást kölcsönösen kizáróak legyenek, vagyis ne legyenek átfedések egyes kategóriák között. A kidolgozott kategóriarendszer alapján kódoltuk az 56 vizsgálati személlyel (28 emlődaganatos, 28 egészséges, részletes bemutatást ld. alább) felvett interjút.

A kategóriarendszer kidolgozásának első lépésként az interjúk szöveges átírata alapján az interjúban szereplő kérdésekre adott válaszokat kiválogattuk és egymás alá tettük. Minden kérdésre (pl. Mit gondol, van-e az életének célja...?) a teljes hosszúságú válaszokat kiválasztottuk (pl. Hát, még nem gondolkodtam el ezen... de igen, végül is van célja...hogy felneveljem a gyermekeimet, hogy a férjemmel együtt legyek... és persze a munkám is nagyon fontos számomra... mindig szerettem tanárként dolgozni... és...hogy segíthessek azoknak, akiknek szüksége van erre...amennyire tudok) és lerövidítettük a kérdések szempontjából fontos válaszokra

3. táblázat. Az élet céljára és élet értelmére vonatkozó kategóriák (kódok) elnevezése és tartalma

Kategóriák elnevezése (kódok)	Kategóriák tartalma (példák az interjúkban előforduló válaszokra)
Van cél	
Család	A családuink szeretete. / A család fontos. / A családomnak a hasznára lenni. / Hát én végül is úgy érzem, hogy a család és az utódok.
Gyerek, gyerekevelés	Gyereket rendesen fölnevelni. / Kenyeret adni a gyerekeknek. / Felneveltem a gyerekeimet. / A gyerekeket tudjam segíteni. / Továbbadjam a tapasztalataimat a gyerekeknek. / Gyerekeimet hogyan tudom elindítani az életben. / Van unokám, lányom, akiknek szükségük van rám. / Gyerekeket felneveljem, legyen egy jó ember belőle. / Neveljük az utódjainkat is, őneik is legyen egy életük.
Szeretet, pozitív emberi kapcsolatok	A szeretet, a megértés. A haragot, a gyűlölködést mindenképpen ki kellene iktatni az életünkből. / Egy kedves mosoly, vagy ilyesmi. / Az emberek, akik körülvesznek. / A párommal egy ilyen igazán nagyon meghitt és boldog életet tudtunk élni.
Boldogság, jóllét	Próbáljuk ezt az életet, minél ... optimistábban, jobban leélni. / A Földön jól érezzük magunkat. / Szépen és kellemeesen élünk. / Nyugodt életünk legyen. / Jól érzem magam, amíg lehet. / Békesség. / A lehető legjobban éljük meg életet.
Élet maga, becsülni hogy élünk	Megszületünk, élünk. / Az a dolgom, hogy éljek. / Maga ez az út, amit megteszünk. / Értékeljük és megbecsüljük azt hogy élhetünk. / Szép, amit kapunk, az a gyönyörű táj, a virágok, ahogy süt a nap, ahogy megyek az utcán és átérzem ezeket a szép dolgokat.
Fejlődés, tapasztalás	Fejlődünk. / Végig járva a lépcsőfokokat mindig újabbakat lássunk és tanuljunk. / Kiteljesedés. / Hogy tanuljunk... tanulás. / Önmagunk megismerése, megtalálása. / Ahogy (másokon) segíték, úgy saját magam is fejlődök.
Küzdelem, jó megoldás keresése	Az ember célja a küzdés. / Küzdelem. / Csinálni kell egyik napot a másik után. / Végig kell csinálni. / Ami az én feladatam, azt jól megcsináljam. / Megoldjuk (a dolgokat) és ahogyan megoldjuk a dolgokat.
Maradandót alkotni	Maradandót alkossunk. / Olyasmit véghezvinni, amiről aztán a halálunk után is emlékezni fognak ránk. / Valami nagy dolgot csinálni.

Nem ártás	Ne ártsunk a másiknak. / Úgy éljünk, hogy ne kövessünk el nagy hibákat. / Más embereket ne vegyünk semmibe, csak azért mert ők mások, mint mi. / Nem tenni rosszat. / Szándékosan ne kövessünk el semmi rossz dolgot, inkorrektséget.
Szociális segítségi szándék, világ jobbatétele	(Olyat tenni) ami másnak a hasznára, segítségére, továbbjutására is válhat. / Hasznára tudok bárkinek is lenni. / A családomnak a hasznára lenni. / Lehetőségek szerint jó dolgokat elkövetni és ezzel alakítani vagy formálni a környezetünk. / Megmutatni és megtanítani dolgokat embereknek. / Valamit jobbitani a világon. / Úgy éljünk, úgy munkálkodjunk, legyen az egy hétköznapi, háztartási munka, legyen az egy alkotó szellemi munka, hogy ezzel jót hozzunk létre. / Az egész földgolyó úgy egy picit halad előre... és ebben egy kis részt vehetek.
Tisztesség, becsület egy közösség érdekében	Becsületesek legyünk. / Tisztelet. / Tisztességesen dolgozni. / Az ember éljen becsületesen, ha él.
Folytonosság biztosítása	A folytonosság biztosítása a családon keresztül. / Ha lenne gyerekeim, azt mondanám, hogy továbbvigyük saját magunkat. / Tovább kell vinni a nemzetet. / Hogy hagyok valamit magam után. / Továbbadjam a tapasztalatokat a gyerekeknek. / Fajfenntartás, a szaporodás. / A jövőt biztosítjuk. / Génállományunk tovább örökítése és minél biztosabb megjelenítése az utódban. / Az élet folytonosságának a fenntartása.
Egészség	Ne fájjon semmi. / Jó közérzet. / Ne legyen betegség. / Az, hogy meggyógyuljak. / Hosszabb ideig egészségben vagy viszonylagos egészségben és senkire rá nem szorulva éljek.
Munka	Dolgozzunk. / Tisztességesen dolgozni. / Az iskolában a munkámat, ahogy tőlem telik ellássam, hogy minél több, sok gyerek kerüljön ki, aki megszerette a nyelvet. / Előteremtsem a megélhetést. / Szerettem volna karriert csinálni, többet keresni.
Transzcendencia, hit	Fontos a hit. / Hitet előtérbe kell helyezni. / Vallás ad választ. / Jóisten van a középpontban, és az ő szeretete. / Figyelni, hogy ő (Jézus) mit szeretne, és annak megfelelően élni.
Anyagi jóllét	Hogy milyen körülményeket tudok magamnak biztosítani kényelmi szempontból. / Lehető legjobb körülményeket biztosítani magam és családom számára. / Anyagi javak.

Nincs cél	
Nincs	Globálisan nincsen célja (az életnek). / Nagyon távlati célja- im nincsenek. / Így nincs..., nincs értelme az életnek, mint ahogy, ahogy az emberek gondolják. / Engem ezek annyira nem érdekelnek.
Betegség miatt nincs	Amikor már az ember ilyen beteg, akkor már célokat nem tűz ki. / Most már olyan nagyon sok nem lehet. / A beteg- ség első éve, amikor azt mondtam, hogy nincs célja az éle- temnek... semmi ... semmi. / Amikor megtudtam, hogy rá- kos vagyok, úgy éreztem nincs semmi értelme az életemnek.
Nem tudja	Nem tudom. / Fogalmam nincs. / Ki tudja? / Sose gondol- kodtam azon, hogy mi célból élünk. / Úgy igazán nem gon- dolkozok ezen. / Ezt nem tudom megválaszolni.

(gyereknevelés, férj, munka, segíteni másoknak), és ezekből a rövid vála-
szokból készítettünk egy listát.

Ezeket a listákat többször átolvasta a kutatócsoport három tagja, és egy-
mástól függetlenül először aszerint csoportosították a válaszokat, hogy
van-e a vizsgálati személynek életcélja vagy sem, majd témakörönként is
csoportosították a válaszokat (pl. gyerek, férj, testvér), és a témakörök el-
nevezéséül a témakörbe tartozó fogalmak mindegyikét képviselő fogalmat
választottak (pl. család). A kategóriarendszer elemeit ezek a kialakult té-
maköröket képviselő absztrakt fogalmak alkották, melyeket a későbbiek-
ben kódokként alkalmaztunk.

A három függetlenül dolgozó munkatárs az interjú mindegyik kérdé-
sére kidolgozott egy hasonló kategóriarendszert, és miután konszenzusra
jutottak az eltérésekben, kidolgozták a végleges változatot. Közös meg-
egyezéssel a hatodik témakörrel (hit, transzcendencia, életcél, élet értelme)
kapcsolatos kérdésekre 54 kiemelkedő kategóriát állapítottak meg, ezen
belül az életcélra-élet értelmére vonatkozóan 19 kategóriát, melyeket a 3.
táblázat mutat be. Ezek a kategóriák szolgálták „kódok”-ként a témakör
tartomelemzése során. Itt kell megjegyeznünk, hogy mivel a vizsgálat-
ban résztvevők nem tudták megragadni a különbséget az életcélra- és élet
értelmére vonatkozó kérdések között, és pontosan ugyanazokat a válaszo-
kat adták a két kérdésre, ezt a két kérdést az elemzés során összevontuk,
és egy kérdésként (életcél) kezeltük őket.

2.3. Vizsgálati személyek

Vizsgálati csoportunk 31 emlődaganatos betegből és 35 egészséges személyből állt. Az emlődaganatos betegeket az Országos Onkológiai Intézet ambulanciáján és a nyíregyházi Napforduló szolgálaton keresztül, az egészséges kontrollszemélyeket újsághirdetéssel, levelezőlistákon és közösségi honlapokon keresztül folytatott elektronikus levelezéssel toboroztuk.

A Budapesten kezelt beteg vizsgálati személyek (27 fő) beszerzése az Országos Onkológiai Intézet munkatársainak segítségével történt. A belgyógyászati osztály ambulanciájára járó betegeket az orvosi vizsgálatra, illetve kezelésre való várakozás közben személyesen keresték fel a kutatócsoport tagjai, és szóban és írásban tájékoztatták őket a vizsgálatban való részvétel lehetőségéről, a vizsgálat céljáról és menetéről. Azokkal a betegekkel, akik beleegyeztek a részvételbe, egy későbbi időpontot egyeztetünk, amikor az interjú megvalósult. A kutatás ezen fázisában nagy segítséget jelentett a betegek kezelőorvosának és a kemoterápiás kezelő munkatársainak aktív segítsége, akik tájékoztatták a vizsgálatban való részvétel lehe-

4. táblázat. A vizsgálati személyek egészségi állapot, nem, életkor, szocio-ökonómiai helyzet és iskolai végzettség szerinti jellemzése

		Emlődaganatos csoport	Illesztett kontrollcsoport
Elemzés		28	28
Egészségi állapot		emlődaganatos	egészséges
Nem		nő	nő
Átlagéletkor (év)		53,4 (szórás = 9,8)	49,8 (szórás = 8,6)
Havi átlagjövedelem		87.500 HUF (szórás = 29.500 HUF)	103.800 HUF (szórás = 52.500 HUF)
Családi állapot	Elvált, egyedülálló	3 fő	5 fő
	Özvegy, egyedülálló	4 fő	2 fő
	Házasság	16 fő	17 fő
	Elvált, most élettársi kapcsolatban	2 fő	3 fő
	Élettárs	2 fő	0 fő
	Hajadon	1 fő	1 fő
	Jelenleg párkapcsolatban él összesen	20 fő	20 fő
Iskolai végzettség	Alapfokú	2 fő	1 fő
	Középfokú	14 fő	9 fő
	Felsőfokú	12 fő	18 fő

tőségéről azokat a betegeket is, akikkel a kutatócsoport tagjainak nem állt módjában személyesen találkozni. Ezekkel a betegekkel telefonon vettük fel a kapcsolatot és egyeztettük a személyes beszélgetés időpontját.

A nyíregyházi betegeket (4 fő) a Napforduló szolgálat munkatársainak segítségével szerveztük be a kutatásba. Ez a szolgálat daganatos betegek támogatásával foglalkozik, és az ott dolgozó munkatársak tájékoztatták klienseiket a kutatásban való részvétel lehetőségéről. Azokkal a betegekkel, akik jelezték részvételi szándékukat, a Napforduló szolgálat munkatársaival közösen egyeztettük az interjúk időpontjait.

Az emlődaganatos betegek közül 3 főt, a kontrollszemélyek közül 5 főt módszertani okokból (pl. egyéb súlyos betegség) utólag ki kellett zárni a vizsgálatból, majd a fennmaradó 30 kontrollszemély közül kiválasztottuk azt a 28-at, aki szocio-ökonómiai státusz szempontjából leginkább illeszkedett a végső mintában maradt 28 fő emlődaganatos beteghez. A 4. táblázat mutatja be az elemzésbe bevont 56 fő egészségi állapot, nem, életkor és szocio-ökonómiai státusz szerinti jellemzőit.

Kétmintás t-próba alapján nincs szignifikáns eltérés a két csoport között életkor és átlagjövedelem tekintetében. A családi állapot és az iskolai vég-

5. táblázat. Az emlődaganatos betegek betegségstípus és -stádium szerinti megoszlása (HR = hormon receptor)²

Betegség típusa	Betegség stádiuma	N
HR-negatív, HER2-negatív	kezdeti stádium	1
HR-negatív, HER2-negatív	előrehaladott	3
HR-negatív, HER2-pozitív	előrehaladott	1
HR-negatív, HER2-pozitív	kiújulás	1
HR-negatív, HER2-pozitív	kezdeti stádium	6
HR-pozitív, HER2-negatív	előrehaladott	4
HR-pozitív, HER2-negatív	kezdeti stádium	1
HR-pozitív, HER2-pozitív	előrehaladott	3
HR-pozitív, HER2-pozitív	kezdeti stádium	6
Nincs adat	előrehaladott	1
Nincs adat	kezdeti stádium	1

² A rosszindulatú emlődaganatos betegség kezelését alapvetően két faktor, a hormonreceptorok (HR) és a HER2-receptor kórszövetteni meghatározására alapozzuk. E sejtfel-színi receptor-típusok jelenléte – egyéb más tényező-k mellett – a betegség prognózisát is meghatározzák. Jelenlétük vagy hiányuk alapján 4 csoport képezhető, melyek mind a prognózis, mind a kezelés szempontjából eltérnek. Ezek: 1: HR-pozitív/HER2-negatív; 2: HR-pozitív/HER2-pozitív; 3: HR-negatív/HER2-pozitív; és 4: HR-negatív/HER2 pozitív (ún. „három negatív”) tumork lehetnek. A HR-negatív csoportok általában biológiai viselkedésüket tekintve agresszívebbek, rosszabb prognózisúak, mint a HR-pozitív csoportok.

zettség tekintetében a khi-négyzet próba alapján szintén nincs szignifikáns eltérés. A betegcsoport betegségtípus és -stádium szerinti megoszlását az 5. táblázat mutatja be. A táblázat adatai alapján megállapíthatjuk, hogy 15 vizsgálati személy a betegség kezdeti, 12 a betegség előrehaladott stádiumában volt, egy személynél pedig kiújult a betegség.

2.4. A vizsgálat és az adatfeldolgozás menete

A kutatás indításakor a kutatás tervezetét elfogadta az Országos Onkológiai Intézet kutatásetikai bizottsága. A vizsgálatban résztvevő személyeket előzetesen tájékoztattuk, és felkértük őket egy beleegyező nyilatkozat aláírására. A vizsgálatban résztvevő személyekkel egy alkalommal körülbelül másfél órás négy szemközti beszélgetést folytattunk, melyet diktafonra rögzítettünk. A betegcsoporttal az Országos Onkológiai Intézet, illetve a nyíregyházi Napforduló Szolgálat helyiségeiben, az egészséges kontrollcsoporttal pedig az ELTE Pszichológiai Intézetében, egy szombathelyi iskolában és egy nyíregyházi rendelőben vettük fel az interjúkat.

A kategóriarendszer kidolgozása után az Atlas-ti tartalomelemző program (Muh, 1997) segítségével kódoltuk le a szövegeket. Mindegyik interjúrészt két független kódoló kódolta végig. A kódolás megkezdése előtt a kódolók ugyanazokat az instrukciókat kapták, illetve a kódolás áttekinthetősége érdekében és a kódok értelmezéséhez segítségként egy összetett kódolási segédletet kaptak. 5-5 interjú próbakódolása után a kutatócsoport tagjai és a kódolók megbeszéltek az esetlegesen felmerülő kérdéseket, majd az összes interjúszöveg lekódolásra került. A két független kódoló életcél-témakörben kapott megítélők közötti megbízhatósága, a Cohen-Kappa értéke ($\kappa = 0,98$), kiváló volt.

Az interjúk lekódolásával kívántuk feltérképezni azt, hogy az egészségesek és betegek az egyes válaszkategóriákat milyen gyakran említették. Az is célunk volt, hogy megnézzük, hogy az egyes válaszkategóriák mentén van-e különbség a két csoport között. Ezért a szövegek Atlas-ti segítségével való kódolása után az adatokból SPSS-outputot készítettünk, mely azt tartalmazta, hogy az egyes személyek válaszaik során mely válaszkategóriákat említették. Tehát az interjúkban előforduló kódokra vonatkozóan egy összefoglaló gyakorisági (kontingencia) táblázatot kaptunk, amely áttekinthetővé tette az adatokat, és előkészítette az adatok statisztikai feldolgozását.

3. Eredmények

3.1. Életcélra és élet értelmére vonatkozó válaszok

Az alábbiakban az egészségesek és betegek életcélra és élet értelmére vonatkozó válaszkategoriákban előforduló válaszsámait, és az egészséges, illetve betegcsoport válaszsámainak összehasonlítását mutatjuk be. Az interjú során a kérdésfeltevéseket követően a vizsgálati személyek tetszőlegesen hosszan válaszolhattak az aktuális kérdésre. Egy kérdésre tehát összetett válaszok is születhettek, ami a kódolás szempontjából azt jelenti, hogy egy kérdésre vonatkozóan több kategóriában is adhattak párhuzamosan választ. Tehát például a „Mit gondol, van-e az életnek célja, és ha igen, mi?” kérdésre kezdhették így a válaszádat: „Nem tudom...” majd folytatták azzal, hogy „talán.... a gyerekeim felnevelése a célom...”.

Azok a válaszadók, akik a „Nincs életcélja”; „Betegség miatt nincs életcélja”; „Nem tudja” válaszokat adták, általában mindig adtak legalább egy olyan további választ is, hogy valamelyik „Igen” kategóriában talált értelmet, célt életének. Összesen két vizsgálati személy (1 egészséges, 1 beteg) volt, aki csak a „Nem” válaszok valamelyikét adta. A 6. táblázat mutatja be az életcél kérdéskörre vonatkozó válaszsámokat csoportonkénti bontásban, valamint a csoportok közötti összehasonlítás statisztikai eredményeit.

A betegek összesen 81 lekódolható választ adtak erre a kérdésre, míg az egészségesek 73-at, a khi-négyzet próbák kiszámolásánál ezeket az értékeket vettük figyelembe. Átlagosan egy beteg vizsgálati személy tehát 2,89 (szórás = 1,34), míg egy egészséges vizsgálati személy 2,60 (szórás = 1,19) választ adott. A táblázatból kiolvashatjuk azt is, hogy a leggyakoribb válasz a cél megtalálására a „Gyerek, gyereknevelés” (12, illetve 10 említésszámmal) témája, majd következett a „Boldogság, jóllét” kategóriája 10, illetve 9 válaszszámmal, majd a „Család”, melyet 9 beteg és 6 egészséges személy említett. A khi-négyzet statisztikák eredményei alapján egyik kategória mentén sincsen szignifikáns különbség a két csoport közötti válaszgyakoriságokban.

A statisztikai elemzés következő lépése a változók számának csökkentése volt. Mivel nem állt rendelkezésünkre megfelelő számú adat faktoranalízis végrehajtásához, a közös tartalommal rendelkező kategoriákat csoportosítottuk, „főkategoriákat” hoztunk létre. Ezeket szintén a három függetlenül dolgozó munkatárs alakította ki. Azokat a kategoriákat csoportosították egy főkategoriába, amelyek olyan központi fogalmi-tartalmi jelentéssel bírtak, amelyet a főkategória absztrakciós szintjén is megfelelően le lehetett írni. Például a „Család”, „Gyerek, gyereknevelés” és „Szeretet,

6. táblázat. Az emlődaganatos betegek és az egészséges, illesztett kontrollszemélyek életcél kérdéskörre vonatkozó válaszszámai és a csoportok közötti összehasonlítás (Khi-négyzet próba) eredményei

	Emlő- daganatos csoport	Illesztett kontroll- csoport	Khi- négyzet	Szign.
Van cél				
Család	9	6	0,365	0,545
Gyerek, gyerekevelés	12	10	0,039	0,843
Szeretet, pozitív emberi kapcsolatok	5	4	0,026 Y	0,871
Boldogság, jóllét	10	9	0,001	0,974
Élet maga, becsülni hogy élünk	4	0	2,006 Y	0,156
Fejlődés, tapasztalás	2	5	0,838 Y	0,359
Küzdelem, jó megoldás keresése	4	4	0	1
Maradandót alkotni	2	3	0,014 Y	0,905
Nem ártás	4	2	0,082 Y	0,774
Szociális segítési szándék, világ jobba tétele	4	6	0,248 Y	0,618
Tisztesség, becsület egy közösség érdekében	2	3	0,014 Y	0,905
Folytonosság biztosítása	5	7	0,624	0,429
Egészség	4	3	0,02 Y	0,887
Munka	2	4	0,299 Y	0,584
Transzcendencia, hit	2	2	0	1
Anyagi jóllét	3	2	0,014 Y	0,905
Nincs cél				
Nincs	0	1	0,003 Y	0,956
Betegség miatt nincs	5	0	-	-
Nem tudja	2	2	0	1
Összesen (khi-négyzethez)	81	73	-	-

Y = Yates-féle korrekcióval

pozitív emberi kapcsolatok” kategóriákat a „Tartalmas emberi kapcsolatok” főkategóriába vonták össze. A kategóriák csoportosítása során létrehozott főkategóriákat a 7. táblázat mutatja be.

A főkategóriák összevonásával párhuzamosan az adattáblánkat is át kellett alakítani. Ugyanis az adatelemzésnek ebben a szakaszában arra voltunk kíváncsiak, hogy egy vizsgálati személy válaszaiban az egyes főkategóriák

7. táblázat. Az interjúk életcéllal kapcsolatos válaszainak tartalomelemzése során használt kategóriák (kódok) és az összevonásukkal kapott főkategóriák.

Főkategóriák	Kategóriák (kódok)
Tartalmas emberi kapcsolatok	Család Gyerek, gyereknevelés Szeretet, pozitív emberi kapcsolatok
Személyes fejlődés	Boldogság, jóllét Élet maga, becsülni hogy élünk Fejlődés, tapasztalás Küzdelem, jó megoldások keresése
Társadalmi elkötelezettség	Maradandót alkotni Nem ártás Szociális segítési szándék, világ jobba tétele Tisztesség, becsület egy közösség érdekében Folytonosság biztosítása
Nem csoportosítható kategóriák	Egészség Anyagi jóllét Transzcendencia, hit Munka Nem besorolható
Nincs cél	Nincs (cél) Betegség miatt nincs (cél) Nem tudja

megjelentek-e. Nem adhattuk össze egyszerűen az egyes kategóriák adatait, hiszen előfordult, hogy egy személy egy főkategóriába tartozó több kategóriát is említett válaszaiban. Például előfordulhatott, hogy a „Család” kategóriával párhuzamosan a „Gyerek, gyereknevelést”, vagy a „Boldogság, jóllét” kategóriával együtt a „Fejlődés, tapasztalás” kategóriát is említette egy személy. Azokban az esetekben, amikor egy főkategóriában egy személy több választ adott, vagyis nyers adatainak összeadása 1-nél nagyobb számot eredményezett, a főkategóriában megjelenő válaszsám 1 lett. Ezután az átalakítás után a dichotóm adatokat tartalmazó adattáblánk (8. táblázat) azt mutatja meg, hogy egy-egy főkategóriát hány személy említett válaszaiban.

A nyolc főkategóriában az összesített válaszsám 124, az emlődaganatos betegeknél 65, az egészséges kontrollszemélyeknél 59 választ lehetett elkülöníteni. A legmagasabb válaszsámot (21) az emlődaganatos csoportban a kitétetett társas kapcsolatok kapták, ez azt jelenti, hogy a 28 beteg személy közül 21 említette spontán módon a társas kapcsolatokat mint életcél. Az emlődaganatos csoportban a következő válasz fontossági sorrendben a

8. táblázat. Az emlődaganatos és egészséges személyek főkategóriák szerint csoportosított válaszszámai, valamint a két csoport főkategóriák szerinti válaszszámainak statisztikai összehasonlítása

Főkategóriák	Emlődaganatos csoport válaszai (Hányan említették ebbe a főkategóriába sorolható választ)	Kontroll csoport válaszai (Hányan említették ebbe a főkategóriába sorolható választ)	Khi-négyzet	Szign.
Személyes fejlődés	14	14	0	1
Kitüntetett társas kapcsolatok	21	16	0,40	0,527
Társadalmi elköteleződés	12	15	0,88	0,348
Anyagi jóllét	3	2	0,12 Y	0,729
Egészség	4	3	0,07 Y	0,791
Munka	2	4	0,92	0,338
Transzcendencia, hit	2	2	0	1
Nincs életcélja	7	3	1,35	0,245
Összesen (Khi-négyzethez)	65	59	-	-
Y = Yates-féle korrekcióval				

személyes fejlődés, majd a társadalmi elköteleződés, ezután jönnek lényegesen alacsonyabb pontszámmal a többi főkategória pontszámai.

Az egészséges kontrollszemélyek is a társas kapcsolatokat említették spontán módon a leggyakrabban mint fontos életcél (a 28 kontrollszemély közül 16 említette). Fontossági sorrendben a következő említett aspiráció a társadalmi elköteleződés, ezután következik a személyes fejlődés, majd itt is jóval lemaradva a további főkategóriák. Az egyes főkategóriákra kapott pontszámokat a csoportok alapján khi-négyzet próbával összehasonlítva sehol sem kaptunk szignifikáns eltérést.

3.2. Eredményeink összevetése az Aspirációs Index alszámaival

Bár elsődleges kutatási célunk az interjúmódszerrel kapott eredményeink elemzése volt, fontosnak tartottuk, hogy eredményeinket, amennyiben ez lehetséges, összevessük előző kutatások eredményeivel. Ezért a főkategóriák létrehozása után összehasonlítottuk főkategóriáinkat az Aspirációs

Index alskáláival. Bár ez az összehasonlítás nem kapcsolódik szorosan a kutatási kérdésünkhöz, mégis az összevetés kapcsán tapasztaltakat érdekesnek tartjuk bemutatni.

3.2.1. Mindkét mérőeszközben megjelenő alskálák / főkategóriák

A „grounded theory” módszerével kidolgozott kategóriarendszerünk összevonása során kapott főkategóriák a kérdőíves módszer (Aspirációs Index, AI) alskáláival jelentős egyezést mutatnak. Ebből azt a következtetést vonhatjuk le, hogy a kérdőíves alskálák is ugyanazt a lényegyet ragadják meg, mint az interjúmódszerünk, ugyanakkor vannak olyan kategóriák is, amelyek csak a tartalomelemzés során jelennek meg. Azt tapasztaltuk, hogy az Aspirációs Index hét alskálájából ötöt egyértelműen elkülöníthetünk saját kategóriarendszerünkön belül is. Kategóriáink és főkategóriáink elnevezése is nagyon hasonlóan mutatkozott az Aspirációs Index alskáláinak elnevezéseivel (9. táblázat).

Ezután, az Aspirációs Index és a KSI-Edb összevethetőségének eldöntése érdekében megvizsgáltuk, hogy mi az Aspirációs Index azon alskáláit alkotó tételeinek a tényleges tartalma, amelyek megjelentek a mi kategóriarendszerünkben is. A 9. táblázatban az AI skáláit és tételeit, valamint a KSI-Edb kategóriáit és azok tartalmát állítjuk párhuzamba. Láthatjuk, hogy az Aspirációs Index fenti öt kategóriájának a tartalma a lényeges pontokon nagyrészt megegyezik a KSI-Edb kategóriáival.

3.2.2. Csak az interjúmódszerben vagy AI-ben megjelenő alskálák / főkategóriák

Van azonban az AI-nek két olyan alskálája (10. táblázat), amelyeket nem tudtunk elkülöníteni saját interjú-adataink elemzése során: a „Jó megjelenés” és „Hírnév” aspirációkat spontán módon egyáltalán nem említették a vizsgálatban résztvevő személyek. Másrészt viszont több olyan választ és főkategóriát kaptunk (transzcendencia, hit; munka, teljesítmény; nincs életcélja; betegség miatt nincs életcélja; nem tudja), amelyeket az 1996-os Kasser és Ryan-féle Aspirációs Index nem tartalmazott.

Fontosnak tartjuk megjegyezni, hogy Kasser már 1996-ban továbbfejlesztette az Aspirációs Indexet, és hozzáadta a „Spiritualitás” alskálát is, mely az Aspirációs Index legújabb változatát felhasználó kutatás (Grouzet és mtsai, 2005) alapján egyértelműen elkülönül mind az Intrinzik, mind pedig az Extrinzik alskála-csoportoktól. Elképzelhető, hogy a KSI-Edb „Transzcendencia, hit” kategóriája ezzel az alskálával lenne párhuzamba állítható.

A „Munka, teljesítmény” aspiráció sem jelent meg önálló alskálaként az Aspirációs Indexben, csak a „Társadalmi elkötelezettség” alskálának van a

9. táblázat. Az Aspirációs Index skálái és tételei, valamint a KSI-Edb kategóriái és azok tartalma

Aspirációs Index	KSI-Edb kategóriarendszere
Tartalmas emberi kapcsolatok Érezem, hogy vannak emberek, akik szeretnek, és viszont szeretem őket. Mély, tartós kapcsolataim legyenek.	Kitüntetett társas kapcsolatok Család (pl. Családunk szeretete.) Gyerek, gyereknevelés (pl. Felneveltem a gyerekeimet. / A gyerekeket tudjam segíteni.) Szeretet, pozitív emberi kapcsolatok (pl. A szeretet, a megértés.)
Személyes növekedés Fejlődjek, és új dolgokat tanuljak. Ismerjem és elfogadjam valódi önmagam.	Személyes fejlődés Boldogság, jóllét. (pl. A lehető legjobban éljük meg az életet. / Élet maga, becsülni hogy élünk. / Maga ez az út, amit megteszünk. / Értékeljük és megbecsüljük azt hogy élhetünk.) Fejlődés, tapasztalás (pl. Végig járva a lépcsőfokokat mindig újabbakat lássunk és tanuljunk. / Kiteljesedés. / Hogy tanuljunk. / Tanulás. / Önmagunk megismerése.) Küzdelem, jó megoldás keresése (pl. Megoldjuk a dolgokat, és ahogyan megoldjuk a dolgokat.)
Társadalmi elkötelezettség Munkámmal is hozzájáruljak, hogy a világ jobb legyen. Segítsek másoknak jobbra tenni az életüket.	Társadalmi elköteleződés Maradandót alkotni (pl: Maradandót alkossunk.) Nem ártás (pl. Más embereket ne vegyünk semmibe, csak azért mert ők mások, mint mi.) Szociális segítési szándék, világ jobbra tétele (pl. Olyat tenni, ami másnak a hasznára, segítségére, továbbjutására is válhat.) Tisztesség, becsület egy közösség érdekében (pl. Becsületesek legyünk. / Tisztességesen dolgozni.)
Egészség Elkerüljenek a betegségek. Fizikailag egészséges életstílust folytassak.	Egészség Ne fájjon semmi. Jó közérzet. Hosszabb ideig egészségben, vagy viszonylagos egészségben és senkire rá nem szorulva éljek.
Gazdagság Pénzügyeim sikeresek legyenek. Gazdag legyek.	Anyagi jóllét Hogy milyen körülményeket tudok magamnak biztosítani kényelmi szempontból. / Anyagi jóllét.

munkára vonatkozó tartalma, mely alszála az AI értelmezésében egyike az Intrinzik aspirációkra vonatkozó alszála. A KSI-Edb kategóriarendszerének kialakításakor azonban a munkával kapcsolatos válaszcsoportban a válaszok között megtalálhatók voltak a munkával és teljesítmény-

nyel kapcsolatos mind belső, mind pedig külső motivációs mozgatórugók (pl. A munkám is nagyon fontos számomra... mindig szerettem tanárként dolgozni. / Előteremtsem a megélhetést. / Szerettem volna karriert csinálni, többet keresni...). A „Munka” kategóriát tartalmi összetettsége miatt tehát nem tudtuk egyik főkategóriába sem bevonni, sőt, a későbbiekben sem az extrinzik, sem pedig az intrinzik dimenziók egyikébe sem tudtuk besorolni.

A továbbiakban, az AI-hez hasonlóan, a KSI-Edb főkategóriáit is csoportosítottuk extrinzik-intrinzik dimenziók mentén, amennyiben a besorolás egyértelműnek bizonyult. A fennmaradó (pl. munka, transzcendencia, hit) kategóriákat nem értelmeztük az extrinzik-intrinzik dimenziók mentén. A három intrinzik kategória összesített pontszáma az emlődaganatos betegcsoportban 47, a kontrollszemélyeknél 45 (10. táblázat). Az extrinzik aspirációk esetében az emlődaganatos csoportban 3, az egészséges kontrollcsoportban 2 a megjelenő pontszám. A csoportok közötti khi-négyzet próbával történő összehasonlítás itt sem hozott szignifikáns eredményt, viszont az egyes csoportokon belül az intrinzik és extrinzik célok megjelenésének gyakorisága között jelentős eltérést tapasztaltunk.

10. táblázat. Az emlődaganatos és egészséges kontrollszemélyek válasz-számai az egyes főkategóriákban és intrinzik-extrinzik csoportosításban

Aspirációs Index	KSI-Edb Főkategóriák	Emlődaganatos csoport válaszai	Kontrollcsoport válaszai
Személyes növekedés	Személyes fejlődés	14	14
Tartalmas emberi kapcsolatok	Kitüntetett társas kapcsolatok	21	16
Társadalmi elkötelezettség	Társadalmi elköteleződés	12	15
Gazdagság	Anyagi jóllét	3	2
Hírnév	-	-	-
Jó megjelenés	-	-	-
Egészség	Egészség	4	3
-	Munka	2	4
-	Transzcendencia, hit	2	2
-	Nincs életcélja	7	3
Intrinzik célok		47	45
Extrinzik célok		3	2

A betegcsoporton belül több mint 15-, az egészségeseknél pedig több mint 17-szerese az intrinzik főkategóriákba tartozó válaszsám az extrinzik főkategóriákba tartozó válaszsámoknak. Ha nem a főkategóriák összegvont adatait, hanem az elemzés első lépcsőjében alkalmazott kategóriákba tartozó értékeket néznénk, akkor azt tapasztaljuk, hogy az intrinzik életcélok (tartalmas emberi kapcsolatok, személyes fejlődés, társadalmi elköteleződés) alkották a válaszok 77,7, illetve 80,8%-át a beteg, illetve az egészséges csoportban, míg az extrinzik életcélok (gazdagság) csak a válaszok 3,7, illetve 2,7%-át alkották. Az arra vonatkozó válaszok, hogy a betegeknek, illetve egészségeseknek nincs életcélja 7, illetve 3%-ban voltak jelen; míg az egészség, munka és transzcendencia, hit kategóriák 4,9, illetve 4,1; 2,4 és 5,4; valamint 2,4 és 2,7%-ban voltak jelen a két vizsgálati csoport válaszaiban.

Az Aspirációs Index esetében az extrinzik és intrinzik skálák összevetésére az aspirációs mutatót számolják ki (intrinzik alszála értékéből kivonják az extrinzik alszála értékét). Mi itt ezt nem tudtuk kiszámolni, a spontán módon megfogalmazott intrinzik és extrinzik főkategóriákra vonatkozó említési gyakorisága közötti eltérésre khi-négyzet próbát számoltunk, mely alapján szignifikáns különbség mutatkozik az intrinzik életcélok javára mind a beteg (47 intrinzik, 3 extrinzik cél; khi-négyzet = 38,72; df = 1; $p < 0,001$), mind pedig az egészséges kontrollcsoportban (45 intrinzik-, 2 extrinzik cél; khi-négyzet = 39,34 ; df = 1; $p < 0,001$).

4. Megbeszélés

4.1. Az emlődagatanos betegek és egészséges kontrollszemélyek válaszaik összehasonlítása

Eredményeink alapján nincs különbség az egészségesek és a betegek között az életcélra és élet értelmére vonatkozó válaszok mentén. Adatainkat az elméleti bevezetőben bemutatott kutatásokkal (Coward, 1996; Coward, 2003; Crumbaugh, 1968; Jonsén és mtsai, 2010; Klaas, 1998; Lee és mtsai, 2006; Nygren és mtsai, 2005; Pinquart és mtsai, 2009; Sarvimaki & Stenbock-Hult, 2000; Schulenberg, 2004; Zilka & Chamberlain, 1992) összevetve azt tapasztaljuk, hogy saját interjú-eredményeinkkel összhangban az élet értelmességét / életcél méréskérdőívvel (PIL) kapott eredmények nem térnek el lényegesen az egészségesek és daganatos betegek esetében. Vajon milyen tényezők állhatnak ennek az eredménynek a hátterében?

Egyrészt elképzelhető, hogy a Baltes és Baltes (1990) által megalkotott, sikeres idősödésre vonatkozó szelekció-optimalizáció-kompenzáció elmé-

letéhez (Baltes, 1997) hasonlóan a daganatos betegek is a saját lehetőségeikhez alkalmazkodva tűznek ki a maguk számára fontos célokat. A célok elérése érdekében pedig új készségeket, képességeket fejlesztenek ki, és a meglévő, mozgósítható erőforrásaikat használják. A modell szerint az életkor előrehaladta – esetünkben a betegség – miatti veszteségekkel való szembenézés mellett sikeresen meg is küzdenek az új helyzet jelentette kihívásokkal (Kaszás & Tringer, 2010).

Reed öntranszcendencia-elmélete (Ellerman & Reed, 2001) szerint az egyénnek van egy alapvető fejlődési képessége, amikor jelentős életeseeményekkel szembesül. Az elmélet az egyén azon képességét hangsúlyozza, hogy saját belső, interperszonális és transzperszonális korlátain túl tud lépni például egy adott élethelyzetben. Egy olyan életet fenyegető élethelyzetben, mint az emlődaganat, Coward (1990, 1991) egy középkorú női mintán összefüggést talált az öntranszcendencia és a lelki egészség között.

Elképzelhető, hogy a fenti mentális egészséget védő mechanizmusok működése eredményezi azt, hogy az életcélok / élet értelme dimenziókban az emlődaganatos betegekkel folytatott interjúk hasonló eredményeket adtak, mint az egészséges kontrollszemélyekkel folytatott interjúk. Azt is érdemes ugyanakkor végiggondolni, hogy vajon csak a daganatos / emlődaganatos betegek esetében tapasztalható-e ez az összefüggés? Elképzelhető, hogy a daganatos betegségekkel való megküzdési mód velejárója az egészségesekkel megegyező PIL-pontszám, és más betegségek esetében másképp alakulna a kép. Például Lyon és Younger (2001) 123 HIV-fertőzött betegeknél (átlagéletkor 37 év, 20% nő) 90,3-as, tehát a populációs átlagoknál és az emlődaganatosoknál érdemben alacsonyabb PIL-átlagpontszámot kapott.

Bár az egészségesek és daganatos betegek életcélra / élet értelmére vonatkozó átlagpontszámai között a szakirodalom nem mutat különbségeket, mégis mindkét csoportra vonatkozó összefüggés mutatkozik például az intrinzik aspirációk, világos értelem / céltalálás, valamint a jobb testi-lelki állapot között. Tehát mindenképpen érdemes az átlagértékeknél távolabbra tekinteni, és elősegíteni a betegek egyéni fejlődését az intrinzik aspirációk, értelem- és céltalálás dimenziókban.

4.2. Életcél és élet értelme

Kutatásunk egyik eredménye, hogy a vizsgálatunkban szereplő személyek az interjúhelyzetben nem tudtak különbséget tenni az „életcél” és „élet értelme” fogalmak között. Általában ugyanazt válaszolták mindkét kérdésre, vagy azt mondták, hogy válaszuk ugyanaz lenne, mint az előző kérdésre.

A válaszadók egy része pedig zavarba jött, mert azt gondolta, az ő hibája, hogy nem tud különbséget tenni a két fogalom között. Az alábbiakat figyelembe véve talán nem meglepő, hogy vizsgálati személyeink válaszaiból nem különült el az „életcél” és „élet értelme” dimenzió.

Crumbaugh és Maholick Életcél Kérdőíve a Frankl által megfogalmazott „értelmesség” konstruktumot szeretné feltérképezni. Ennek egyik része az életcélokra vonatkozik, valamint az elkerülhetetlen helyzetekhez való hozzáállásra. A kérdőív tételei a következőkre vonatkoznak: az egyén életcéljainak a világossága, az élet értékéhez és a halálhoz való viszonyulás, az unalom, a jelenben való elmerülni tudás, a kontroll-érzés és az énhatékonyság érzés. Rahe és Tolles (2002) kérdőívének egyik alskálája (Konkolý Thege és mtsai, 2008; Skrabski és mtsai, 2006) Antonovsky (1996) szalutogenezis-modelljének koherencia-konceptiójához hasonló fogalmat vizsgál, mely fogalom fontos része, hogy az egyénnek helye és szerepe van a világban és a társadalomban, és hogy az események, melyeket megél, értelemmel teliek, olyan kihívások-e, amelyeket az egyén képes megoldani. A koherencia másrészt az egyén beállítódása saját magával és a világgal szemben, és annak a tudatnak a megélése, hogy az események kiszámítható és befolyásolható módon működnek. Összefoglalva tehát a különböző szerzők által az élet értelmességének fogalomkörébe sorolt fogalmak: életcélok, bizonyos helyzetekkel szembeni attitűdök, az élethez és halálhoz való hozzáállás, az unalom, jelenben való elmerülni tudás, kontroll- és énhatékonyság-érzés, az egyén helye a világban.

A KSI-Edb életcélra és élet értelmességére vonatkozó válaszaiban a fenti fogalmak közül csak az életcélok jelentek meg világosan elkülöníthető módon. Vizsgálati személyeink tehát a többi fogalmat nem említették spontán módon ennél a kérdéskörnél, vagyis ők az interjúhelyzet során az életcél és élet értelmessége fogalmakat a hosszú távú aspirációkkal azonosították.

4.3. Interjúnk eredményeinek összevetése az eddigi magyar, életcéllal kapcsolatos kutatási eredményekkel

Az interjú életcéllal és élet értelmességével kapcsolatos kérdéseire adott válaszok eredményeit az eddigi, magyar mintán az Aspirációs Index több változatával végzett kutatások eredményeivel összehasonlítva a következőket állapíthatjuk meg. Az Aspirációs Index extrinzik alskáláinak nem mindegyike jelent meg az általunk vizsgált mintában. Míg az Aspirációs Index extrinzik alskálái között szerepel a gazdagság, hírnév és jó megjelenés, az interjúk tartomelemzése során mindössze egy extrinzik kategória, az anyagi jóllét jelent meg, az is minimális válaszadási aránnyal.

Az extrinzik és intrinzik célok egymáshoz viszonyított arányát megfigyelve azt láthatjuk, hogy a magyarországi, önkitöltős kérdőívet alkalmazó kutatások is magasabb pontszámot hoztak az intrinzik, mint az extrinzik célokra (V. Komlósi és mtsai, 2006, 242. o.). Saját mintánkban is az intrinzik életcélok kapnak elsődlegesen kiemelt szerepet, de míg az önkitöltős kérdőívet alkalmazó kutatásokban az intrinzik életcélok összesített értékei kevesebb, mint másfélszeresei az extrinzik életcélok összesített értékeinek, addig a KSI-Edb-re adott válaszok alapján a betegeknél több, mint 15, az egészségeseknél pedig több, mint 17-szerese az intrinzik főkategóriákba tartozó válaszsám az extrinzik főkategóriákba tartozó válaszsámoknál. Ha nem a főkategóriák összevont adatait, hanem az elemzés első lépcsőjében alkalmazott kategóriákba tartozó értékeket néznénk, akkor ez az arány még magasabb. Felvetődik a kérdés, hogy vajon mi állhat ennek a különbségnek a hátterében? Több lehetséges magyarázatot veszünk fontolóra a továbbiakban.

Az intrinzik életcélok jelentős szerepet kapnak egy olyan kiemelt, életet veszélyeztető életszakaszban, mint a daganatos megbetegedés. Stiefel és munkatársai (2008) kérdőíves módszerrel száz daganatos beteget vizsgáltak. A vizsgálati személyek a betegségdiagnózis szempontjából heterogén csoportot alkottak, és a száz főből 80 fő ambuláns beteg-, 20 fő pedig hospice-ellátásban részesülő páciens volt. A kutatás eredményei szerint a daganatos betegek nagyobb jelentőséget tulajdonítottak az olyan intrinzik életcéloknak, mint a társas kapcsolatok, és jelentősen kevesebbre értékelték az olyan extrinzik célokat, amelyek a materiális világhoz kötődtek, mint például az anyagiak.

Ezen eredmények alapján valóban feltételezhető lehetne, hogy a mintánkban tapasztalt eltolódást az intrinzik életcélok irányába maga a betegség okozza, azonban jelen mintánkban nemcsak a daganatos, de az egészséges személyek is kiemeltebb jelentőséget tulajdonítottak az intrinzik céloknak, mint a korábbi magyar kvantitatív mintákon. Mindkét almintán egyformán magas volt az intrinzik célok megjelenési aránya a jelen vizsgálatban, és az extrinzik és intrinzik célok válaszarányai között sincs különbség az egészséges és a beteg válaszadók között.

Az intrinzik életcélok nagyobb arányú előfordulásában szerepet játszhat mintánk neme és életkora is. Láthatjuk V. Komlósi és munkatársai (2006) eredményeiben, valamint Martos és munkatársai (2006) 1. mintájában, hogy nőknél szignifikánsan magasabb az intrinzik aspirációk fontossága, mint férfiaknál. Szondy (2004) és Schmuck (Martos és mtsai, 2006) eredményei pedig azt támasztják alá, hogy az intrinzik életcélok összefüggése a mentális jóllét mutatóival az életkorral nő. De ennek az összefüggésnek ellenére az intrinzik aspirációk fontossága emelkedett ki az extrinzik as-

pirációkkal szemben mind Szondy serdülőkkel végzett, mind pedig V. Komlósi és munkatársai (2006) (nők átlagéletkora 29,1 év), illetve Martos és munkatársai (2006) (nők átlagéletkora az 1. mintában 27,6 év, a 2. mintában 33 év) által végzett kutatásokban, mind pedig a jelen kutatásban, ahol a vizsgálati személyek átlagéletkora az emlődaganatos betegekénél 53,4 év, egészséges kontrollszemélyeknél pedig 49,8 év volt.

Feltehetőleg a válaszadók neme szerepet játszik abban, hogy javarészt intrinzik életcélokat említettek spontán módon, azonban az extrinzik és intrinzik életcélok megjelenési aránya között a különbség olyan jelentősnek tűnik, hogy a nem csak részben igazolhatja ezt az eltérést. Azt valószínűsítjük ezért, hogy ebben a kutatásban az intrinzik életcélok ilyen mértékű dominanciáját az eltérő vizsgálati módszerek okozzák. Feltételezhető, hogy egy interjúhelyzetben, ahol a „Mi a célja-értelme az életnek” kérdéssel szembesülnek a vizsgálatban résztvevők, a legfontosabb, intrinzik életcélok említése után már nem tartják fontosnak vagy említésre érdemesnek a számukra kisebb motivációs erővel bíró extrinzik életcélokat. Ha viszont egy Likert-skálával találkoznak, kisebb a valószínűsége annak, hogy „egyáltalán nem fontos”-ként jelöljenek meg bizonyos szempontokat, mint például a jó megjelenés.

Kérdőívünk és az Aspirációs Index kategóriáinak és skáláinak tartalmában a jelentős mértékű egyezések mellett a különbségek, valamint az extrinzik-intrinzik dimenziók arányában a különbségek abból is eredhetnek, hogy a fent említett önkitöltős kérdőívek tételei és skálái teoretikus alapon lettek kidolgozva, míg interjúnk kategóriarendszerének kidolgozása nem teoretikus alapon, hanem a vizsgálati személyek válaszai alapján történt. Tehát míg az élet értelmessége és életcél fogalmakra vonatkozó elméletek számos más fogalmat tartalmaznak, addig a vizsgálati mintánkba tartozó beteg és egészséges személyek egyes válaszkategóriákba tartozó válaszgyakorisága azt sugallja, hogy a vizsgálati személyek az életcél és élet értelmessége fogalomkörbe uralkodó mértékben az intrinzik életcélokat sorolják.

Még azt is megjegyeznénk, hogy az adatok személyes kontaktus során történő gyűjtése következtében előfordulhatott, hogy bizonyos mértékben az interjúztató pszichológussal és az interjúhelyzettel szembeni megfelelési vágy is közrejátszott az extrinzik életcélok kisebb arányú megjelenésében, hiszen azoknak az intrinzik életcéloknál sokkal kevésbé pozitív a társadalmi megítélése.

Azt is fontosnak tartjuk kiemelni, hogy kisebb motivációs erejük ellenére az extrinzik életcéloknak is jelentős szerepe van az életünkben, gondoljunk például a szocioökonómiai státusz egészséggel (Kopp, 2007; Mackenbach és mtsai, 2008; Marmot, 2006), jólléttel, valamint a daganatos betegségek

megjelenési és mortalitási rátájával való összefüggéseire. Az extrinzik élet-célok jelenlétét és viszonylagos fontosságát V. Komlósi és munkatársai (2006), valamint Martos és munkatársai (2006) eredményei is alátámasztják, hiszen a vizsgálataikban résztvevők fontosnak tartották ezen aspirációk pontozását is. Azt is fontolóra vehetjük, hogy mennyiben kaptunk volna más eredményeket, ha vizsgálati személyeink más társadalmi-gazdasági közegbe tartoztak volna.

4.3.2. A skálák fontossági sorrendje az egyes kutatásokon belül

A tartalomelemzés során kapott skálák fontossági sorrendje hozzávetőlegesen megegyezik mind a 35-, mind pedig a 14-tételes Aspirációs Index adataival. Az alábbi, 11. táblázat mutatja a különböző női mintákon ka-

11. táblázat. Az életcéllal kapcsolatos aspirációk fontossági sorrendje nőknél, különböző magyar mintákon végzett kutatásokban

35-tételes AI; V. Komlósi és mtsai, 2006; nők	14-tételes AI; Martos és mtsai, 2006; 1. minta, nők	14-tételes AI; Martos és mtsai, 2006; 2. minta nők	KSI-Edb 2010 Emlődaganatos csoport, nők	KSI-Edb 2010 Egészséges kontroll csoport, nők
egészség	kapcsolatok	kapcsolatok	kitüntetett tár- sas kapcsolatok	kitüntetett tár- sas kapcsolatok
társas kapcsolatok	fejlődés	fejlődés	személyes fejlődés	társadalmi elkö- teleződés
személyes növekedés	egészség	egészség	társadalmi elköteleződés	személyes fejlődés
társadalmi elköteleződés	társadalom	társadalom	betegség miatt nincs	munka, teljesítmény
imázs	jó megjelenés	hírnév	egészség	egészség
gazdagság	gazdagság	gazdagság	anyagi	anyagi; transzcenden- cia, hit; nem tudja (egyenlő arányban)
hírnév	hírnév	jó megjelenés	munka, teljesít- mény; transz- cendencia, hit; nem tudja (egyenlő arányban)	nincs életcélja

pott fontossági sorrendek összehasonlítását. Láthatjuk, hogy az intrinzik motivációk mindegyik női mintában elsőbbséget élveznek az extrinzik motivációkkal szemben, a legfontosabb életcélnek négy különböző minta esetében is a társas kapcsolatok bizonyultak.

A táblázatból szintén kiolvasható feltűnő eredmény, hogy míg az egészség aspirációja a 35-tételes Aspirációs Index esetében az első helyen áll a fontossági sorrendben, addig a 14-tételes mérőeszközzel végzett kutatás esetében a harmadik helyen szerepel, és az interjúnkban adott válaszok alapján az egészség mint életcél szinte alig jelenik meg. Az egészségesek esetében a válaszadók közül mindössze három fő, az emlődaganatosok közül pedig mindössze négy fő említi az egészséget mint életcél. Az emlődaganatosok esetében ez annál is inkább meglepő, mivelhogy feltételezhető volna, hogy az egészség központi szerepet kap jelen élethelyzetükben.

Talán magyarázza az „egészség” ilyen kismértékű említésszámát a KSI-Edb egészségi állapotra-egészség / betegség-attribúciókra vonatkozó kérdéseire adott válaszok behatóbb vizsgálata. Mindegyik vizsgálati személlyel részletesen megbeszéltük, hogy milyen volt az egészségi állapota az elmúlt egy évben, gyerek- és felnőttkorában, mit gondol a betegségek okáról; illetve arra is megkértük őket, hogy mondják el, mit gondolnak, mi az egészség, és mi a betegség. És bár az életcélra vonatkozó kérdésre adott válaszokban nem kap jelentős szerepet az egészség, a KSI-Edb egészségre vonatkozó kérdéseire adott válaszai alapján fontos szerepet játszik.

Például a „Mit gondol, mi az egészség?” kérdésre a következő válaszokat kaptuk: A teljesség. / Az egészség, az minden. / A maximum. Legfontosabb a világon. / Az egy nagy kincs. / Maga az élet. / Hát az életnek a legnagyobb kincse. / Mindent jelent. / Egy nagyon drága kincs, az egészség mindennél többet ér. Úgyhogy az a legfontosabb az életben, utána jön a többi. / Hogy érzelmileg jól vagyok. Összhangban. / Egy harmónia, hogy a testem, lelkem egyensúlyban, jól van. / A testi-lelki-szellemi egység. / Erőt jelent. Az élethez feltétlenül szükséges. A mindennapokhoz. / Aktívan élni, nem elhagyni magát az embernek. / A lendület mindenhez. stb.

Tehát azt gondoljuk, hogy vizsgálati személyeink számára nagyon fontos az egészség, de nem mint életcélra, vagy mint az élet értelmére gondolnak rá, hanem, hogy az interjúszövegekből idézzünk, egy „kincs”-ként, nagy értéként, olyan alapvető szükségletként, amely meghatározza az életüket. Tehát bár a betegetek aktuális élethelyzetükben természetesen foglalkoztatja a gyógyulás gondolata és az egészség fontossága, mégsem hosszú távú aspirációként van jelen az egészség a gondolkodásukban.

5. Összefoglalás és következtetések

A vizsgálatban részt vevő személyek életében megjelenő életcélokra vonatkozó kérdések elemzése során azt találtuk, hogy az egészséges és a betegcsoport között nincs szignifikáns eltérés. Elképzelhető, hogy a dagánatos betegségekkel való specifikus megküzdési mód velejárója az egészségekkel megegyező életcélokkal kapcsolatos attitűd. Továbbá eredményeink alapján az eddigi, magyar mintákon végzett kutatásokkal összhangban az intrinzik életcélok (társas kapcsolatok, személyes fejlődés, társadalmi elköteleződés) vezetnek a fontossági sorrendet.

Extrinzik (pl. anyagi jóllét) és egészségre vonatkozó aspirációkat alig említettek vizsgálati személyeink az interjúkban, ezért az intrinzik-extrinzik aspirációk egymáshoz viszonyított fontosságának vizsgálata is érdekes eredményeket hozott. Mind a beteg, mind az egészséges csoport válaszai az intrinzik életcélok irányába tolódtak el sokkal jelentősebb mértékben, mint azt az eddigi önkítöltős kérdőívet alkalmazó kutatási eredmények alapján vártuk. Több tényező (pl. dagánatos betegség diagnózisa, életkor, nem) hatását fontolóra vettük a spontán módon említett életcélok intrinzik dominanciájának magyarázatára, de a legvalószínűbb magyarázat erre a jelenségre az adatgyűjtés választott módszertana, vagyis a nem teoretikus alapon kidolgozott kérdőív, hanem a vizsgálati személyek saját véleményének a feltárását lehetővé tevő interjúmódszer alkalmazása.

Érdekes lenne egy nagyobb elemszámmal végzett kutatás során egy tapasztalati, nem teoretikus alapon kidolgozott életcélra és élet értelmességére vonatkozó önkítöltős kérdőívet alkalmazni, mely azt tárná fel, hogy a magyar populáció számára mi is tartozik ezen fogalmak körébe.

Irodalom

- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11–18.
- Baltes, P.B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52, 366–380.
- Baltes, P.B., & Baltes, M.M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P.B. Baltes, & M.M. Baltes (Eds), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (1–34). New York: Cambridge University Press
- Charmaz, K. (2000). Grounded theory. Objectivist and constructivist methods. In N.K. Denzin, & Y.S. Lincoln, (Eds), *Handbook of qualitative research* (509–535). Thousand Oaks: Sage

- Charmaz, K., & Henwood, K. (2008). Grounded theory. In C. Willig, & W. Stainton-Rogers, (Eds), *The Sage handbook of qualitative research in psychology* (240–260). London: Sage
- Coward, D.D. (1990). The lived experience of self-transcendence in women with advanced breast cancer. *Nursing Science Quarterly*, 3(4), 162–169.
- Coward, D.D. (1991). Self-transcendence and emotional well-being in women with advanced breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 18(5), 857–863.
- Coward, D.D. (1996). Self-transcendence and correlates in a healthy population. *Nursing Research*, 45, 116–121.
- Coward, D.D. (2003). Self-transcendence in a breast cancer support group: II. *Oncology Nursing Forum Volume*, 30(2), 291–300.
- Crumbaugh, J. (1968). Cross-validation of Purpose in Life Test based on Frankl's concepts. *Journal of Individual Psychology*, 24, 74–81.
- Crumbaugh, J., & Maholick, L.T. (1964). An experimental study in existentialism: The psychometric approach to Frankl's concept of noogenic neurosis. *Journal of Clinical Psychology*, 20(2), 200–207.
- Deci, E.L., & Ryan, R.M. (1987). The support of autonomy and the control of behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(6), 1024–1037.
- Deci, E.L., & Ryan, R.M. (2002). *Handbook of self-determination research*. New York: University of Rochester Press
- Ellermann, C.R., & Reed, P.G. (2001). Self-transcendence and depression in middle-age adults. *Western Journal of Nursing Research*, 23(7), 698–713.
- Frankl, V.E. (1938). A pszichoterápia szellemi problematikájához. In A. Batthyány, & P. Sárkány (Eds, 2006), *Értelem és egzisztencia: előadások és tanulmányok (7–23)*. Budapest: Jel Kiadó
- Frankl, V.E. (1959). Grundgri der Existenzanalyse und Logotherapie / Az egzisztenciaanalízis és logoterápia alapjai. In P. Sárkány, & Zsók, O. (Eds, 2010) *Die Grundlagen der Logotherapie – Eine zweisprachige Textsammlung. / A logoterápia alapjai – Kétnyelvű szöveggyűjtemény (9–203)*. Budapest: Jel Kiadó
- Glaser, B.G., & Strauss, A.L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine
- Grouzet, F.M.E., Kasser, T., Ahuvia, A., Dols, J.M.F., Kim, Y., Lau, S., et al. (2005). The structure of goal contents across 15 cultures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89(5), 800–816.
- Jonsén, E. F. L., Lundman, B., Nygren, B., Vähäkangas, M., & Strandberg, G. (2010). Psychometric properties of the Swedish version of the Purpose in Life Scale. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(1), 41–48.
- Kasser, T., & Ryan, R.M. (1996). Further examining the american dream: Differential correlates of intrinsic and extrinsic goals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, 281–288.
- Kaszás, B., & Tiringner, I. (2010). Szelekció, optimalizáció, kompenzáció: Baltes modellje az időskori alkalmazkodási folyamatokra. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 11, 191–208.
- Klaas, D. (1998). Testing two elements of spirituality in depressed and non-depressed elders. *International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 4, 452–462.
- Konkolj Thege, B. (2007). Frankl logoterápia és egzisztencia-analízise az egészségpszichológia kontextusában. *Pszichológia*, 27, 261–274.

- Konkolý Thege, B., & Martos, T. (2006). Az Életcél Kérdőív magyar változatának jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7, 153–169.
- Konkolý Thege, B., & Martos, T. (2008). Reliability and validity of the Shortened Hungarian Version of the Existence Scale. *Existenzanalyse*, 25(1), 70–74.
- Konkolý Thege, B., Martos, T., Bachner, Y.G., & Kushnir, T. (2010). Development and psychometric evaluation of a revised measure of meaning in life: The Logo-Test-R. *Studia Psychologica*, 52(2), 133–145.
- Konkolý Thege, B., Martos, T., Skrabski, Á., & Kopp, M. (2008). A Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőív élet értelmességét mérő alsókáljának (BSCI-LM) pszichometriai jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 9, 243–261.
- Kopp, M. (2007). A kelet-közép európai egészségparadoxon. In J. Kállai, J. Varga, & A. Oláh (Eds), *Egészségpszichológia a gyakorlatban* (51–64). Budapest: Medicina
- Längle, A., Orgler, C., & Kundi, M. (2003). The Existence Scale: A new approach to assess the ability to find personal meaning in life and to reach existential fulfillment. *European Psychotherapy*, 4(1), 135–151
- Lukas, E.S. (1971). *Logotherapie als Persönlichkeitstheorie*. Dissertation. Wien: Universität Wien
- Lee, V., Cohen, S.R., Edgar, L., Laizner, A.M., & Gagnon, A.J. (2006). Meaning-making and psychological adjustment to cancer: Development of an intervention and pilot results. *Oncology Nursing Forum*, 33(2), 291–302.
- Lyon, D.E., & Younger, J.B. (2001). Purpose in life and depressive symptoms in persons living with HIV disease. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(2), 129–133.
- Mackenbach, J.P., Stirbu, I., Roskam, A-J.R., Schaap, M.M., Menvielle, G., Leinsalu, M., et al. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine*, 358(23), 2468–2481.
- Marmot, M. (2006). Status syndrome. A challenge to medicine. *Journal of the American Medical Association*, 295(11), 1304–1307.
- Martos, T., Szabó, G., & Rózsa, S. (2006). Az Aspirációs Index rövidített változatának pszichometriai jellemzői hazai mintán. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7, 171–192.
- Martos, T., & Konkolý Thege, B. (2012). Aki keres, és aki talál – az élet értelmessége keresésének és megélésének mérése az Élet Értelme Kérdőív magyar változatával. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 67(1), 125–149.
- Muhr, T. (1997). *Atlas/ti – Visual qualitative data analysis. Management – Model building – Release 4.1 User’s Manual*. Berlin: Scientific Software Development
- Nygren, B., Aléx, L., Jonsénan, E., Gustafson, Y., Norberg A., & Lundmana B. (2005). Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. *Aging and Mental Health*, 9(4), 354–362.
- Pinquart, M., Silbereisen, R.K., & Fröhlich, C. (2009). Life goals and purpose in life in cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 17(3), 253–259.
- Rahe, R.H., & Tolles, R.L. (2002). The Brief Stress and Coping Inventory: A useful stress management instrument. *International Journal of Stress Management*, 9(2), 61–70.
- Rózsa, S., Kó, N., Csoboth, Cs., Purebl, Gy., Beöthy-Molnár, A., Szebik, I., et al. (2005). Stressz és megküzdés. A Rahe-féle Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőívvel szerzett hazai eredmények ismertetése. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 6, 275–294.
- Sarvimaki, A., & Stenbock-Hult, B. (2000). Quality of life in old age described as a sense of well-being, meaning and value. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 1025–1033.

- Skrabski, Á., Kopp, M., Rózsa, S., & Réthelyi, J. (2006). A koherencia, az élet értelme mint az életminőség fontos dimenziója. In M. Kopp, & M.E. Kovács (szerk.), *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón* (146–155). Budapest: Szechenyi Kiadó
- Schmuck, P., Kasser, T., & Ryan, R.M. (2000). Intrinsic and extrinsic goals: Their structure and relationship to wellbeing in German and U.S. college students. *Social Indicators Research*, 50, 225–241.
- Schulenberg, S.E. (2004). A psychometric investigation of logotherapy measures and the Outcome Questionnaire (OQ-45.2). *North American Journal of Psychology*, 6, 477–492.
- Steger, M.F., Frazier, P., Oishi, S., & Kaler, M. (2006). The Meaning in Life Questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*, 53(1), 80–93.
- Steger, M.F., & Shin, J.Y. (2010). The relevance of the Meaning in Life Questionnaire to therapeutic practice: A look at the initial evidence. *International Forum for Logotherapy*, 33, 95–104.
- Stiefel, F., Krenz, S., Zdrojewski, C., Stagno, D., Fernandez, M., Bauer, J., et al. (2008). Meaning in life assessed with the “Schedule for Meaning in Life Evaluation” (SMiLE): A comparison between a cancer patient and student sample. *Supportive Care in Cancer*, 16(10), 1151–1155.
- Strauss, A.L. (1987). *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge: Cambridge University Press
- Szokolszky, Á. (2004). *Kutatómunka a pszichológiában*. Budapest: Osiris
- Szondy, M. (2004). A szubjektív jóllét és a törekvések kapcsolata késő serdülőkorban. *Alkalmazott Pszichológia*, 6(4), 53–72.
- V. Komlósi, A., Rózsa, S., & Móricz, É. (2006). Az Aspirációs Index hazai alkalmazásával szerzett tapasztalatok. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 61, 237–250.
- Zika, Z., & Chamberlain, K. (1992). On the relation between meaning in life and psychological well-being. *British Journal of Psychology*, 83, 133–145.

Szerzői munkamegosztás

A kézirat megszületéséhez a szerzők a következő módokon járultak hozzá. Mersdorf Anna nevéhez köthető a hipotézisek kidolgozása, a vizsgálat megtervezése, lefolytatása, a tartalomlemezési kategóriák kidolgozása, a statisztikai elemzések, a kézirat megszövegezése és többszöri átdolgozása. Vargay Adrienn részt vett a hipotézisek kidolgozásában, a vizsgálat lefolytatásában, a tartalomlemezési kategóriák kidolgozásában, a statisztikai elemzések elvégzésében és a kézirat megszövegezésében. Dr. Horváth Zsolt a következőkben vállalt szerepet: szervezéssel kapcsolatos intézkedések (etikai engedély, intézetek közötti koordinálás) és a betegek vizsgálatba való bevonása. Prof. Bányai Éva nevéhez köthető a vizsgálat megtervezése és a szervezéssel kapcsolatos intézkedések (pl. etikai engedély, intézetek közötti koordinálás), a betegek kutatásba való bevonása, hipotézisek kidolgozása, részvétel a kézirat tartalmának, szerkezetének és szövegének pontosításában.

Etikai engedélyek

A kutatást az Országos Onkológia Intézet Etikai Bizottsága engedélyezte.

Köszönetnyilvánítás

Köszönjük a vizsgálatban önkéntesen részt vevő betegeknek és egészséges kontrollszemélyeknek a bizalmat és a közreműködést. Köszönjük az Országos Onkológia Intézet dolgozóinak, orvosoknak és nővéreknek egyaránt, a segítségét a betegek bevonásában és a vizsgálatok feltételeinek megteremtésében. Köszönjük az önkéntes segítőknek és diákoknak az interjúszövegek leírásában nyújtott segítségét. Köszönjük az ELTE doktoranduszok számára kiírt Stratégiai Pályázatának segítségét, melyet többször is elnyertek kutatásunk doktorandusz résztvevői. A pályázat nagy segítséget nyújtott az adatfelvétel- és feldolgozás technikai hátterének megteremtésében, valamint a hanganyagok egy részének legépel-tetésében.

'Do you think your life has purpose and meaning? In case yes, what's that?' Comparing the answers of breast cancer patients and healthy women given during a structured interview

MERSDORF, ANNA – VARGAY, ADRIENN –
HORVÁTH, ZSOLT – BÁNYAI, ÉVA

Background: Studies examining purpose in life among breast cancer patients and healthy women (using the Purpose in Life Test) did not find significant difference between these two groups. The lack of significant difference becomes interesting in the light of the fact that such significant difference tends to appear in the case of other diseases. Aim: The aim of our study was to explore and compare the attributions and characteristics of healthy women and breast cancer patients regarding the purpose in life and meaning of life. Our further aim with the results of our study is to contribute to the prevention and healing of cancer disease. Methods: In our study, 28 Hungarian breast cancer patients and 28 Hungarian healthy women were interviewed by the newly developed structured interview (Complex Structured Interview for Breast Cancer Patients). The answers were analyzed using qualitative content analysis. The category system of the qualitative content analysis was developed based on the method of Grounded Theory. Results: (1) This article presents the attitudes and characteristics of breast cancer patients and healthy women regarding purpose in life and meaning of life. The statistical analysis that was based on the findings of the qualitative content analysis did not show significant differences between the two groups. (2) Our results were compared to the results of other Hungarian studies using the Aspiration Index as a measure instrument. Contrary to previous investigations, gained by meas-

ure instruments using the Aspiration Index with a Likert-type scale, where both extrinsic and intrinsic aspirations were mentioned to a greater extent; in the present study, extrinsic aspirations (e.g., wealth, fame, image) remained almost unmentioned, while nearly 80% of the answers indicated intrinsic aspirations both among breast cancer patients and healthy women. Conclusions: (1) Breast cancer patients' attitudes towards purpose in life does not differ from healthy controls' attitudes, although previous findings show significant differences in the case of other diseases. One possible explanation of this result might be that breast cancer patients use attributions to purpose and meaning of life as a specific coping mechanism. (2) Different methods examining the same question can result in significantly different outcomes.

Keywords: purpose in life, meaning of life, breast cancer, structured interview, qualitative methods