

## **LELKIGONDOZÁS JELENTŐSÉGE AZ ÉLETVÉGI DÖNTÉSEK KIALAKÍTÁSÁBAN, SAJÁT FELMÉRÉS ALAPJÁN**

**Zsolt NÉGYESI<sup>1</sup> – István PÓCZE<sup>2</sup>**

### **ABSTRAKT**

In many countries in Europe, euthanasia and assisted suicide is a legal option and, which raises complex issues in the Christian culture, is highly doubtful about their moral acceptability. One of the important tasks of the science of practical theology is to support alternative gentle solutions and to promote them with their own means. Based on the results of our questionnaire-based research, it can be said that institutional strengthening of spiritual care and “orientation” type pastoral care can be of great importance because it can contribute to shape the patient's attitudes. Therefore, in the future, we should put more emphasis on the development and practical work of the methodology of the "orientation" type pastoral care.

**KEYWORDS:** „orientation” type pastoral care, life-end thinking

### **BEVEZETÉS, A KUTATÁS HÁTTERE**

Gyógyító munkánk során a krónikus belgyógyászati osztályon szerzett tapasztalatainkra, és a betegekkel való személyes beszélgetésekre alapozva egyre világosabb lett számunkra, hogy a lelki támogatásnak, a spirituális szükségletek kielégítésének, meghatározó szerepe lehet az egyén életvégi döntéseinek irányára vonatkozóan. Magas ugyanis azoknak az aránya, akik a radikális életvégi megoldásokat preferálnák, mint az eutanázia, vagy az asszisztált öngyilkosság [7], amennyiben a magyar törvények megengedők lennének. A magyar egészségügyi ellátórendszer intézményeiben azonban a lelki szükségletek kielégítéséhez nem azonos hozzáfé-rési eséllyel, jutnak hozzá a betegek, hanem területi egyenlőtlenségek figyelhetők meg attól függően, hogy hol található megszervezett kórházi lelkigondozás, vagy ennek csirái valami-lyen szinten fellelhetők-e az adott intézményben. Nem csak a lelkigondozás kiépítettségének a szintje lehet fontos az életvégi orientáció hatékonyságát tekintve, hanem a betegek lelkigondozásról való ismereteinek mélysége, valamint a lelkigondozásra való belső igényé- nek megléte, spirituális szükségletei kielégítésének a megléte és formája [5].

### **A VIZSGÁLAT MOTIVÁCIÓJA, CÉLJA**

Korábban hasonló témában történtek tudományos felmérések és értékelések a lelkigondozással kapcsolatos ismeretekről és igényekről felnőtteket ellátó intézetekben [4], valamint gyermekkorházban [10] egyaránt. Olyan tájékozódás azonban, amely a lelkigondozást, mint életvégi döntésekre befolyással bíró lehetőséget vizsgálta volna Magyarországon – tudomásunk szerint még nem született, illetve még nem vált publikussá. A fentiek

---

<sup>1</sup> Dr. Négyesi Zsolt Ph.D., MD., MSc., MATheol.

Munkahely: Fővárosi Bajcsy-Zsilinszky Kórház Rendelőintézet, Email cím: negyesizsolt@yahoo.com

<sup>2</sup> Dr. Pócze István Ph.D., MATheol. evangélikus lelkész

Munkahely: ME KCSP egyházi ösztöndíjas, Svédországi Magyar Egyházi Protestáns Közösség, Fővárosi Bajcsy-Zsilinszky Kórház FB, Email cím: poecze@gmail.com

miatt határoztuk el, hogy saját felmérésünkben egyszerre vizsgáljuk a betegek életvégi helyzetekről, problémákról való gondolkozását, hozzáállását, attitűdjét, valamint a lelkigondozási ismeretek, szükségletek, illetve ezek rendszeren belüli egymásra hatását. Éppen ezért kifejezett célunk volt vizsgálati terepként olyan kórházi osztály kiválasztása, ahol az ellátott betegpopuláció abba az idősödő, valamint idős korosztályba tartozik, ahol az egyes életvégi kérdések etikai szempontból a gyakorlatban is felmerülhetnek.

Felmérésünk általunk legfontosabbnak tartott célja volt annak a vizsgálata, hogy a kórházi tartózkodás során a spirituális igények kielégítése, a megfelelő lelki támogatás biztosítása, lelkigondozás elérése, valamint a testi tünetek hatékony csillapítása hozzájárulnak-e az életvégi döntések keresztény etikai szempontból elfogadhatónak tartott megoldások irányába történő orientációhoz [3].

### **Vizsgálati kör és módszer**

A vizsgálati terep egy állami fenntartású fővárosi kórház krónikus belgyógyászati osztálya volt, amelynek ÁNTSZ engedéllyel rendelkező finanszírozott ágykapacitása 85 ágy. Itt a fekvőbetegeket, az ellátó személyzetet, és néhány látogatót kérdeztünk meg, kérdőíves módszerrel. A betegek közül kizárásra kerültek azok, akik kognitív károsodásuk miatt nem voltak képesek a kérdéseinket felfogni, megérteni, értelmezni, és arra értelmes módon válaszolni. Kizárásra kerültek továbbá azok a betegek, akiknek állapotuknál fogva megterhelést jelentett volna a vizsgálatban való részvétel, vagy haldokoltak, illetve azok is, akik nem szerettek volna válaszolni, nem egyeztek bele a vizsgálatba. A megkérdezetteknek teljes szabadságot adtunk a vizsgálat – akár menet közben történő – elutasítására, illetve az abban való részvételre, biztosítva a teljes anonimitásukat. Összesen 102 egyént vontunk a vizsgálatba, ebből 62 beteg, 25 dolgozó, és 15 látogató volt partner a kérdőív kitöltésében. A kérdezőbiztos átlagosan 30 percet töltött egy kérdőív felvételére. A munka megkezdésére írásos engedélyt követően került sor.

Kérdőívünk 37 kérdést tartalmazott [1]. A kérdőív fejléce tartalmazta a vizsgálat legfontosabb információit, beleértve az elvégzendő vizsgálat célját és a válaszadás körülményeit, feltételeit, mely utóbbiból a legfontosabb az önkéntesség és az anonimitás volt. A kérdőív első öt kérdése a válaszadó alapvető szociológiai adataival foglalkozott, majd az azt követő öt kérdés az egyén vallásosságát próbálta felmérni. A lelkigondozásról szóló ismeretek 14 kérdése tartalmazta az egyéni lelkigondozásra való igényt, valamint az intézményesített kórházi lelkigondozásra való igény megállapítását is. Öt kérdés a megkérdezett egészségi állapotára vonatkozott. A dolgozók és látogatók esetében a kórházi kezelésre vonatkozó kérdésekre korábbi tapasztalataik alapján kellett válaszolniuk, amennyiben ilyennel rendelkeztek. Szintén öt kérdés vizsgálta a halállal kapcsolatos attitűdök szokásos kérdéseit, a halál tabu jellegét, a család hozzáállását, a félelmet, a meghalás preferált helyszínét. Az utolsó öt kérdés a hospicepalliatív ellátás ismertségére, valamint a preferált életvégi megoldásokra kérdezett rá.

### **Kutatási összefoglaló**

Kutatási összefoglalónk elején szeretnénk megjegyezni, hogy hogy terjedelmi korlátok miatt nincs módunk arra, hogy mind a 37 kérdés leíró elemzését és bemutatását elvégezzük, így csak többnyire a dolgozatunk gondolatmenete szempontjából releváns életvégi kérdésekkel összefüggésbe hozható, illetve e gondolatmenetet megalapozó elemzéseket mutatjuk be.

#### *Az alapvető szociológiai adatok*

Az alapvető szociológiai adatok elemzése során megállapítható volt, hogy az összes válaszadó 64,7% nő, 35,3% férfi volt, ez az arány a betegek esetében a férfiak javára változott (56,5% nő, 43,5%férfi).

A válaszadók kor megoszlását vizsgálva azt láttuk, hogy 50 év alatti beteg nem volt, így azok az idősödő, illetve az idős korosztályhoz tartoztak, míg a dolgozók főleg a fiatalabb-, míg a látogatók többségében a középkorúak közé tartoztak.

A betegek lakóhely szerinti megoszlását vizsgálva azt láthattuk, hogy 79,0% budapesti lakos, 14,5 % vidéki lakos volt, 6,5% hontalan, illetve ismeretlen lakhely megnevezéssel rendelkezett.

A megkérdezett betegek 35,5%-a általános iskolát, 25,8%-a szakiskolát, szakmunkás-képzőt végzett, érettségivel 29%-uk, főiskolai, vagy egyetemi diplomával 9,7% rendelkezett.

A betegek családi állapotát vizsgálva megállapítható, hogy már nagyobb hányaduk özvegy 48,4%, a házasak és az elváltak azonos arányban szerepeltek 17,7-17,7%, a hajadonok, vagy nőtlének aránya 13%, és az élettársi kapcsolatban élők 3,2%. A betegek társadalmi kapcsolatait vizsgálva az volt látható, hogy 61,3% egyedül él, azonos a gyermekeikkel, illetve társsal élők aránya 17,7-17,7%, bentlakásos szociális intézményben 3,3% lakott.

#### *A vallásosság vizsgálata*

Az összes megkérdezett vallási megoszlását vizsgálva megállapítható volt, hogy a többsége katolikusnak vallotta magát (63,1%), jelentős volt még a reformátusok aránya (20,6%), míg az evangélikusok (2,9%) és az egyéb vallásúak (1,8%) aránya alacsonynak mondható. A megkérdezettek 4,9%-a nem vallotta vallásosnak magát, 6,7% pedig nem válaszolt. A megkérdezett betegek közül 26,2% vallotta magát egyházasan vallásosnak, míg 47,5% a maga módján vallásosnak. Ugyanezen kör 16,4% nem tudta megmondani, hogy vallásos-e vagy sem, 8,2% nem vallásosnak vallotta magát, 1,7% pedig nem válaszolt. Az összes kitöltő esetében az arányok hasonlóan alakultak, mint ahogyan a betegeknél. A maga módján vallásos válaszadók aránya véleményünk szerint azért lehet a vártnál magasabb, mert az idősek az egyházas vallásosság részének tekintik a rendszeres templomba járást, amit ők egészségi állapotuknál fogva sok esetben nem tudnak megtenni, így inkább a „vallásos vagyok a magam módján” kategóriát választották [9].

Az intézményesített vallási keretekhez való hozzáállás egyik szempontja a templomba járási kedv volt, amelyet vizsgáltunk. Itt az volt látható, hogy a fiatalabb korosztályt képviselő dolgozók és látogatók ritkábban járnak templomba, noha a nagy többségük valószínű, hogy megtehetné. Az idősebb korosztály ritkább templomba járása mögött több esetben a mozgáskorlátozottság, illetve mozgásképtelenséget előidéző egyéb betegségek állhatnak. A fenti tendencia megfelelhet azon a szociológiai felmérések eredményeinek, amelyek az intézményesített vallási keretektől való tartózkodást írják le a posztmodern társadalom jellemzőjeként [8].

#### *A lelkigondozással kapcsolatos igények vizsgálata*

Kérdőívünkben megkérdeztünk, hogy hallottak-e „kórházi lelkigondozásról” korábban. Az összes megkérdezett 77,8%-a igennel válaszolt, míg a betegeknél ez az arány 71% volt, a nemmel válaszolók aránya az összes vizsgáltnál 22,2% a betegeknél 28,8%, volt, a többiek nem válaszoltak erre a kérdésre. E mellett megvizsgáltuk az a kérdést, hogy korábban milyen arányban találkoztak lelkigondozóval a kórházi kezelésük alatt, illetve milyen arányban vettek igénybe lelkigondozói segítséget. Igen magasnak tűnik azon betegek aránya, akik még soha nem találkoztak lelkigondozóval 46,8%, míg legalább egy alkalommal csak 16,1% kapott lelkigondozást, a több alkalommal is kórházi lelkigondozásban részesültek aránya 33,9% volt, 3,2% azért nem tudott válaszolni, mert még soha nem feküdt kórházban. Az összes vizsgált esetében ezek az arányok 4-7%-al rosszabbak voltak.

Vizsgálatunk alapján nem igazolódott egyértelműen az az előfeltevésünk, miszerint a lelkigondozás tartalmát a vizsgált osztályon kevésbé ismerik, tekintettel arra, hogy nincs rendszeres megszervezett kórházi lelkigondozás. Az hogy a válaszadók többségének volt fo-

galma a lelkigondozás tartalmáról, az azt mutathatja, hogy egyrészt általános tájékozottságuk a városi szintnek megfelelő, másrészt a betegek az átlagosnál többet kommunikálnak egymással gyógyításuk körülményeiről, így hallhattak információkat azokról, akik már részesültek lelkigondozásban.

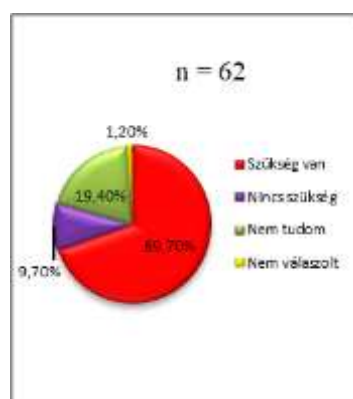
Dolgozatunk gondolatmenete szempontjából kiemelt kérdéskör a lelki-gondozási szükséglet felmérése. Ezt két területen tartottunk fontosnak vizsgálni, az egyik az intézményesített kórházi lelkigondozás területe, a másik pedig az egyén személyes igénye a lelkigondozásra. Meglepetést okozott számunkra, hogy ez a két igény, vagy szükséglet mennyire eltérően jelentkezett ugyanazon válaszadói körben.

A jobb összehasonlíthatóság kedvéért a 1. és a 2. ábrán két egymás melletti kördiagramon mutatjuk be az eltérő igényeket.



1. Ábra: Egyéni lelkigondozásra való igény betegek esetében

Forrás: Saját szerkesztés a felmérés alapján



2. Ábra: Intézményesített lelkigondozásra való igény betegek esetében

Forrás: Saját szerkesztés a felmérés alapján

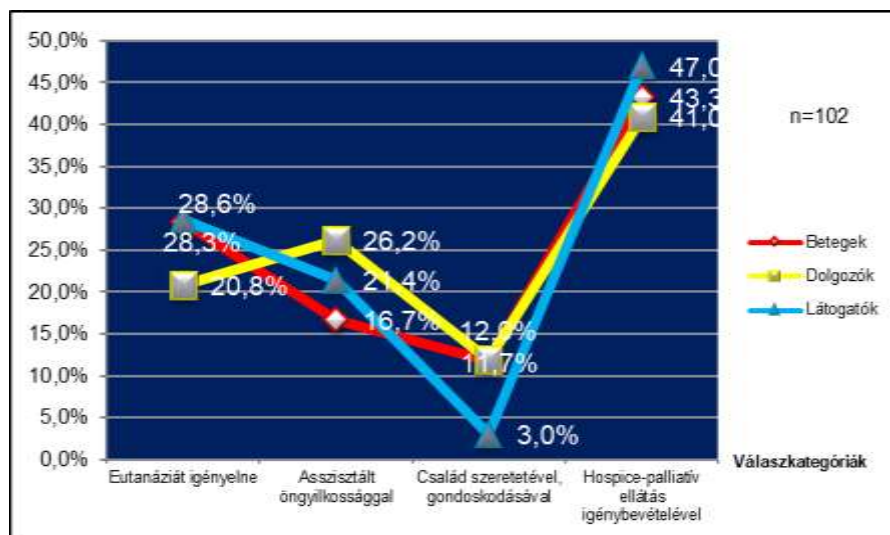
A fent ábrákból látható, hogy a megkérdezettek jelentős része egyetért az intézményesített kórházi lelkigondozói szolgálat kiépítésével, ugyanakkor, ha az egyéni lelkigondozói igényeket vizsgáltuk, hogy szeretne-e lelkigondozóval találkozni, akkor a többség elutasította azt. Ez összefügghet a „vallás privatizációjának” jelenségével [8]. Az egyén mindenkit ki akar zárni, aki e „privát” szféráját érinteni akarja annak érdekében, hogy „szabad” maradjon, másrészt elég erősnek érzik magukat ahhoz, hogy megküzdjenek a fellépő problémákkal. Ez a jelenség nem sajátossága saját kutatásunknak, hanem a már korábban említett lelkigondozás kutatásoknak is hasonló eredményre jutottak [4]. Csákyék szerint az elutasítók között lehetnek olyanok is „akiknek lehetne ilyen igényük, de ezt nem merik, nem tudják, vagy nem akarják kifejezni”. Ezzel magunk is egyetértünk, mivel magunk is láttunk lelkigondozóval beszélgetni olyan betegeket, akik korábban elutasítóak voltak. Ezért véleményünk szerint a nagyszámú elutasító válasza nem elvi alapon történhetett, erre utalhat a „nincs szükségem, de másnak ajánlanám” lehetőséget választók nagy aránya (36,1%).

A lelkigondozáshoz történő viszonyulásnak ez a különbözősége mindenképp a további és mélyebb kutatások szükségességét vethetik fel. A lelkigondozás megítélésének pozitív jelentőségére utal az is, hogy a megkérdezett betegek 72,9%-a szerint a lelkigondozó tevékenysége hozzájárul a kórházban való gyógyító munkához, és csak 10,2%-a negálta azt, míg 16,9% ezt nem tudta megmondani. Némek szerint vizsgálva a betegek személyes lelkigondozási igényeit 5,4%-kal kevesebb férfi igényelte azt, mint nő, míg a bizonytalanok száma férfiak esetében 8,2%-kal haladta meg a nők arányát. Az intézményesített kórházi lelkigondozásra való igény vizsgálatok a betegek esetében viszont 12,1%-kal magasabb volt

az igent mondó férfiak aránya a nőkénel, míg a „nincs rá szükség” választ 4%-kal kevesebb férfi adta.

*A megkérdezettek döntési hajlandósága az életvégi kérdésekkel kapcsolatban*

Kérdőívünkben megkérdeztük, hogy ha halálos betegség következtében a megkérdezettek elviselhetetlen szenvedései lennének, hogyan próbálna enyhíteni szenvedésein, ha a törvények megengednék? A válaszokat összesítve a 3. ábrán láthatjuk.



3. Ábra: Döntési hajlandóság az életvégi kérdések tekintetében  
Forrás: Saját szerkesztés a felmérés alapján

Az ábrán látható, hogy a betegek (28,3%) és a látogatók (28,6) magas aránya választaná a radikális életvégi megoldásokhoz tartozó eutanáziát, míg a dolgozók az eutanáziával szemben inkább a másik életvégi radikális megoldást, az asszisztált öngyilkosságot választanák (26,2%). Rákérdezésünkre a dolgozók elmondták, hogy náluk ennek a kategória preferálásának oka az, hogy úgy gondolják, a szükséges gyógyszerekhez könnyebben hozzájuthatnak, mivel munkájuk során mindennapi feladataik közé tartozik a gyógyszerekkel való foglalkozás. A másik ok, amit a betegek és látogatók is említettek az asszisztált öngyilkosság választásánál az az, hogy így nem kell kórházi körülmények között az egészségügyi dolgozók aktív és direkt segítségét kérni az élet befejezéséhez, hanem visszavonulhatnak a privát szférába. Kizárólagosan a család szeretetét és vigasztalását kevesen választották önmagában, hanem fontosnak tartották a fájdalomcsillapítást a lelkipozást és a spirituális igények kielégítését, ami komplex módon a hospice-palliatív ellátási formában valósul meg.

Az egyes radikális döntéseket választók esetében vizsgáltuk, hogy milyen vallásúnak mondták magukat, azonban a protestánsok viszonylag alacsony elemszáma miatt - betegek esetében (n=13) az összes megkérdezett esetében (n=24) - nem tudunk kellő erősségű következtetéseket levonni.

Felmérésünk során kíváncsiak voltunk arra, hogy akik a radikális életvégi döntéseket választották, azok valamely feltétel, vagy feltételek mellett hajlandók lennének-e döntésüket megváltoztatni. Az összes megkérdezett 39,7%-a válaszolta azt, hogy semmilyen módon nem tekintene el, hanem szeretné, ha tiszteletben tartanák autonóm döntését. 12,1% válaszolta azt, hogy eltekintene az agresszív életvégi döntéstől, ha szenvedései elviselhetők lennének. Ezek a válaszadók nagy valószínűséggel túlnyomóan a szenvedésektől való félelem miatt választanák az agresszív életvégi megoldásokat [3]. Jelentős volt azok aránya, akik azt választották, hogy korábbi döntésüket csak akkor változtatnák meg, ha a hatékony testi fájdalomcsillapítás mel-

lett a lelki, spirituális igényei is kielégítettek lennének, és így megfelelő lelki támogatást kapna (48,2%). Ez utóbbi azt jelzi számunkra, hogy a kórházi lelkigondozói munkának, a hospice-palliatív komplex ellátásnak nagy jelentősége van az életvégi döntési hajlandóság megfelelő orientációjában, az szelídebb megoldások felé történő terelésben. Ez is megerősíteni látszik, hogy fontos szervezési és fejlesztési feladatok adódnak e területen.

Felmérésünk értékelése során megvizsgáltuk, hogy azok, akik azt nyilatkozták, hogy nem tekintenének el a radikális életvégi döntésüktől 39%-a soha nem, jár templomba, 16% ritkábban, mint évente, 31% pedig csak nagy ünnepeken. Az istentiszteleti közösségnek, az ott szerzett benyomásoknak, lelki hatásoknak és befolyásoknak véleményünk szerint szerepe van a „keresztény minták” továbbadásában, az egyén véleményének, magatartásának formálásában. Ugyancsak a radikális döntésükben nem megingathatók 38%-a soha nem találkozott lelkigondozóval, 23% pedig csak egy alkalommal, pedig ezek a betegek idős, multimorbid sajátossággal bírnak, így korábbi kórházi tartózkodásuk is jelentősnek mondható, amelynek során nagyobb valószínűséggel találkozhattak volna lelkigondozóval. További vizsgálódásra lenne érdemes, hogy a „nem találkozás” oka elsősorban a kórházi lelkigondozás személyes igényének a hiányából, vagy a kórházi lelkigondozói hálózat nem kellő területi lefedettségéből adódik. Mivel ugyanezen megkérdezett betegkör 77%-a szükségesnek tartaná az intézményesített kórházi lelkigondozást, valószínűsíthető, hogy ez utóbbi nagyobb hangsúllyal szerepelhet az okok között.

Azok a megkérdezett betegek, akik azt nyilatkozták, hogy bizonyos feltételekkel eltekinthetnek a radikális életvégi döntésüktől 37%-a hetente, vagy legalább havonta egy alkalommal elmegy a templomba, 36% nagyünnepeken is. Ugyancsak a radikális döntésükben bizonyos feltételek mellett megingathatók 42%-a több alkalommal is részt vett lelkigondozáson, 5% csak egy alkalommal, míg e válaszadók között is magas a lelkigondozóval soha nem találkozottak aránya (53%). Ugyanezen válaszadói kör 53%-ának lenne igénye a személyes lelkigondozásra, míg 47%-uk úgy nyilatkozott, hogy személyesen nem igényelné azt, de az intézményesített, szervezett kórházi lelkigondozás megszervezését 74% helyeselné.

Az intézményesített kórházi lelkigondozási igényt és az életvégi döntési hajlandóságot az összes válaszadónál az 1. táblázat mutatja be.

Az alábbi táblázatból érdekes összefüggés olvasható ki, amikor azt látjuk, hogy az összes megkérdezettből (n=102), akik igent mondtak az intézményesített lelkigondozásra, viszonylag kevesen (35,6%) választották azt az ellátási formát, ahol a kórházi lelkigondozás rendszerbe építetten működik.

*1. táblázat: Az intézményesített lelkipozási igény,  
és az életvégi döntési hajlandóság összefüggése*

n=102	Eutanázia hajlandóság	Asszisztált öngyilkosság hajlandóság	Családi támogatás	Hospice-p. ellátás hajlandóság	Összesen
Igen szükség van intézményesített lelkipozásra	35,7%	14,3%	14,3%	35,7%	100,0%
Nincs szükség intézményesített lelkipozásra	20,0%	0,0%	0,0%	80,0%	100,0%

*Forrás: Saját szerkesztés a felmérés alapján*

Míg azoknak, akik nemet mondtak az intézményesített lelkipozásra, elsöprö többsége (80%) azt az ellátási formát választaná az élete befejezéséhez, amelybe szervezeten jelen van ez a szolgálat. Ezért érdeklődéssel vizsgáltuk a hospice-palliatív ellátás ismertségére és annak tartalmára vonatkozó kérdéseket, azt feltételezve, hogy válaszadóink az előző eredmények tükrében nem rendelkeznek elegendő ismeretekkel erről az ellátási formáról. A fiatalabb és a középkorostályt képviselő dolgozók és látogatók azt válaszolták, hogy ismerik, de nem volt még kapcsolatuk ezzel az ellátási formával, míg az idősebb korú betegek magas hányada vagy nem ismerte, hogy mi az (29,5%), vagy hallott róla, de nem tudta megmondani (44,3). A hospice palliatív ellátásról alkotott téves elképzelések között szerepelt, hogy az összes megkérdezett 7,2%-a szerint az egy magánkórházi forma, 9,6% szerint a hospice egy szociális otthon, 16,9% szerint egy fizetős haldoklókat ellátó intézmény, míg a megkérdezettek 66,3%-a találta el pontosan annak lényegét. A fenti értékelés mutatja, hogy további fontos feladat adódik a szelídebb életvégi ellátási formák megismertetése terén, illetve fontos lenne a pontos és részletes tájékoztatás a hozzáférhetőség kérdésében, amely magába foglalja mind a területi, mind a pénzügyi kérdéseket.

### **Következtetések**

Össességében úgy gondoljuk a felmérésben igazolódni látszik, hogy igény lenne az intézményesített kórházi lelkipozás további fejlesztésére azokon a területeken, ahol jelenleg ez nincs, vagy csak nyomokban lelhető fel, ennek fejlesztésére a területi egyenlőtlenségek figyelembe vételével javaslatok megfogalmazására lenne szükség.

A lelkipozás intézményes megerősítésének azért van nagy jelentősége a krónikus ellátó intézmények esetében, mert ez az ellátási forma hozzájárulhat a betegek szemléletének szelídebb megoldások irányába történő formálásához, alakításához. Ezen túlmenően az „orientáló” életvégi típusú lelkipozás módszertának fejlesztésére és a gyakorlati munkájára nagyobb hangsúlyt kell fektetni a jövőben annak érdekében, hogy a radikális életvégi döntésekre hajlamos embertársaink időben segítséget kapjanak [4].

## IRODALOM

1. BABBIE, Earl: *A társadalomtudományi kutatás gyakorlata*. Budapest, 1998. 181-195p. ISBN 963 506 158 7.
2. BÖGRE, Zsuzsa - KAMARÁS, István (szerk). *Vallásszociológia*. Budapest, 2013. 116-120p. ISBN 978-963-380-030-0.
3. CHOCINOV, Harvey M.: *Méltóságterápia*. Budapest, 2014. 1-4p. ISBN 978-615-5443-00-8.
4. CSÁKI-PALLAVICINI, Roger – ITTZÉS, András – SZABÓ Tünde – VÁRI, Andrea – MESTERHÁZY, Andrea – TOMCSÁNYI, Teodóra: *A lelkipozítással kapcsolatos ismeretek és igények vizsgálata kórházi betegek között*. Embertárs 1. (2003/1) 40-45p. ISSN 1785-0436.
5. FRANKL, Viktor. E.: *Orvosi lelkipozítás*. Budapest, 2015. 267-289p. ISBN 9786155147555.
6. HÉZSER Gábor: *A pásztori pszichológia gyakorlati kézikönyve*. Budapest, 2002. 141-152p. ISBN 963 300 930 8.
7. KÁLLAI János – KASZÁS Beáta – TRINGER István: *Az idősokorúak egészségpszichológiája*. Budapest, 2013. 376-378p. ISBN 978 963 226 434 9.
8. NÉMETH, Dávid: *Pasztorálatropológia*. Budapest, 2012. 141, 165-166p. ISBN 978 963 236 636.
9. SUSÁNSZKY Éva – SZÁNTÓ Zsuzsa: *Magyar lelkiállapot 2013*. Budapest, 2013. 63-77p. ISSN 20643721.
10. SÁVAI Margit: *Lelkipozítás gyermekórházban. Egy kérdőíves felmérés szubjektív tapasztalatai*. Embertárs 4. (2006/1) 90-94p. ISSN 1785-0436.