



**СОФИЙСКИ УНИВЕРСИТЕТ „СВ. КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ,,  
ФИЛОСОФСКИ ФАКУЛТЕТ**

**КАТЕДРА „СОЦИАЛНА, ОРГАНИЗАЦИОННА, КЛИНИЧНА И  
ПЕДАГОГИЧЕСКА ПСИХОЛОГИЯ“**

---

**ДИЛЯР ТУНЖЕР АКТЮРК**

**МЕЖДУКУЛТУРНА ВАРИАТИВНОСТ НА ТРЕВОЖНОСТТА ОТ  
СМЪРТТА ТРЕВОЖНОСТТА КАТО ЛИЧНОСТНА ЧЕРТА И  
БЕЗНАДЕЖНОСТТА ПРИ МЕДИЦИ  
(ТУРЦИЯ-БЪЛГАРИЯ)**

**АВТОРЕФЕРАТ**

**НА ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД ЗА ПРИСЪЖДАНЕ НА ОБРАЗОВАТЕЛНА И  
НАУЧНА СТЕПЕН „ДОКТОР,,**

**ПО НАУЧНА СПЕЦИАЛНОСТ 3.2. "ПСИХОЛОГИЯ"**

**Рецензенти**

Проф. д.пс.н. Людмил Георгиев

Доц. Павлина Петкова

**Научен Ръководител:**

Проф. д.пс.н. Ваня Матанова

София  
2018 г.

Дисертационният труд е обсъден и предложен за защита от катедра „Социална, организационна, клинична и педагогическа психология“, Философски факултет, Софийски университет "Св. Климент Охридски" и е насочен за защита пред специализирано жури в състав:

Председател: Проф. д.пс.н. Людмил Георгиев

Членове: Проф. д.пс.н. Ваня Матанова

Доц. Павлина Петкова

Доц. Красимир Иванов

Доц. Силвия Шопова

Дисертационният труд на тема " Междукултурна вариативност на тревожността от смъртта, тревожността като личностна черта и безнадеждността при медици (турция-българия)" е оформен в уводна част и четири глави.

Обем: 151 страници, от които 5 страници Приложения

Литература: 220 източника

Таблицы: 7

Графики: 1

Приложения: 4

Защитата на дисертацията ще се състои на 29. 01. 2019 г. от 14:00 часа в зала № 63, етаж 3, Южно крило, Ректорат на Софийски университет „Св. Климент Охридски“.

Материалите по защитата са публикувани в интернет-страницата на Софийския университет „Св. Климент Охридски“ и са на разположение на интересувашите се в Деканата на Философски факултет – каб. 60, етаж 3. Южно крило, Ректорат на Софийски университет „Св. Климент Охридски“.

## СЪДЪРЖАНИЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

Първа Глава.....	5
1. Увод.....	5
1.1. Понятието Смърт, Тревожност от Смъртта, Тревожност и Безнадеждност.....	5
1.1.1. Смърт и Тревожност от Смъртта.....	5
1.1.2. Естеството (Природата) на Тревожността от Смъртта.....	12
1.1.3. Причини за Тревожност от Смъртта.....	15
1.1.4. Концепцията на Смъртта по Периоди на Развитие.....	18
1.1.4.1. Концепцията на смърт в детството.....	18
1.1.4.2. Концепцията на смърт в юношеството.....	23
1.1.4.3. Концепцията на смърт в зряла възраст.....	25
1.1.4.4. Концепцията на смърт в старостта.....	27
1.2. Тревожност.....	31
1.2.1. Тревожността в Психоаналитичната Теория.....	33
1.2.2. Тревожността в Екзистенциалната Теория.....	39
1.2.3. Теория на два фактора за тревожност на Спилбъргър.....	45
1.3. Безнадеждност.....	45
Втора Глава.....	50
2. В Историческият Процес Феноменът Смърт.....	50
2.1. Смъртта в примитивните общества и старите култури.....	50
2.2. Смъртта във Философията.....	56
2.3. Смъртта в Психологията.....	71
2.3.1. Теоретични Подходи за Тревожността от Смъртта.....	71
2.3.1.1. Смъртта в Психоаналитичната Теория.....	72
2.3.1.2. Смъртта в Екзистенциалната Теория.....	75
2.3.1.3. Смъртта в Хуманистичната Теория.....	76
2.3.1.4. Теорията за Управление на Ужаса (Terror Management Theory- TMT).....	78
2.3.1.5. Посттравматичен Растеж (Posttraumatic Growth).....	80

2.3.1.6. Теория за Социалните Нагласи Спрямо Смъртта на Кюблер-Рос.....	83
2.4. Теоретични Подходи за Справяне с Тревожността от Смъртта.....	87
2.4.1. Когнитивна Поведенческа Терапия (КПТ) при Тревожността от Смъртта.....	89
2.4.2. Екзистенциална Терапия при Тревожността от Смъртта.....	94
2.5. Религиозни Перспективи за смъртта.....	99
2.5.1. Смъртта в Юдаизма.....	101
2.5.2. Смъртта в Християнство.....	103
2.5.3. Смъртта в Исляма.....	105
Трета Глава.....	109
3. Организация на Емпиричното Изследване.....	109
3.1. Цел.....	109
3.2. Хипотези.....	109
3.3. Задачи на Проучването.....	110
3.4. Модел на Изследването.....	110
3.5. Генерална Съвкупност.....	111
3.6. Извадка.....	111
3.6.1. Характеристика на Групата.....	111
3.7. Инструменти за Събиране на Данни.....	112
3.7.1. Информационен формуляр за демографски данни.....	113
3.7.2. Скала за тревожността от смърта (СТСТП) на Торсън-Пауъл (Thorson Powell).....	113
3.7.3. Скалата за тревожността като личностна черта (СТТ-Б) на Спилбъргър (Spielberger).....	115
3.7.4. Скалата за безнадеждност (СБ) на Бек (Beck).....	115
3.7.5. Събиране на данни.....	116
3.8. Статистически Методи.....	116
Четвърта Глава.....	118
4. Резултати и Обсъждане.....	118
4.1. Описателни Констатации на Участниците.....	118
Таблица 4.1.1. Разпределение на Извадката по Професии.....	118

Таблица 4.1.2. Дефинираните Демографски Данни на Участниците.....	119
4.1.2.1. Описание на Другите Демографски Данни.....	120
4.2. Констатации Свързани с Хипотезите на Дисертацията.....	122
4.2.1. Констатации свързани с Хипотеза 1.....	122
Таблица 4.2.1.1. Интерпретация на Резултатите на Тревожността от Смъртта Според Т тест за Двете Групи (Българска-Турска).....	122
4.2.2. Констатации свързани с Хипотеза 2.....	123
Таблица 4.2.2.1. Интерпретация на Резултатите на Тревожността като Личностна Черта Според Т Тест за Двете Групи(Българска-Турска) .....	123
Графика 1 Средни на Тревожността като Личностна Черта на Двете Групи (Българска-Турска).....	124
4.2.3. Констатации свързани с Хипотеза 3.....	125
Таблица 4.2.3.1. Интерпретация на Резултатите на Безнадеждност Според Mann-Whitney U Тест за Двете Групи (Българска-Турска)...	125
4.2.4. Констатации свързани с Хипотеза 4.....	127
Таблица 4.2.4.1. Интерпретация на Резултатите от Корелативен Анализ Spearman между Нива на Тревожност от Смъртта, Тревожност като Личностна Черта и Безнадеждност.....	127
Таблица 4.2.4.2. Емпирични правила за интерпретация на корелационния коефициент.....	127
4.3. Заключение.....	128
4.4. Препоръки.....	130
4.5. Приложения.....	132
4.5.1. Информационен формуляр за демографски данни.....	133
4.5.2. Скала за тревожността от смъртта на (СТСТП) на Торсън-Пауъл (Thorson Powell).....	135
4.5.3. Скалата за тревожността като личностна черта (СТТ-Б) на Спилбъргър (Spielberger).....	136
4.5.4. Скалата за безнадеждност (СБ) на Бек (Beck).....	137
Библиография.....	137

**МЕЖДУКУЛТУРНА ВАРИАТИВНОСТ НА ТРЕВОЖНОСТТА ОТ  
СМЪРТТА ТРЕВОЖНОСТТА КАТО ЛИЧНОСТНА ЧЕРТА И  
БЕЗНАДЕЖНОСТТА ПРИ МЕДИЦИ  
(ТУРЦИЯ-БЪЛГАРИЯ)**

*„Memento mori“ - помни смъртта*

*„Carpe diem“ - улови мига*

**Увод**

Въпросът за смъртта и умирането датира от началото на самото човечество. Смъртта е най-основната реалност в живота на човека, толкова реална колкото е и самият живот. Смъртта е валидна за всички, тя е обединяваща и изравняваща, с други думи, смъртта е най-голямото равенство на неравенствата. Поради тези причини смъртта, е била призната като важен екзистенциален феномен във всички времена и култури.

Човекът е наясно със смъртта, за разлика от другите живи същества знае, че е смъртен. Точно това осъзнаване, за някои хора е тежък, понякога непоносим товар, който води до страх или тревожност от смъртта. Неизвестността на смъртта често поражда безпокойство в човека и често е източник на стрес. Тези хора приемат смъртта като враг, който им отнема личността, който разрушава целият им живот и всички взаимоотношения, разделя ги от всичко любимо, тоест според тях това е едно унищожаване. Но за други, смъртта е точно обратното, един велик дар, много очаквана среща, тържествен ден, свобода от „лъжливия“ живот и начало на безсмъртния, истинския тоест на вечния живот. Тези отношения към смъртта са свързани с индивидуалното вярване за процеса след умирането. От тук е ясно, че нагласите на хората към смъртта се разделят главно на два полюса. Едните имат религиозен поглед по този въпрос и вярват в телесното или духовното прераждане, тези са отричащите „тук“, мислещи, живеещи и действащи само за „там“, за отвъдния, за вечният свят, докато другите са мислещи, живеещи и действащи само за „тук“, отричащи „там“.

От миналото към настоящето човешките същества са се опитали и се опитват да разкрият понятието “смърт”, да го обяснят и да го осмислят. Причина

за това е, че смъртта играе важна роля в разбирането на живота, и второ за да могат да преодолеят или поне да минимизират страха от неизвестното - страха от смъртта, че животът да бъде по-поносим. И днес в 21-ви век, благодарение на научните разкрития и все повече развиващата се технология се твърди, че във всички сфери на живота е постигнат огромен напредък. Но за съжаление, феноменът “смърт” остава все още недоразкрит, неоткриваем и непобеден.

## **СТРУКТУРА НА ДИСЕРТАЦИЯТА**

В първа глава на дисертационния труд се описват психологичните аспекти на смъртта, тревогата от смъртта и безнадеждността. Обсъдени са както в различните исторически етапи на развитие на човешката цивилизация, така и през различните житейски етапи на личностово развитие (детство, юношество, зряла възраст и старост) и функциониране на индивида, след това през психоаналитичната и екзистенциална парадигми. Описани са също естеството (природата) и причините на тревожността от смъртта. В отделна подчаст е представена двуфакторната теория на Спилбъргър за тревожността и специфичните аспекти на безнадеждността.

Във втора глава се описва феноменът смърт през историческия процес. Обсъдени са аспекти от примитивните и древните култури, представени са класическата и съвременна философия. В отделна част са представени психоаналитичните, екзистенциални и хуманистични аспекти на темата за тревогата от смъртта. Обсъдени са и съвременни подходи към разбиране и обясняване на тревожността от смъртта като „Теория за управление на ужаса“ на американският културен антрополог и екзистенциален психолог Ърнест Бекер и втори съвременен подход „Посттравматичен Растеж“ на психолозите Ричард Тедески и Лоурънс Калхуун, както и теорията за социалната нагласа с терапевтичните стъпки на Елизабет Кюблер-Рос. В подчаст са обсъдени съвременните техника за справянето от тревожността от смъртта, както и прилагането им при тежки заболявания като когнитивно-поведенческата психотерапия и екзистенциална психотерапия.

В друга подчаст са обсъдени религиозните перспективи за смъртта в юдаизма, християнството и исляма.

В третата глава са обяснени целта, хипотезите, задачите, моделът, контингентът на изследването, инструментите за събиране на данни, събирането и преработването на данните, използваните статистически методи.

Извършено е изследване на две съвкупности от турска и българска общност медици, които работят в отделения, където често се срещат с умиращи пациенти, като кардиология, интензивно отделение, онкология, неврология, операция е др. Използвани са три скали: за тревожността от смъртта, скала за личностна тревожност и за безнадеждност, както и информационен формуляр за демографски данни. Представени са параметрите на валидност, адаптация и изследователски възможности на всяка скала.

Четвъртата глава на дисертацията представя данните от изследването, направените статистически анализи и интерпретации и са описани всички демографски данни на участниците в изследването. Също така са представени и данните, които са обработени статистически и последвали анализи спрямо всяка хипотеза.

## **ОСНОВНИ ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ НА ДИСЕРТАЦИЯТА**

Целта на проучването е межкултурно (Турция-България), емпирично измерване на тревожността от смъртта, тревожността като личностна черта и безнадеждността при медици, които често се срещат със смъртни случаи поради своите професии, със задача да се определи дали това често срещане със смъртни случаи има относително значение върху тяхната собствена тревожност от смъртта, тревожността като личностна черта и безнадеждността им и това как повлиява на тяхната професионална дейност. Също така сравняване на получените данни - сходството и/или разликите на данните и причините за сходство и/или разлики. И на тази база изработването на модели за подкрепа на психическата готовност и психичното здраве на медиците.



## ТЕОРЕТИЧНА ЧАСТ

### 1. В Историческият Процес Феноменът Смърт

#### 1.1. Смъртта в примитивните общества и старите култури

Човек от съществуването си, благодарение на разума и способността си да мисли се опитва да изясни и следователно да контролира заплахите които са отправени към него, като смърт, природата, природните бедствия и подобни. Историческата и етнологичната информация показва, че изседяванията на отношенията на хората към смъртта и тревожността от смъртта, датират до първите цивилизации. В този контекст трябва да се отбележи, че примитивните общества не са били толкова впечатлени от смъртта. Антрополозите съобщават, че примитивните хора, не са приемали смъртта като нещо ужасно или страшно, дори демонстрирали възпоменателни, тържествени церемонии за смъртта. Това е така, защото те приемали смъртта, като последно повишаване, преминаване във по-висша форма на живот, последен ритуал и безкрайно удоволствие произтичащо от мисълта за безсмъртие (Бекер, 2013: 9).

В дисертационния труд са представени отношенията на хората към смъртта и тревожността от смъртта от различни примитивни цивилизации като древния Египет, Африканската култура, Шумерите и древна Индия. Обединяващото при тях е вярата в отвъдния живот и търсенето на безсмъртие и свързано с тези извършените церемонии.

Ако сравним отношенията към смъртта на древните цивилизации с днешните, трябва да отбележим, че нямат коренна разлика. Хората днес все още предпочитат да приемат смъртта като въображаемо преживяване. Страхът който изпитва например днешния човек когато е принуден да мини през гробищата, особено вечер, не е много различен от този на прадедите си. Или пък днешните разкошни погребални обреди, различните траурни обичаи и траурни забрани наподобяват на церемониите на примитивните, които са извършвани с цел да намалят чувството за вина към умрелия. Следователно, примитивният манталитет все още се среща в съзнанието на повечето модерни и уж рационални

хора. От тук се разбира, че въпросът за смъртта и тревожността от смъртта имат дълбоки корени в колективното подсъзнание.

## **1.2. Смъртта във Философията**

Една от областите, в които смъртта най-широко е обсъждана, без съмнение е философията. Това най-добре се разбира от думите на Мишел дьо Монтен: *„Философията ни учи да умираме“* и на Цицерон: *„Да философстваш не значи нищо друго, освен да се подготвяш за смъртта“*.

В историята на философията, темата за смъртта като философски проблем за пръв път е разработена от древногръцкия философ Сократ и според него, истинските философи се занимават само с умиране и със смърт. Сократ твърди, че смъртта или е „нищо“ или е начало на нов живот. В първия случай, животът вече приключва и човек се отдава на един дълбок сън. Във втория случай, на човек ще се дарят задълженията на един нов живот, което от своя страна е величествено блаженство. В следствие и в двата случая няма нищо страшно и затова е неразумно да се изпитва страх от смъртта, а от това неразумие човек може да се освободи пак само с помощта и със силата на разума си (Платон, 2012: 22-43).

Последван от своя ученик, Платон, който в изданието си Федон разкрива не само разсъжденията на Сократ спрямо смъртта а също така и своите, които са паралелни с учителя му. Според Платон, смъртта от една страна е отделяне на тялото от душата и от друга, начало на самостоятелния живот на душата. Платон приема смъртта като едно събуждане, напомняне или връщане. Платон, твърди, че душата копнее за идеите и този копнеж може да се отстрани само в другия, истинския свят. Душата е пленник на тялото, тялото е затвор, свободата може да се сбъдне само чрез знание и добродетелство. Освен това той бил твърдо убеден, че след смъртта душата получава награда или наказание в зависимост от начина на живот на човека на земята (Платон, 2010).

Въпреки всички тези доказателства на Платон, свързани с безсмъртието на душата, неговият ученик Аристотел не реализира душата и тялото като два независими елемента и не приема идеята за безсмъртието на душата (Аристотел,

2001:63). Аристотел приема душата, като една от формите на тялото и според него не може да съществува тяло без душа и душа без тяло. Каквото значение има виждането за окото, душата изразява същото значение за тялото (пак там: 68; Кая, 2014: 93). С всички тези примери, Аристотел се опитва да докаже, че душата няма отделни емоции и функции и, че не е възможно душата да съществува без тяло (пак там: 8-9). Обобщено казано Аристотел отрича дуализма душа-тяло, за разлика от учителя си Платон и съответно отрича и безсмъртието на душата.

Друг древногръцки философ Епикур, твърди, че крайната цел на философията е щастието (eudaimonia) и търсене на средствата осигуряващи щастието. От материална гледна точка Епикур вярва, че всичко свършва със смъртта и човек идва на този свят само веднъж и иска да направи този кратък живот толкова „сладък“, колкото е възможно. Точно поради тази причина Епикур, отбелязва смъртта като разваляща „вкуса“ на живота и твърди, че целта на психологията е да спаси човека от сраха от смъртта. Темата за страха от смъртта е основна за учението на Епикур. От своя страна той вярва, че този страх е безсмислен, защото докато човек е жив няма смърт а след смъртта вече човек не съществува, тоест ние вече сме безчувствени. А онова, което е безчувствено, не значи нищо за нас (Биранд, 1958: 107-108). Следователно смъртта не може да има отношение към човешкия живот. Това в крайна сметка прави смъртността на живота по-сладостна, и то не защото това знание прибавя към нея неограничено количество време, а защото отстранява жаждата за безсмъртие. Епикур отбелязва, че характерното за страха от смъртта е не това, че човек ще умре, т.е. че няма да е жив, а в очакването на настъпването на смъртта, онова, което не ни тревожи при своето появяване, причинява незначителна тревога, когато още се очаква. Затова неговите усилия са в посока на преодоляване на страха от очакването на смъртта. Епикур си поставя за цел да осигури спокойствие на човека и така да избави човечеството от страха пред смъртта, като учи, че няма задгробен живот и възмездие (<http://www.tolerantnost.org>).

Епикурските доказателства за липсата на безсмъртие са свързани със структурата, с природата на душата. Според Епикур, душата е субстанция, телесно, материално вещество, защото само материалното наличие може да бъде

и ефективно и пасивно и се състои от четири елемента – огън, дъх, въздух и четвърти, който не може точно да се определи. Първите три елемента, образуват раздела в който душата е разпространена в цялото тяло и това е разделът където липсва разумът. Четвъртият елемент се намира в гръдната кош и тук се усеща страхът и радостта. С умирането тези четири елемента, които образуват душата се разделят, тоест душата се разтваря и разпределя. По тази причина не може да е вярно нито безсмъртието, нито „преселването“ на душата в друг живот, следователно страховете свързани с тези два случая са излишни (Гьокберг, 1993: 99).

Второто главно училище от елинистичен период е Стойското училище. Основните им понятия са ум (logos) и естество/природа (phusis). Един от най-главните представители на това училище е Сенека. Сенека, отдал целия си живот на философията и във философията си почти изцяло коментира въпроса за смъртта, за да може да разбере правилно живота и за да направи този живот по-красив. Това ясно се изразява в неговите думи: „Да се научим да живеем и да се научим да умираме са две неща, които вървят ръка за ръка. За да се научим да живеем трябва да се справим с въпроса за смъртта си, защото тя ни напомня за границите на съществуването ни. Така ние осъзнаваме с колко малко време разполагаме, за да го използваме пълно“ (Морган, 1995: 50). Той също като Сократ и Платон, вярва, че философията е подготовка за смъртта. В изданието си „Утеха“, отбелязва, че смъртта е едно обикновено събитие, а целият живот е път към смъртта. Човек още като се роди се знае, че ще умре, затова е много безсмислено и абсурдно смъртта да се приема като изненада. Тези, които приемат живота, вече са посветени на смъртта. Мъдрият човек е този, който приема смъртта от сърце. За безсмъртието на душата, поддържа мислите на Платон, но за разлика от него отбелязва, че безсмъртието на душата трябва да се разглежда като непостоянство в развиващата се вселена (Паттабаноглу, 2015: 8).

Друг от най-компетентните представители на Стойското училище е Епиктетус. Според него, страхът от смъртта, страхът от бедността и страхът от болестта са унижителни за човека и му причиняват нещастие. Епиктетус, твърди, че смъртта не е нещо лошо или страшно, но се превръща в нещо такова чрез възгледите на хората към смъртта. Смъртта винаги трябва да се има предвид, не

защото е нещо лошо или страшно, а защото е истина. Ако човек не мисли или не разсъждава за смъртта, винаги ще е уязвим, наранен или раняващ. Според него, както човек връща нещо, което е взел назаем от някого, когато пристигне времето му, той трябва да върне и живота, който му е поверен за определено време на истинския си собственик (Джевизджи, 2017: 86).

От горе посочените примери ясно се разбира, че древногръцките философи, били силно заинтересувани с въпроса за смъртта. Дори някои от тях се отдали целия си живот за разкриването на понятието смърт и за отбелязване приносите му в живота. Основна причина за това е приемането на смъртта като обясняваща, допълваща и добавяща смисъл на живота. За да може човек да живее смислено живота си, първо трябва реално и осъзнато да приеме смъртта. Мисленето за проблема на смъртта е мисленето за проблема на живота. Другото общо при тях е, че всички отричат страха от смъртта. За тях този страх е безсмислен и дори абсурден. Следователно общата насока на всички е преодоляването на страха от смъртта, с цел получаване на осмислен и пълноценен живот. Разликата в техните възгледи е свързана с вярата в отвъдното. Монистите като Аристотел, Епикур и др. отричат отвъдното и безсмъртието на душата а дуалистите като Сократ, Платон, Сенека, Епиктетус и др. са категорични във вярванията си за отвъдното. Според дуалистите, отричането на отвъдното, е най-голямото доказателство за тревожността от смъртта и е причина за игнорирането на смъртта. Този страх може да се отбележи още, като страх от неизвестното. А според монистите това е точно обратното, вярата в безсмъртието и желанието за безсмъртие, което може да се отбележи и като тревога на отделянето, са признак за тревожността от смъртта. Въпреки разликите във възгледите им, от тук още веднъж се разбира, че смъртта и страхът от смъртта са универсални човешки факти и всички тези възгледи имат общата насока - да ги направят по-поносими.

Екзистенциалистите са тези философи които най-много са опитвали и се опитват да разяснят понятието смърт, давайки приоритет на конкретния човек, приемайки човека като "уникално" същество в рамките на своите индивидуални качества. И питайки въпроса Кой е човек? Вместо Какво е човек? Философията на екзистенциализма е родена в средата на 19-ти век като реакция на

доминиращата, твърда и систематична философия и като необходимост от епохата (Гечтан, 2013). Екзистенциализмът, в най-широкия си смисъл, както се разбира и от името е философията на живота, съществуващото или на съществуването.

Според екзистенциалистите като Ницше, Киркегор, Хайдегер, Сартр, Ясперс, Марсел, Камю и др. основната цел на философията е изясняването на човешкото съществуване и търсене отговор на въпроса „Край на живота ли е смъртта или е самият живот?“ Въпреки, че екзистенциалистите дават различни отговори на горе посоченият въпрос Що е смърт? За всеки един от тях, човек е единственият който знае, че е смъртен. Човек е съзнателно и мислещо същество, подновяващо се и динамично, тоест човек не е един обикновен обект. Точно поради тази причина, човек трябва да обмисли смъртта, като реален факт на живота, да го признае, не зависимо от състоянието в което се намира и всяко понятие и всеки проблем трябва да се има предвид заедно със смъртта.

При екзистенциалистите, смисъла и значението на смъртта се срещат не само в едно явление като край на съществуването, което е самата смърт, но и във връзката между възможностите на смъртта, възможността да се осигури по-пълноценен човешки живот. Фокусът на тяхното тълкуване на понятието смърт и тревожността от смъртта отново е върху универсалността на смъртта, но тук се появява и един друг аспект: Вярата или невярата в Бога, който пряко влияе върху отношението на екзистенциалистите към смъртта. Също така, трябва да се отбележи, че независимо от философската гледна точка, смъртта е нещо лично, не може да се избегне личната страна на смъртта. Но въпреки различните възгледи, обединяващото при тях е неизбежността на смъртта. Един ден всеки лично ще се срещне със смъртта, само не се знае кога. Също така за повечето, смъртното явление е отражението на живота, смъртта е равенството в живота. Смъртта е разкриване на човешкото съществуване. Защитата на човека срещу загубването в ежедневието. От една страна смъртта е обект на тревога, страх, безпокойство и омраза, но в същото време е и обект на надеждата и радостта. Поради тази причина смъртта не е напълно нито лоша нито добра. Така, че екзистенциалистите са уловили смисъла на съществуването чрез смъртта.

### **1.3. Смъртта в Психологията**

Смъртното безпокойство има потенциал да окаже дълбоко влияние върху човешката психика. Точно поради тази причина тревожността от смъртта е важен въпрос в почти всички теории. Въпреки, че няма категорично обединение за психотерапевтичен подход за тревожност от смъртта, последните развития са доста задоволителни. Правят впечатление опитите за обединяването на различните подходи с цел повишаването на ефективността на психотерапията. В последните години успехите на еkleктичните подходи са всеизвестни. Особено щом става дума за смъртта, използването на еkleктичен подход в психотерапията е още по-важно. Защото пътят, който човек избира да интерпретира в последния етап от живота и съществуването и дори след смъртта и справянето с тревожността от смъртта, е неговият собствен път. Поради това може би в терапията на смъртната тревожност трябва да се приеме медицинския принцип, че няма болест, а има болен, в този контекст няма смъртна тревожност, а има страдащ от смъртна тревожност.

В дисертационния труд са разгледани смъртта и тревожността от смъртта в Психоаналитичната Теория според Фройд, Клайн, Юнг, Ранк, Адлер, Хорни и Зилбург.

### **1.4. Смъртта в Екзистенциалната Теория**

Психологията на екзистенциализма се занимава с въпроси, като справяне с проблеми свързани с личната свобода, справянето с отчуждаването на себе си и другите, конфронтиране със страха от смъртта и със страха от продължаване на съществуването, откриване на лични ценности, справяне със чувствата за тревожност и вина, като се преобразуват в положителна посока. Според екзистенциалната теория, от момента, в който се раждат човешките същества, са задължени да разбират или да осъзнават едновременно и себе си и околностите. Това е човешка генетична нужда, човек е задължен да даде смисъл на всякакви вътрешни и външни възприятия. С тези възприятия се развива умствената структура, нас ни има чрез тях. Това е нашата основна нужда. Ние имаме смисъл с нашите убеждения, преценки за ценности и културни характеристики, в сравнение с умствения свят според научните структури. Тази теория е пътят на

търсенето на смисъла, който изследва съществуването на човека в екзистенциализма, живота на човека, откъде идва и къде отива. Според екзистенциалната теория, човек е изхвърлен в този свят и, че света всъщност няма смисъл, човек е задължен да му предаде сам смисъл. Тук отговорността е напълно върху индивида. Той е отговорен от своите избори. От рождението до смъртта, цивилизацията натоварва на човек някакъв смисъл. Избора е самостоятелен, или като човек ще осъзнае този абсурд и ще се превърне в друг човек или като повечето обречени ще приеме това което му доставя цивилизацията и от рождението си до смъртта ще живее като „нещо като човек“ (Озаккаш, 2013). Друго което отбелязват екзистенциалистите е, че неизвестността е най-големия проблем за човека, човек не може да понесе несигурността. Исква да изясни и да знае всичко. Опитва се да контролира всичко което го интересува колкото е възможно повече. И точно от тук възниква най-големия парадокс. Да знаеш, че си смъртен, но нищо да не знаеш за смъртта. Да знаеш, че непременно и категорично ще умреш, но да не знаеш кога. Да знаеш, че е край на всичко, но да не знаеш нищо за след това. Всички тези са доста тежки за човешкото същество. Точно поради това екзистенциалистите, упътват хората да живеят тук и сега, но наистина в истинския смисъл. Свободата на човека не е във фалшивия живот, а в истинско съществуване. Ако наистина съществуват човешките същества, те могат да контролират това, което наричаме тревожност и страх. Човек не трябва да забравя, че е единствен на този свят, няма още един от него, че е специален и, че трябва да си даде възможност за себеразвитие и себепознаване.

### **1.5. Смъртта в Хуманистичната Теория**

Според хуманистите, много хора се страхуват от смъртта, защото мислят, че животът им не е бил пълен или целенасочен. Следователно, актуализирането на живота може да намали страха от смъртта. Маслоу теоретизира, че индивида колкото повече реално приема живота си, толкова по-малко ще се страхува от смъртта. А Карл Роджърс, в своя хуманистичен подход към смъртта, вярва, че хората не могат наистина да знаят дали се страхуват от смъртта, докато всъщност не са изправени пред собствените си смъртни случаи. Той свързва



страха от процеса на умирање, с обстоятелствата околу смъртта на индивида, а не със самия процес. Според Роджърс, смъртта е крайният скок в тъмнината.

### **1.6. Теорията за Управление на Ужаса (Terror Management Theory-TMT)**

Според теорията, осъзнаването на смъртта е критичен мотиватор за човешкото поведение. Тя е най-новата и многоаспектна теория, която дава обяснение на страха от смъртта, блокиращ психологическото и социалното функциониране на личността. Теорията гласи, че повечето от нашите постъпки и вярвания са обусловени от страха пред смъртта. Изследователите смятат, че ние си изработваме такива възгледи за света, които ни позволяват да се справим с осъзнаването на собствената си смъртност (Cave, 2012). Според TMT, неизбежността на смъртта е постоянен източник на тревожност, независимо от това дали в момента сме съзнателно фокусирана върху нея или не, и осъзнаването на смъртта от хората е една от най-важните мотиви, стоящи в основата на отделните психологически мотиви (Pyszczynski et al., 1997; Pyszczynski et al., 2004). TMT, демонстрира начините, по които индивидите достигат личните си цели на самосъзнание при тревожността от смъртта.

### **1.7. Посттравматичен Растеж (Posttraumatic Growth)**

Друг нов подход към разбирането и обясняването на тревожността от смъртта е подходът "Посттравматичен Растеж". Според този подход преживяване на тъжно събитие - като например смъртта на близък човек или получаване на критична медицинска диагноза, всъщност може да има положителен ефект, което кара хората да дадат много по-голяма стойност на живота и може да ги накара да живеят по целенасочено (Байалан, 2017).

Изследванията сочат, че до 70% от оцелелите след сериозна житейска катастрофа се наблюдава положителен психологически растеж, който се проявява и в персоналната, и в професионалната им реализация. Хората развиват нови разбирания за себе си, за света в който живеят, как да се отнасят към други хора, какво бъдеще могат да имат и по-добро разбиране за това как да живеят живота си, казва Тедески (Collier, 2016).

## **1.8. Теория за Социалните Нагласи Спрямо Смъртта на Кюблер-Рос**

Кюблер-Рос чрез интервюта със смъртно болни определя емоционалните отговори на болните в периода на умирането, които групира в пет етапа: Отричане или шок, гняв, преговори (пазарене), депресия и приемане. Тя много точно обяснява, че това са нормални човешки реакции към трагичните новини и ги нарича защитни механизми. Човек ги изпитва, когато се опитва да се справи с промените. Тези етапи не се преживяват стриктно последователно, точно, линейно, стъпка по стъпка. Понякога се случва, че човек потъва в различни етапи в различно време и дори може да се върне към онези етапи, които вече са преживени. Кюблер-Рос (1997) казва, че етапите могат да продължат за различни периоди и могат да се променят или да съществуват едновременно. Ще бъде идеално да мислим, че всички ще стигнем до етап "Приемане" с всички промени, които трябва да се сблъскаме, но често се случва, че някои хора са обсебени в един от етапите и не могат да продължат.

## **1.9. Теоретични Подходи за Справяне с Тревожността от Смъртта**

### **1.9.1. Когнитивна Поведенческа Терапия (КПТ) при Тревожността от Смъртта**

Днес експертите препоръчват когнитивно поведенческата терапия на тези, които са изправени пред сериозна тревожност от смъртта. Следователно, Когнитивно поведенческата терапия (КПТ) се използва за лечение на тревожността от смъртта в редица психологични състояния (Ottens & Hanna, 1998). Това включва прилагането на различни форми на експозиция, систематично десенсибилизиране и когнитивно преоценяване, с изчерпателни рамки, предложени за лечение на смъртното безпокойство и хипохондриаза, по-специално. Niebert et al. (2005) публикуват първото проучване за докладване на значително намаляване на смъртното безпокойство и хипохондрични симптоми след (КПТ), в сравнение с контролираното състояние на изчакването. Тези доказателства потвърждават, че (КПТ) има обещание за трансдиагностично лечение на смъртното безпокойство и предполага необходимостта от контролирани проучвания за определяне на ефикасността на различни стратегии

за лечение на (КПТ), за да се намали смъртното безпокойство (Furer & Walker, 2008).

### **1.9.2. Екзистенциална Терапия при Тревожността от Смъртта**

Екзистенциализмът е подход, който започва да се разпространява в Западна Европа през годините след Втората Световна Война и в следващите години, става все по-разпространен и в цяла Америка. Основава се на психоаналитичната психотерапия и се вдъхновява от мисловното училище, наречено "онтология" на Хайдегер и чрез тези определя собствен подход на лечение. Швейцарските психоаналитици Medard Boss и Ludwig Binswanger се считат за предшественици на екзистенциалната психотерапия с лечебния подход, който те разработват с името " Daseinsanalyse". Тези двама лекари отбелязват, че техниките, използвани в класическите приложения на психоанализата, са все по-неадекватни за решаване на проблемите и поради тази причина се постарават да създадат синтез на онтологията на Хайдегер с психоанализата. Boss и Binswanger от време на време кореспондират лично с Хайдегер и тази съвместна работа дава много важно измерение в областта на психотерапията, която отговаря на уникалните проблеми и очаквания на съвременните хора. Но тук трябва да се отбележи, че екзистенциалната психотерапия не принадлежи на конкретен човек, а се появява, като необходимост и продукт на времето. (Гечтан, 2013: 31). Също и според Ялом (2008: 177), екзистенциализмът е съвкупност от значения. Според него, някои от тези значения са: Християнският екзистенциализъм на Киркегор-подчертаващ свободата и избора; иконоборския детерминизъм на Ницше; автентичността и временния характер на Хайдегер; чувството за абсурд на Камю; акцентът върху отговорността срещу абсолютната без причинност на Сатър и др.

Основната цел на тази терапия е, да насърчи клиентите да мислят за собствения си живот, да разпознават различните алтернативи и да вземат решение сред тях. Първо се помага на клиентите да приемат отговорностите си, да осъзнаят своята роля в духовните си конфликти и да приемат, че е в силите им да променят тези ситуации. Когато консултантите приемат ролята на условията и факторите на околната среда както са си, в натуралната им форма, те започват да оформят живота си съзнателно (Гьока, 2009b).

Ялом (2011) предоставя обширна екзистенциална рамка за лечение на смъртното безпокойство в редица психопатологични състояния. Този терапевтичен подход, се фокусира върху крайните екзистенциални проблеми (страх от смърт, избягване на свободата, изолация и липса на смисъл) и признава, че страхът от смъртта е значителен и въздействащ източник на безпокойство, лични, духовни и физически области на съществуване. Екзистенциалната психотерапия разглежда тези страхове в редица клинични презентации и признава, че въпреки че тревожността на суровата или голата смърт не винаги е очевидна, защитните структури около смъртното безпокойство често са очевидни. Тази екзистенциална рамка потвърждава, че смъртното безпокойство наистина пресича редица психологични разстройства и че лечението на смъртното безпокойство може да доведе до подобрения и в тези нарушения (Ялом, 2011). За тази цел, екзистенциалната психотерапия е приложена в редица психологични разстройства и условия, както и за лечение на психологични симптоми сред други групи заболявания, като пациенти с терминално заболяване, рак и травматично мозъчно увреждане (Iverach et al., 2014; цитат: Goldner-Vukov, Moore, & Cupina, 2007; Randall, 2001; Stalsett et al., 2012).

Екзистенциалните подходи към лечението на смъртното безпокойство имат потенциала да информират други парадигми на лечение за психопатология, като например когнитивно-поведенческа терапия. Въпреки че когнитивните и екзистенциални терапии до голяма степен се разглеждат като "толкова разнообразни в своите предположения, че са до голяма степен несъвместими, представляващи противоположни цели на психотерапевтичния спектър" (Ottens и Hanna, 1998: 312), екзистенциалните терапии се считат за предоставяне на богата контекстуална база за развитието на КПТ. (Ottens и Hanna, 1998; Safran, 1996). Въпреки това обаче, критиката към екзистенциалната психотерапия е, че екзистенциалната терапия често е непрозрачна за многото терапевти, отчасти поради липсата на консенсус за това какво представлява нейната практика, ограничени публикувани практически примери и малко емпирични изследвания, изследващи нейната ефикасност (Lewis, 2014).

Lewis (2014), предлага използването на интегрирана екзистенциална терапия (ТИЕ), която концептуализира психологическите проблеми, свързани със

смъртността и смущенията в системата за буфериране на тревожност, и включва използването на експозиция към екзистенциалната тревожност, за да се преодолее страха свързан със смъртта. Тоест Lewis, предлага интегрирането на екзистенциалната психотерапия и теорията за управление на ужаса, които предлагат обяснения за потенциалните психологически ефекти на осъзнаването на смъртта, въпреки че съответните им литератури се различават по яснота, изследване и последици за лечението на психопатологията. Интервенция на ТІЕ, включва излагане на клиента на безпокойство при смъртта в безсъзнание и експлоатация, по-ефективни начини за справяне, когато неизбежно са изправени пред загуби в живота. Тази намеса включва използването на терапевтични и подобряващи се психологически и културни ресурси. Възможно е да се направи разлика от процес на процес. Както клиентът, така и терапевтът могат взаимно да се възползват от процеса на автентично ангажиране в диалога по темата за смъртта и други универсални теми за съществуване.

Maxfield et al., (2014) също поддържат предложението на Lewis (2014) за интегрирането на двете теории. Според тях, този интегративен подход може да доведе до напредък в лечението на смъртното безпокойство с акцент върху подобряването на значението на самооценката и свързаността, с цел укрепване на буферната система за безпокойство, като по този начин се намалява тревожността и се увеличава съдействие.

В допълнение, редица терапевтични подходи на екзистенциално-хуманистични изследвания показват обещание за лечение на смъртното безпокойство в грижите в края на живота, включително терапия за достойнство, терапия с ценностна насоченост и когнитивно-екзистенциална груповая терапия (Iverach et al., 2014; цитат: Barrera и Spiegel, 2014; Breitbart et al., 2000; Chochinov et al., 2004; Kissane et al., 2004). Тези екзистенциално-хуманистични подходи към лечението признават, че лицата, изправени пред смърт, изпитват физическа болка, както и психически страдания и екзистенциално страдание. По този начин, лечението е съсредоточено върху засилване на смисъла и целта, увеличаване на психосоциалната подкрепа, изграждане на взаимоотношения, подобряване на уменията за справяне, минимизиране на некачествени механизми за справяне, разрешаване на несъзнателни и съзнателни конфликти,

осигуряване на познание за депресивни симптоми и възможни задействия и промяна на моделите на нефункциониращо поведение (Chochinov et al., 2004: 137).

Смъртното безпокойство има потенциал да окаже дълбоко влияние върху човешката психика. Точно поради тази причина тревожността от смъртта е важен въпрос в почти всички теории. Въпреки, че няма категорично обединение за психотерапевтичен подход за тревожност от смъртта, последните развития са доста задоволителни. Правят впечатление опитите за обединяването на различните подходи с цел повишаването на ефективността на психотерапията. В последните години успехите на еkleктичните подходи са всеизвестни. Особено щом става дума за смъртта, използването на еkleктичен подход в психотерапията е още по-важно. Защото пътят, който човек избира да интерпретира в последния етап от живота и съществуването и дори след смъртта и справянето с тревожността от смъртта, е неговият собствен път. Поради това може би в терапията на смъртната тревожност трябва да се приеме медикалния принцип, че няма болест, а има болен, в този контекст няма смъртна тревожност, а има страдащ от смъртна тревожност.

## **2. Религиозни Перспективи за смъртта**

### **2.1. Смъртта в Юдаизма, Смъртта в Християнство, Смъртта в Исляма.**

Религията се опитва да даде отговор на много въпроси, които всъщност са и главните въпроси на човечеството. Например, "Какво съм аз?"; "Какъв е светът около мен?"; Какъв е смисълът на този свят?; Каква е моята връзката със този света?; Какво е естеството на това, което е извън нас смъртните? Какво означава смъртта? и др. Въпросът за смъртта и свързан с този въпрос въпросът за смъртната тревожност са едни от най-важните занимания на религията. На централното място на тази система стои страхът от природата и свързано с това страхът от смъртта, но една от важните функции на религията е минимализирането на страха от смъртта.

Всяка една от описаните религии признава единствено Бог т.е. монотеизъм. Това вярване води до твърдението, че единствено Той е Съдията на нашия

живот, който ще разполага с душите ни. Всички религии смятат, че добродетелите, които правим на земята са в основата, за да получим отвъден живот. В разгледаните три религии, смъртта се описва като неизбежна и загадъчна, свързано с това религиите се опитват да подготвят човека за смъртта и да минимализират тревожността от смъртта. Религиите влагат смисъл на нашето съществуване и дават обосновки за нашето обитаване тук на земята. Трите религии, особено християнството и исляма учат, че човек има не само тяло, но и душа и че когато настъпи смъртта, душата напуска тялото на човек и продължава да живее по нов начин, тоест се обещава безсмъртие. Животът след смъртта и в трите религии се представя, като нещо, което е продължение на тукашния живот. Няма обаче религия, която по един и същи начин да описва задгробния свят, както и да определя съдбите на душите по еднакъв начин с друга религия. Друга прилика е, че и в трите религии се засяга темата за възкресението, което се различава от реинкарнацията. Описани по този начин религиите може да се приемат и да се използват за значителен буфер срещу стресовите положения в човешкия живот, особено при тревожността от смъртта, като се внимава да не се допускат заблудите свързани с религиите.

## **ЕМПИРИЧНОТО ИЗСЛЕДВАНЕ**

В този раздел са обяснени целта, хипотезите, задачите, моделът, контингентът на изследването, инструментите за събиране на данни, събирането и преработването на данните, използваните статистически методи.

### **1. Цел**

Целта на настоящето проучване е межкултурно (Турция-България), емпирично измерване на тревожността от смъртта, тревожността като личностна черта и безнадеждността при медици, които често се срещат със смъртни случаи поради своите професии, със задача да се определи дали това често срещане със смъртни случаи има относително значение върху тяхната собствена тревожност от смъртта, тревожността като личностна черта и безнадеждността им и това как повлиява на тяхната професионална дейност. Също така сравняване на получените данни - сходството и/или разликите на данните и причините за

сходство и/или разлики. И на тази база изработването на модели за подкрепа на психическата готовност и психичното здраве на медиците.

## **2. Хипотези**

Като се има предвид универсалността на феномена смърт, са оформени следните хипотези:

**Хипотеза 1:** Между Турските медици и Българските медици по отношение на равнището на тревожността от смъртта, няма статистически значима разлика.

Като се има предвид геополитическите разлики между двете държави следващите хипотези са:

**Хипотеза 2:** Равнището на тревожността като личностна черта на медиците от Турция е по високо от медиците на България, следователно между двете групи има статистически значима разлика по отношение на равнището на тревожността като личностна черта.

**Хипотеза 3:** Равнището на безнадеждността на медиците от Турция е по високо от медиците на България, следователно между двете групи има статистически значима разлика по отношение на равнището на безнадеждността.

**Хипотеза 4:** Има умерена, положителна корелативна връзка между променливите на тревожността от смъртта, тревожността като личностна черта и безнадеждността.

## **3. Задачи на Проучването**

1. Теоретичен анализ на феноменът смърт, на тревожността от смъртта, на тревожността като личностна черта и на безнадеждността в съвременната психология и философия.

2. Подбор на участници (медици), които работят в отделения, където смъртните случаи се срещат най-често, като кардиология, онкологии, операционно, интензивно отделение и др. и сформирание на групи.



3. Подбор на утвърдени диагностични методи за изследване на тревожността от смъртта, тревожността като личностна черта и безнадеждността.

4. Качествен анализ на емпиричните данни.

5. Обобщаване на резултатите от изследването и формулиране на изводи и препоръки към практиката.

#### **4. Модел на Изследването**

В проучването, за определяне на нивата на тревожността от смъртта, тревожността като личностна черта и безнадеждността на участниците е използван модел на скалиране, който е подходящ за последваща статистическа обработка и за откриване на взаимовръзка между критериите.

#### **5. Генерална Съвкупност**

Всички медици, работещи в болници (държавна, частна и образователно-изследователска), където има отделения по кардиология, неврология, вътрешни болести, операционна зала, интензивно отделение и родилна зала в границите на европейската част на град Истанбул, Турция и всички медици, работещи в държавни болници, където има горепосочените отделения в границите на град Варна и град София, България.

#### **6. Извадка**

Извадката е получена чрез двустъпков клъстерен (гнездови) подбор. За целта на проучването са обхванати общо 193 лица – медици. 92 - ма от България, от град Варна и София - 17 акушерки, 29 медицински сестри и 46 лекари, всички работещи в държавни и образователно-изследователски болници, 67 жени (72,8%) и 25 мъже (27,2). 101 от Турция от град Истанбул - 21 акушерки, 33 медицински сестри и 47 лекари, работещи в държавни, частни и образователно-изследователски болници, 77 жени и 24 мъже. Процентното съотношение жени – мъже на участниците от Турция е 76,2% към 23,8%.

## **6.1. Характеристика на Групата**

- Всички участници са медици. При определяне на респондентите, беше значимо всички да са медици и да работят в отделения където често се срещат със смъртни случаи, като кардиология, неврология, вътрешни болести, операционна зала, интензивно отделение и родилна зала. Медиците от родилна зала са предпочетени не толкова за честото им срещане със смъртни случаи, благодарение на значителния медицински напредък, а по причината, че гинеколозите и акушерките при всеки случай са притеснени или разтревожени за двама души, което също може да е отразяващо върху тяхното лично отношение към смъртта. А също така при акушерките и гинеколозите има и едно по-специално състояние; от една страна усилие за ново начало-раждане а от друга страна, усилие за опазване на живота на майката и новороденото. Медиците от другите горе посочени отделения са предпочетени, след проучването на статистическите данни за смъртни случаи на лежащи болни в болници в Турция. Според данните през 2014-та, 2015-та, 2016-та година на Турската Статистическа Институтция (TUİK), повечето смъртни случаи се срещат на първо място в кардиологично-интензивни отделения и после в отделения като онкология, неврология, реанимация, детско-интензивно отделения, по време на операции и т.н. (TUİK, 2018);

- Всички участници са над 18-си години;
- Всички участници са най-малко със средно специално образование.

## **7. Инструменти за Събиране на Данни**

В изследването, след обширно проучване, бяха предпочетени инструменти за събиране на данни, които най-ефективно биха могли да разкрият тревожността от смъртта, тревожността като личностова черта и безнадеждността на участниците.

За измерване на нивото на тревожността от смъртта, е използвана Скала за Тревожността от Смъртта (СТСТП) на Торсън-Пауъл (Thorson-Powell). Причините, поради които тази скала е предпочитана, са:

- Скалата, е една от най-новите в тази област, разработена вземайки предвид предишните скали за тревожността от смъртта, като са допълнени липсващите страни на предишните;
- Скалата е с многоизмерен мащаб;
- Скалата е чувствителна към възрастовите различия (Йълдъз и Караджа, 2001).

За да се измери нивото на тревожността като личностна черта на участниците, е използвана скалата за тревожност (СТТ-Б) на Спилбергер (Spielberger), Тир-Б. Причините, поради които скалата Тир-Б е предпочитана, са:

- Скалата може да се използва при популацията в норма;
- Защото е скала за самооценка;
- Може да измери предразположението за тревожност на индивида.

За определяне на нивото на безнадеждност е използвана скалата за безнадеждност (СБ) на Айрън Бек (Aaron Beck). Причината за предпочитане на тази скала е:

- Че Скалата на Бек е единствената скала за безнадеждност, която е изследвана по надеждност и валидност в Турция и България.

За доставянето на оригиналната скала на Бек, беше кореспондирано по електронен път с Проф. Айшегюл Дурак Батъгюн, която е една от изследователките, привела изследването на валидността и надеждността на скалата в Турската популация в норма. Също така за скалата на тревожността от смъртта по същия начин беше кореспондирано с Проф. Мурат Йълдъз, който е един от изследователите привел изследване на валидността и надеждността на турския превод на скалата в Турската популация в норма.

В допълнение към скалите беше използван и информационен формуляр за демографски данни, разработен от изследователя специално за това изследване, с цел по-добро оценяване и сравняване на гледните точки на участниците.

## **7.1. Информационен формуляр за демографски данни**

Информационният формуляр за демографски данни съдържа въпроси свързани с пол, възраст, образование, семейно положение и др., също така дали участникът и/или семейството му имат сериозни здравни проблеми с риск от смърт, дали той и/или близките му са били изправени пред смъртни опасности, принадлежат ли към някоя религия и др., с цел да се получат по-добри и разкриващи резултати. Формулярът съдържа общо 24-ри въпроса, които са въпроси с множествен избор и въпроси с отговор „да-не“.

## **7.2. Скала за тревожността от смъртта на (СТСТП) на Торсън-Пауъл (Thorson-Powell)**

Първата версия на скалата за тревожност от смъртта, е създадена от Nehrke (1973), който обединява скалата за тревожност от смъртта на Boyer (1964) и скалата за тревожност от смъртта на Templer (1970), които до тогава са били най-често използваните скали в танатологията, като добавя един допълнителен айтем,

Скалата отново е ревизирана от Thorson и Powell през 1992-ра г. Те се взели предвид възрастната популация и са оформили скалата, състоящата се от 25 айтема, с въпроси изискващи отговори „да“ или „не“. Но от после, след направените изследвания, се е оказало, че възрастните не се затруднили да разберат или да отговорят на рейтингова скала на Ликерт, състояща се от „0“ до „4“-ри и след още една ревизия през същата година, айтемите са намалили на 20 и въпросите се оформили с рейтингови избори. Днес използваната версия на скалата е най-последната и най-актуалната версия.

17-те айтема на скалата са позитивни (въпроси: 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 22, 24), останалите 8 са негативни (въпроси: 4, 10, 11, 13, 17, 21, 23, 25). При пресмятането на точките, негативните се оценяват реверсивно, тоест, при позитивните въпроси изборът на „съвсем съгласен“ като взема 4-ри точки, при негативните въпроси този избор се отбелязва с 0 точки (Йълдъз и Караджа, 2001: 46-47). Ранжа на нивото на тревожност е от 0 до 100 точки, като по-големите точки показват по-голямо ниво на тревожност.

В Турция изследването на валидността и надеждността на турския превод на скалата, за пръв път се е извършило от Йълдъз и Караджа през 2001-ва г. За надеждността, са използвани техниките; индекс на хомогенност и разделяне на половина. За валидност, са използвани техниките; факторен анализ и техники за вътрешна съгласуваност. След анализа на разделяне на половина, коефициентът на корелация е 0,73; коефициентът на cronbach alpha за вътрешна съгласуваност е намерен 0,84 (Йълдъз и Караджа, 2001: 46-47).

Друго адаптивно проучване в Турция е извършено от Ак и Джонк през 2009-та година при юноши, тоест това е адаптивната версия на скалата при юноши. В това изследване коефициентът на вътрешна надеждност на скалата е 0,91; с метода тест – ретест, надеждността на скалата е 0,98 (Ак и Джонк, 2009).

### **7.3. Скала за тревожността като личностна черта (СТТ-Б) на Спилбъргър (Spielberger)**

Скалата за тревожност е разработена от Spielberger и приятелите му през 1970-та г., състои се от кратки айтеми и е въпросник за самооценка. Първоначално е разработена за разследване на тревожността при възрастни в норма, но в по-късните проучвания е доказано, че е подходяща и за лица с психиатрични разстройства, физически заболявания и също така и за млади хора в норма. Състои се от две субскали - TP-A: Ситуативна тревожност и TP-B : Тревожността като личностна черта.

Проучването за валидността и надеждността на скалата в турската популация е направено от Бонер и Ле Компте през 1975-та г. За вътрешна консистенция (хомогенност на айтемите) и за надеждността са използвани техниките; Kuder-Richardson 20, корелациите Remainder Item и тест тест-повторение. Коефициентите на надеждността на скалата са между 0,83 и 0,87, получени с алфа корелации, които са разширена форма на формулата Kuder-Richardson 20. Корелациите на надеждността на айтемите са установени между 0,34 ile 0,72 и коефициентите на надеждността на тест и тест-повторение са между 0,71 ile 0,86 (Бонер и Ле Компте, 1998).

#### **7.4. Скала за безнадеждност (СБ) на Бек (Beck)**

Скалата за безнадеждност е създадена от Бек и колегите му през 1974 г. При изработването на тази скала са използвани два източника. 9-те от твърденията са взети от скалата на Heimerl, измерваща нагласите за бъдеще, като тези твърдения се преработени за сегашно време и 11-те твърдения са от клиничните случаи на пациенти с психиатрична болест, които изявяват песимистични възгледи и са безнадеждни. Скалата се състои общо от 20 твърдения, които измерват негативните очаквания от бъдещето и песимистичното ниво (Себер и др., 1993).

От участниците се изисква да определят най-верните отговори за тях и да ги отбележат с „да или не“. За твърденията 2,4,7,9,11,12,14,16,17,18,20 ако участникът е отговорил с „да“, се получава една точка, за твърденията 1,3,5,6,8,10,13,15 и 19 ако участникът е отговорил с „не“, се получава една точка. В противен случай не се дават точки. Полученият общ резултат показва нивото на безнадеждност. Резултатите, които могат да се получат от скалата варират от 0 до 20. Високите резултати показва високото ниво на безнадеждност.

Айтемите на скалата са групирани в три под-измерения. 1,6,13,15 и 19, отбелязват чувствата за бъдещето; 2,3,9,11,12,16,17 и 20, отбелязват загубата на мотивация и 4,7,8,14 и 18, отбелязват очакванията от бъдещето (пак там).

Проучването за валидността и надеждността на скалата в турската популация е направено от Себер, Дилбаз, Каптаноглу и Текин през 1993 г. и после още веднъж само за валидност от Дурак и Палабъйъкоглу през 1994 г. При първото изследване на Себер и др. (1993), коефициента cronbach alpha на надеждността е 0,86, корелациите между айтемите и общите точки варират от 0,08 до 0,71, надеждността на тест-повторение е 0,74. При второто изследване за валидността, проведено от Дурак и Палабъйъкоглу (1994), за „Емоции и очаквания, свързани с бъдещето“, коефициента cronbach alpha на надеждността е 0,78, за „Загуба на мотивацията“ е 0,72 и за „Надежда“ е пак 0,72.

## **8. Събиране на данни**

Дейността за събиране на използваните данни, обхваща период от три месеца – между януари и април 2018-та година. За реализиране на изследването беше използван един основен канал – пряко анкетиране на медици, работещи в горе посечените отделения. Всички участници по отделно бяха информирани, че получените данни ще останат конфиденциални и ще бъдат използвани само за научни цели. Събирането на данни, се основа на доброволен принцип.

## **9. Статистически методи**

Данните са обработени статистически посредством SPSS, v. 18.0. Използваните статистически методи са:

1. Описателна (дескриптивна) Статистика – средни стойности, стандартно отклонение, минимални и максимални стойности, диапазон, процентни отношения;

2. Independent Samples t Test– този тест е използван за сравняване на нивата на тревожността от смъртта и нивата на тревожността като личностна черта, на които данните показват нормално разпределение при двете независими групи (Турска-Българска);

3. Mann-Whitney U Тест - този тест е използван за сравняване на нивата на безнадеждността, на който данните не показват нормално разпределение при двете независими групи (Турска-Българска);

4. Корелационен Анализ – Въпреки, че данните на тревожността от смъртта и тревожността като личностна черта показват нормално разпределение, данните на безнадеждността не показват нормално разпределение и по тази причина е използван непараметричен корелационен тест на Spearman, за изложение на връзката между тревожността от смъртта, тревожността като личностна черта и безнадеждността.

## 10. Резултати и Обсъждане

В тази част на дисертацията са изложени получените резултати и тълкуванията им. Резултатите свързани с описателните данни на участниците и с хипотезите на дисертацията са представени под форма на таблици и графики.

### 10.1. Описателни констатации на участниците

**Таблица 1 (Таблица 4.1.1. ) Разпределение на Извадката по Професии (N = 193)**

		Специалност	f	%	
Участници	Лекари	Кардиолози	14	7,3	
		Невролози	18	9,3	
		Анестезиолози	17	8,8	
		Хирурзи	25	13,0	
		Вътрешни болести	19	9,8	
			Отделение	f	%
	Медицински Сестри	Интензивно	33	17,1	
		Онкология	29	15,0	
	Акушерки			38	19,7

Както се разбира от Таблица 1 и както беше отбелязано по-горе, участниците в извадката са медици, които работят в отделения където смъртните случаи се срещат най-често (ТУİK-турска статистическа институция, 2018). Също така от тук се разбира, че една от задачите на изследването (2), която беше да се подберат участници-медици, които работят в отделения където смъртните случаи се срещат най-често, е изпълнена успешно. Друго което се забелязва е почти равномерното разпределение на извадката по професионален признак, тоест групирането е релевантно на извадката, което не е случайно постигнато, за разлика от всички останали критерии. Въпреки, че резултатите не са обработени спрямо подгрупите (напр. кардиолози, хирурзи или медицински сестри работещи в интензивно или онкологично отделение), за да бъдат получени максимално най верни резултати, старанието беше да се получи приблизително същия брой еквиваленти от всяка група. Като се разбира от горепосочената Таблица 1 най-голямата разлика е между кардиолози и хирурзи, което не е повлияло на резултатите, защото както беше обяснено групата се разгледа общо като лекари. Анкетите, които не отговаряха на всички тези посочени критерии бяха анулирани (приблизително 25).



**Таблица 2 (Таблица 4.1.2.) Дефинирани Демографски Данни на Участниците (N = 193)**

Демографски Данни		Мин – Мак		Средна
<b>Възраст</b>		20	70	43,4
		<b>f</b>		<b>%</b>
<b>Пол</b>	Жени	144		74,6
	Мъже	49		25,4
<b>Образование</b>	Средно Специално	12		6,2
	Полувисше	20		10,4
	Висше	55		28,5
	Магистър	13		6,7
	Доктор	93		48,2
<b>Семейно положение</b>	Омъжена – Женен	110		57,0
	Неомъжена – Неженен	53		27,5
	Разведен (а)	23		11,9
	Вдовец – Вдовица	7		3,6

От Таблица 2 ясно се вижда, че средната на възрастта на участниците е 43,4. От това може да се направи извод, че извадката се състои от млади участници. Забележително е неравномерното разпределение на извадката по полов признак. Разпределението е силно асиметрично в полза на жените ( $n = 144$ ), чийто брой силно доминира броя на представителите на мъжкия пол ( $n = 49$ ). Процентното съотношение мъже – жени е 25,4% към 74,6%. Тук трябва да се отбележи, че това асиметрично разпределение не е от значение, понеже половият признак не е определящ за това изследване, той има значение само за описание на обекта. Участниците със средно специално образование представят групата от медицински сестри и акушерки. От които 11-те са от турската група и 1 от българската група, общо 12 (6,2%). Повечето от участниците са с висше образование ( $n = 55$ ) 28,5%. От тези резултати разбираме, че в днешно време, вече повечето медицинските сестри и акушерки са висшистки, особено в България, което има положително отражение и в клиничната дейност на медицинските сестри и акушерките, спрямо болните. Като се разгледа семейното положение на участниците, ясно се разбира, че повече от половината от участниците са женени 57,0% ( $n = 110$ ), а тези, които са неженени или разведени общо заемат 39,4% ( $n = 76 - 53$  неженени и 23 разведени). Което ни наемква, че хората и от двете държави, все още предпочитат брака. Като последно, но по-важност първично спрямо посочените демографски данни, трябва да се отбележи, че проведените статистически анализи показаха, че няма

статистически значима разлика спрямо възрастта, пола, образованието и семейното положение. Тоест, нивото на тревожността от смъртта, нивото на тревожността като личностна черта и нивото на безнадеждността не е статистически значима спрямо възрастта, пола, семейното положение и образованието на участниците.

## **10.2. Описание на Другите Демографски Данни**

Информационният формуляр за демографски данни, съдържа въпроси, които имат принос за отстраняването на функциите на приетите за това изследване, като външни фактори (напр. сериозно заболяване със смъртен риск, загуба на обичани хора, религия, имат деца или нямат, колко деца имат и др.), които според научната литература, може да имат влияние върху тревожността от смъртта, тревожността като личностна черта и безнадеждността, с цел по-ясното изразяване на експлозията на честото срещане със смъртните случаи при медици. Проведените статистически анализи показват, че тези външни фактори, някои от които са изброени по-горе, в този дисертационен труд нямат влияние върху нивото на тревожността от смъртта, тревожността като личностна черта и безнадеждността при медиците и поради тази причина не се описаха с таблици или графики. Според получените статистически резултати, може да се отбележи, че тава което се цели основно да се измери (честото срещане със смъртни случаи) е относително изолирано, което повишава надеждността на изследването. Според получените резултати: 39 (20,2%) участници работят в образователно-изследователски; 102-ма (52,8%) в държавни и 52-ма (26,9%) в частни болници. Повечето от участниците имат деца 136 (70,5%) и 57 (29,5%) от тях са бездетни. По броя на деца, с най голям процент са участниците с по две деца ( $n = 67$ ) 34,7%, най-високия брой на деца е установено като 5, при двама участници от Турция. Също така е установено, че 170 (88,1%) от участниците, което е доста висока степен, са избрали професията си по свой избор и сега 141 (73,1%) изпълняват с обич професията си, като 13 (6,7) не обичат професията си и 39 (20,2) почти с обич извършват професията си. Тези резултати са много важни, тъй като професията без това е трудна и изтощаваща, особено честото срещане със смъртни случаи и ако от друга страна професията не се изпълнява с желание, това може да доведе до професионално изчерпване или както се знае в

литературата до бърнаут синдром, което също може да има влияние и върху тревожността от смъртта. Всеизвестно е, че по-голямата част от времето на повечето хора е заето с професионалната дейност и пак вече се знае много ясно, че професионалният стрес действа продължително върху човека и има последствия, които могат да допринесат до различни нарушения, или да са отключващи за други разстройства. В изследването беше проучено и религиозното състояние на участниците, в допълнение към горе изброените по причината, че изследването се извършва в Турция и България, където културите и религиозните предпочитания са различни. От получените резултати се разбира, че 144 (74,6%) от участниците са се представили като принадлежащи към някоя религия, а останалите 49 (25,4%) са отбелязали, че не принадлежат към никаква религия. От тези участници, 15 (7,8%) души не са уточнили точно към коя религия принадлежат, 86 (44,6) са отбелязали, че са мюсюлмани, 42-ма (21,7%), че са християни и 1(0,5%), че е будист. От тук ясно се разбира отношението на участниците към религията, което дава представа и за културната разлика между двете държави - отношението е на половина. Също така се забелязва, че участниците в по-голям процент 20,7% са силно вярващи, като процента на много силно вярващите е 9,3% и много малко вярващите са 2,1%. Друго което бе изследвано е дали участниците имат сериозни здравни проблеми със смъртен риск и се оказва, че 175 (90,7) души нямат сериозни здравни проблеми, а 18 (9,3) имат, които са Диабет Тип 1, тумори и онкологични заболявания. Също така 175 (90,7%) от участниците не са претърпявали сериозни операции, което също е високо ниво и 169 (87,6) не са били изправени пред сериозен риск от смърт. Друго, което е интересно от получените резултати е въпреки, че извадката се състои от медици, повечето от участниците 87,0% не са преминавали през обучение свързано с подходи към смъртта и/или терминално болни, тези които са изразили, че са преминавали (13,0%) описват лекциите по време на висшето обучение, но нуждата от таква обучение се разбира от процента на одобряващите обучението по този въпрос, който е 79,8%. За провеждането на обучение по тази тема, общото мнение е, че трябва да бъде изнесено от професионалисти и, че трябва да бъде насочено към болни, близки на болни и към медиците, които често се срещат със смъртни случаи.

## Констатации Свързани с Хипотезите на Дисертацията

### 1. Констатации свързани с Хипотеза 1

*Таблица 1.1. (Таблица 4.2.1.1.) Интерпретация на Резултатите на Тревожността от Смъртта Според T тест за Двете Групи (Българска-Турска N = 193)*

	Групи	N	Средна	Sd	T	P
Тревожност от смъртта	Българска	92	46,96	13,74	0,81	<b>0,415</b>
	Турска	101	48,72	16,11		

Както се разбира от Таблица 1.1. различията между средното ниво на тревожността от смъртта при Българска група ( $\bar{x} = 46,96$ ) и Турска група ( $\bar{x} = 48,72$ ) на ниво 0,05 е статистически незначимо. Така може да се заключи, че разликата между средното ниво на влияние от честото срещане със смъртни случаи при медици не е статистическо значимо, следователно хипотеза 1 (между Турските медици и Българските medici по отношение на равнището на тревожността от смъртта, няма статистически значима разлика) е утвърдена. Пак от таблицата се разбира, че нивото на тревожност от смъртта при Турските medici е малко по-високо от тези на Българските. И за двете групи може да се отбележи, че нивото на тревожността от смъртта е много леко повишена (26-50), което всъщност показва, че честото срещане със смъртни случаи, има влияние върху намаляването на тревожността от смъртта на медиците, както твърдят екзистенциалистите и когнитивно-поведенческите психотерапевти. Също така, въпреки различните култури, религии и дори различното медицинско обучение при двете групи, близкото ниво на тревожността от смъртта показва универсалния характер на феномена смърт и както беше подчертано на много места в дисертацията равенството на смъртта.

Смъртта по принцип е част от ежедневиия живот, но ние хората често забравяме това или предпочитаме да живеем така сякаш смъртта не съществува. Но както е всеизвестно, медиците, които извън индивидуалното срещане със смъртта, поради професиите си често се срещат със смъртни случаи и са специална група професионалисти, която поема отговорността на съществуването и на други лица и те просто нямат възможност да забравят за

смъртта. Според някои научни изследвания свързани с тази тема, това често срещане със смъртта, води до потискане и отричане и свързано с тези, до повишаване на тревожността от смъртта (Hunt, и др., 1983; Thorson и Powell, 1996). Също и според Ledenberg и Joshi, въпреки, че медиците свикват със смъртта чрез честата среща, това дългосрочното излагане на болести и смъртни случаи, причинява повишаване на тревожността от смъртта. Дори Ledenberg и Joshi, твърдят, че хора с високо ниво на тревожност от смъртта, съзнателно избират лекарската професия, с цел преодоляване на смъртната си тревожност (Озкириш и др., 2011). А според други изследвания, както е в психотерапията на фобиите, честото срещане има ефект за намаляване на тревожността от смъртта (Cochrane и др., 1990-91; Namata и др., 2000; Peritone, 1981; Ертуфан, 2008; Ялом, 2011; Актюрк, 2014). Според Бауман (2012: 229), ниското ниво на тревожността от смъртта при медици е свързано с „всекидневната проба“. Както се разбира, от изброените примери, в научната литература няма равенство за ефекта на честото срещане със смъртта, спрямо тревожността от смъртта. Коемо може да се обясни с многомерната форма на смъртта, но както бе отбелязано и по-горе, в този дисертационен труд се установи, че честото срещане със смъртта има влияние върху намаляването на нивото на тревожността от смъртта.

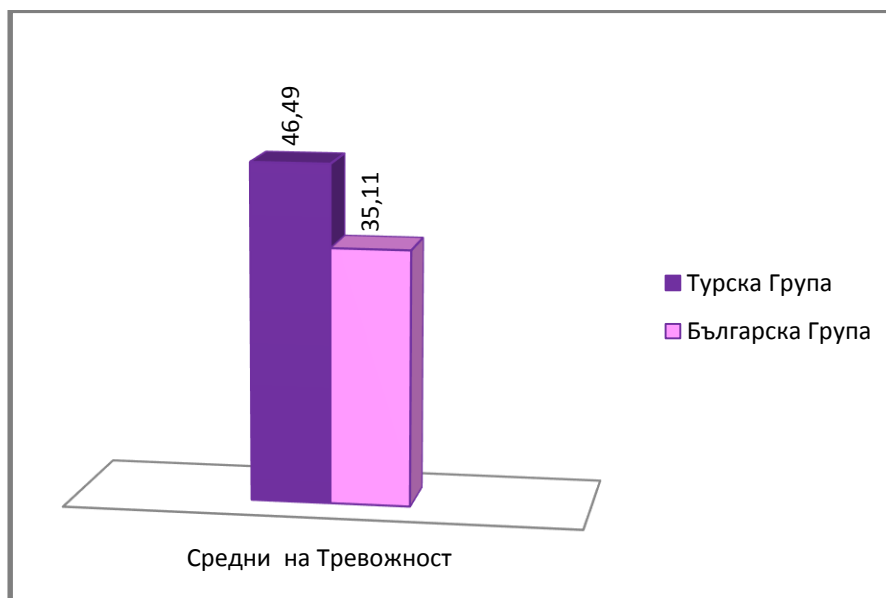
## 2. Констатации свързани с Хипотеза 2

**Таблица 2.1. (Таблица 4.2.2.1). Интерпретация на Резултатите на Тревожността като Личностна Черта Според Т Тест за Двете Групи (Българска-Турска N = 193).**

	Групи	N	Средна	Sd	T	P
Тревожността като личностна черта	Българска	92	35,11	7,42	11,47	0,000
	Турска	101	46,49	6,23		

От Таблица 2.1. ясно се разбира, че нивото на тревожността като личностна черта на Българската група медици ( $\bar{x} = 35,11$ ) е по-ниско от нивото на Турската група ( $\bar{x} = 46,49$ ), следователно разликата е статистически значима на ниво 0,01 ( $P < 0,01$ ). Свързано с тези резултати, хипотеза 2 (равнището на тревожността като личностна черта на медиците от Турция е по високо от медиците на България, следователно между двете групи има статистически значима разлика

по отношение на равнището на тревожността като личностна черта) също е утвърдена като хипотеза 1. Нивото на тревожност на Българската група е леко повишена (25-35), докато нивото на тревожност като личностна черта на Турската група е изразено повишена (над 45).



**Графика 1 Средни на Тревожността като Личностна Черта на Двете Групи (Българска-Турска N = 193).**

Тревожността, засяга човешкия организъм по различни начини. Тревожността, може да се определи като безпричинен страх от неопределена опасност и тревожността се очертава и като симптом и като синдром. Въз основа на получените резултати и въз основа на тези определения, разликата между медиците от двете държави по отношение на тревожността като личностна черта, може да се свържи с различията на двете държави спрямо геополитическо, социоекономично, социокултурно и религиозно състояние. Живота в държава като Турция и особено в мегаград като Истанбул (всички участници са от Истанбул), допринася до трудности, свързани с пренаселено население, съжителството с различни етнически групи, безработица, интензивен трафик, вътрешна и външна миграция и много др. Всички тези изброени, по отделно са причина за тревожност и като се комбинират с професия, която си има свои сложности, особено честа среща със смъртни случаи, нивото на тревожността като личностна черта е очаквано да бъде висока. Също така както вече беше

отбелязано и по-горе, професионалният стрес действа продължително върху човека и има последствия, които могат да допринесат до различни нарушения, или да са отключващи за други разстройства, в случая валидността на висока тревожност. Друга причина за високо ниво на тревожност може да е като допълнение на изброените, извършването на професията от дълги години. Средната на професионалните години е 19 години, като най-дългите работни години са отбелязани като 45. Резултатите от проучванията за тревожност като личностна черта, проведени с медици от Турция, до голяма степен са паралелни с резултатите получени от това изследване. Изследването на Демир (2005), с медицински сестри, работещи на смени показва, че нивото на тревожността както личностна черта на медицинските сестри е също изразено повишено ( $\bar{x} = 47.84$ ). Друго изследване за тревожността като личностна черта, проведено при медици, работещи в операционна зала е на Бюлюкбаш и др., (1998), където също нивото на тревожност е ( $\bar{x} = 45,83$ ) изразено повишено. Други примери за подобни изследвания, с високо ниво на тревожност са изследванията на Дурмуш и Гюнай (2007); Токучджу (2006) и Мушлу и др. (2012).

### 3. Констатации свързани с Хипотеза 3

**Таблица 3.1. (Таблица 4.2.3.1.) Интерпретация на Резултатите на Безнадеждност Според Mann-Whitney U Тест за Двете Групи (Българска-Турска N = 193).**

	Групи	N	Средна	Sum R.	U	P
Безнадеждност	Българска	92	91,55	8422,5	4144,5	<b>0,192</b>
	Турска	101	101,97	10298,5		

От горе посочена Таблица 3.1. се разбира, че разликата между средното ниво на безнадеждност при медици от България ( $\bar{x} = 91,55$ ) и медици от Турция ( $\bar{x} = 101,97$ ) на ниво 0,05 е статистическо незначима, като средната на Турската група е по-висока от средната на Българската група. И при двете групи нивото на безнадеждност е леко повишено. Свързано с тези резултати хипотеза 3 (равнището на безнадеждността на медиците от Турция е по-високо от медиците на България, следователно между двете групи има статистически значима разлика по отношение на равнището на безнадеждността) не е утвърдена, тоест хипотеза 3 е отхвърлена. Очакването беше, че нивото на безнадеждността на

Турската група, също като нивото на тревожността като личностна черта де е по-високо от Българската група. Първа причина за това е свързано с причините изброени за високото ниво на тревожността като личностна черта, по-горе при групата медици от Турция, които са валидни и за безнадеждността. Също така, като се разгледа научната литература свързана с тревожността и безнадеждността на медици живеещи и работещи в Турция, се забелязва, че въпреки противоположните резултати, има признаци за по-високо ниво на безнадеждност при медиците. От друга страна едни от резултатите показват, пряко пропорционална корелация между тревожността и безнадеждността. Една друга причина, може да се свържи с отговорностите на медиците. Медиците, особено тези които често се срещат със смъртни случаи, освен медицинските си отговорности имат и друга важна отговорност, да поддържат надеждата на болния и на близките им, дори да знаят, че вече няма надежда за тях. Това състояние и тези усилия може да се отразят обратно върху индивидуалната безнадеждност на медиците. Тъй като трудовият живот на лицата не може да се разглежда отделно от личния им живот и е неизбежно трудовият живот да не се отрази на индивидуалния и индивидуалния живот на трудовия. Друга причина за очакването в тази насока е извършеното пилотно качествено проучване през 2014-та година, с цел събиране на данни за магистърска дисертация по същата тема. Проучването беше проведено с 20 медицински сестри и бяха използвани формиран въпросник състоящ се от 21 въпроса, звуков запис и скали, които са използвани и в това изследване. Задачата на пилотното проучване бе улавяне на признаци за тревожност от смъртта, тревожността като личностна черта и безнадеждността, чрез словесното изражение и сравняване на получените резултати с точките получени от скалите. На въпросите свързани с безнадеждност като „Как оценявате професионалното си бъдеще?“ и „Как оценявате бъдещето си като цяло?“. 18 от 20-те респондента обобщено са изяснили, че нямат положително очакване свързано с професиите им в бъдеще, и в бъдеще като цяло. Като причини са изброени трудността на професията, сложните пациенти, ниските заплати, дежурствата, дискомфортните условия, конфликти с началници и колеги и др.



В обобщение може да се подчертае, че получените резултати дават представа за подобренieto на всички горе изброени отрицателни очаквания, което е обещаващо като цяло.

#### 4. Констатации свързани с Хипотеза 4

**Таблица 4.1. (Таблица 4.2.4.1.) Интерпретация на Резултатите от Корелативен Анализ Spearman между Нива на Тревожност от Смъртта, Тревожност като Личностна Черта и Безнадеждност**

		Тревожност от смъртта	Тревожност	Безнадеждност
Тревожност от смъртта	Корелация	1	<b>0,249*</b>	<b>0,191*</b>
	P		0,000	0,008
	N	193	193	193
Тревожност като личностна черта	Корелация	<b>0,249*</b>	1	<b>0,376*</b>
	P	0,000		0,000
	N	193	193	193
Безнадеждност	Корелация	<b>0,191*</b>	<b>0,376*</b>	1
	P	0,123	0,000	
	N	193	193	193

\*\*Корелацията е значима на ниво 0.01

**Таблица 4.2. (Таблица 4.2.4.2.) Емпирични правила за интерпретация на корелационния коефициент (Донев, 2016 цитат по Калинов, 2010, стр. 95)**

Стойност на $r$		Интерпретация на корелацията
0.00 до 0.30	-0.30 до 0.00	Много ниска положителна/отрицателна
0.31 до 0.50	-0.50 до -0.31	Ниска положителна/отрицателна
0.51 до 0.70	-0.70 до -0.51	Умерена положителна/отрицателна
0.71 до 0.90	-0.90 до -0.71	Висока положителна/отрицателна
0.91 до 1.00	-1.00 до -0.90	Много висока положителна/отрицателна

Според таблица 4.2. показваща корелативната връзка между нивата на трите променливи се разбира, че между тревожността като личностна черта и безнадеждността има ниска положителна корелативната връзка ( $r = 0,376$ ,  $p < 0,01$ ), между тревожността като личностна черта и тревожността от смъртта много ниска положителна корелативната връзка ( $r = 0,249$ ,  $p < 0,01$ ) и между тревожността от смъртта и безнадеждността също много ниска положителна

корелативната връзка ( $r = 0,191$ ,  $p < 0,01$ ) според таблица 4.2.4.2. Свързано с всички тези резултати хипотеза 4 е отхвърлена (има умерена положителна корелативна връзка между променливите на тревожността от смъртта, тревожността като личностна черта и безнадеждността). Според резултатите може да се отбележи, че в противоположност на очакванията има много слаби връзки между променливите, следователно не може да се направи извод свързано с влиянието на параметрите едно между друго, за разлика на теоретичната част на дисертацията. Понеже както бе отбелязано, повечето теоретици и клиницисти са подчертали силни връзки между тревожност, тревожност от смъртта и безнадеждност (Ялом, 2011; Киркегор, 2001, 2009, 2013; Йълдъз, 1998, Караджа, 2000). В научната литература има проучвания на които резултатите са противоположни на това изследване, където се е установила умерена положителна корелативна връзка ( $r = 0,653$ ,  $p < 0,01$ ) между безнадеждност и тревожността от смъртта (Ехтияр и Юнгюрен, 2008). В изследването на Саръкая (2013), между тревожността от смъртта и тревожността като личностна черта се установила умерена положителна корелация, което също е противоположно с резултатите на тази дисертация. Друго изследване проведено с болни показва високата връзка между тревожност (личностна и ситуационна) и тревожността от смъртта (Хал и др., 2016). Но има и съвпадащи резултати, където не се е установила значима връзка между променливите (Бахадър-Йълмаз и Ергюн, 2010, Актюрк, 2014).

## **Заклучение**

Смъртта е валидна за всички живи същества на земята. Тя е най-голямото равенство и най-категоричното събитие. От една страна известна на всички, от друга страна най-дълбока тайна. Феноменът смърт, в историческия процес винаги е бил фокус на интерес и любопитство и разгледан от много дисциплини (философия, психология, социология, медицина, теология и др.) и също така се разбира, че ще бъде разглеждан и още дълги години. Въпреки, че времената и дисциплините са различни, целта им е еднаква: Да се изясни този много важен и по-скоро жизненоважен универсален феномен, за да се предаде необходимата ценност на живота и да се намери подходящо и ефективно средство за минимизиране или изкореняване на тревожността от смъртта. Защото

изследванията, проведени при клинични и неклинични популации, са предоставили убедителни доказателства, че тревожността от смъртта е важен въпрос, върху който е необходимо съсредоточаване. Както твърди и екзистенциалната перспектива, тревожността от смъртта изглежда е основен страх и е в ядрото на редица психични разстройства, като хипохондриазис, паническо разстройство, тревожност при отделяне, депресия и нарушения в храненето, което доказва още веднъж нуждата за преодоляването на този проблем.

Всестранни са теориите които се опитват (психоаналитична, екзистенциална, хуманистична и др.) да дадат принос в тази област, също така и психотерапиите (когнитивно-поведенчески, екзистенциална, психоаналитична, теорията за управление на ужаса и др.) за лечението на тревожността от смъртта. Има вече и доста теоретични и емпирични изследвания с цел за разкриването на връзката на тревожността от смъртта с различни фактори (напр. пол, възраст, професия, образование, семейно положение, религия, култура, преживени опасности и др.) и следствията на тревожността от смъртта (напр. депресия, страх, безнадеждност, тревожност, търсене смисъл в живота, себеактуализация, благосъстояние и др.). От направените проучвания и от прегледаната литературата в тази област, се установи, че между резултатите на научните изследвания и между различните теории има противоречия и недостатъци.

Свързано с всички тези се създаде темата на дисертационния труд и за изследване се избра група, състояща се от медици, които често се срещат със смъртни случаи. Всеизвестно е, че скъпоценността на живота е в основата на всички клинични дисциплини и опазването на живота е първостепенна клинична цел. На първо място са медиците, които се обучават в тази насока, които са отговорни и за съществуването на другите, дори си имат клетва свързана с това (клетвата на Хипократ). От една страна за медиците смъртта е врагът, който трябва да бъде завладян, а когато се случи смъртен случай, то представлява поражение и неуспех за тях. И това положение е парадоксално, но е и разбираемо. Тук въпросът е дали това често срещане със смъртта намалява тревожността от смъртта? С друго казано, един вид проба на твърденията на екзистенциалистите, свързани с честата среща със смъртта, която според тях

довежда до свикване. Тази дисертация се основа на търсенето на отговор на този въпрос и на приноса в научна област свързана със смъртта и с тревожността от смъртта.

Според получените резултати се установи, че и при двете групи (Българска-Турска) нивото на тревожността от смъртта е много леко повишена, което всъщност показва, че честото срещане със смъртни случаи, има влияние върху намаляването на тревожността от смъртта на медиците, както твърдят екзистенциалистите и когнитивно-поведенческите психотерапевти. Заедно с тревожността от смъртта бе изследвана и тревожността като личностна черта и безнадеждността при медиците. Според резултатите са установи, че между двете групи няма статистически значима разлика относно безнадеждността, но спрямо тревожността като личностна черта, се установи, че медиците от Турската група са относително по-тревожни от Българската, което се свързва с различни фактори, като геополитическо, социокултурално, религиозно, състояние на Турция. Също така целта беше установяването на умерена положителна корелативната връзка между трите променливи, но според резултатите не се установи корелативна връзка, което може да е предпоставка за други научни изследвания.

В заключение може да се отбележи, че тревожността от смъртта, тревожността като личностна черта и безнадеждността се влияят от много различни фактори. В този ракурс има нужда от различни и нови научните изследвания.

## **Препоръки**

В съответствие с резултатите от изследването могат да бъдат направени следващите предложения:

1. Предполага се, че медиците, трябва да се изследват надлъжно от първи курс до края на студентството и след като започнат да се занимават професионално с професията, така че медиците, които често се срещат със смъртни случаи поради професията си, може да бъдат тествани по-здравословно спрямо експлозията и последиците от нея.

2. По време на медицинското обучение да се наблегне повече на темата смърт, тревожността от смъртта и последиците и.
3. Прилагане на периодична програма за продължаващо обучение по време на професионалния живот, свързана със смъртта при медици грижещи се за смъртно болни.
4. Да се планира и проектира периодичната психотерапевтична подкрепа от професионалисти спрямо медици, които се срещат много често със смъртни случаи, тежко болни и техни близки.