

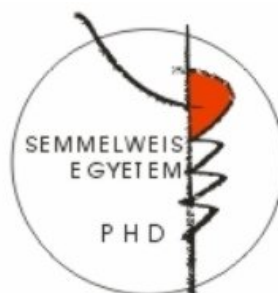
A halálkép alakulása és változása Magyarországon, a
korosztályos értékítélet-különbségek és a lehetséges mérési
módszerek vizsgálata. Tabu-e még a halál?

Doktori értekezés

Tóthné Zana Ágnes

SEMMELWEIS EGYETEM

Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola



Témavezető: Dr. Hegedűs Katalin egyetemi adjunktus, Ph.D.

Hivatalos bírálók: Dr. Kotics József egyetemi docens, Ph.D.

Dr. Matkó Ida egyetemi docens, Ph.D.

Szigorlati bizottság elnöke: Dr. Tringer László egyetemi tanár, Ph.D.

Szigorlati bizottság tagjai: Dr. Barabás Katalin egyetemi docens, Ph.D.

Dr. Tomcsányi Teodóra egyetemi tanár, Ph.D.

Budapest

2009

Tartalomjegyzék

1.	Bevezetés	
1.1.	Célkitűzések	5
2.	Problémafelvetés	5
3.	Hipotézis	7
4.	Kulcsszavak – definíciók	8
5.	Történeti áttekintés	9
5.1.	A halálkép kialakulása	9
5.2.	A halálkép megalkotói	11
5.3.	Spirituális, transzcendens és materialista viszonyulás	11
5.4.	Philippe Ariès elmélete a halálkép alakulásáról	14
5.5.	A halálkép és a rítusok változása a 20. században	15
5.6.	Nemi különbségek a halálkép alakulásában	23
5.7.	A média és a halálkép	24
5.7.1.	A 20. század halálképének alakulása a médiában	25
5.7.2.	Halál a filmművészetben és a korai filmekben	28
5.7.3.	Halál a mindennapi médiában	31
5.7.4.	A film és a valóság kapcsolata	32
5.7.5.	A média szemléletformáló ereje	34
5.8.	Miért vált tabukérdéssé a halál? Összefoglalás	35
6.	A halálfélelem illetve a halálatitűd mérésének lehetséges technikái	36
6.1.	Halálfélelem vagy halálszorongás? Mit mérünk?	36
6.2.	Halálfélelem skálák ismertetése	41
7.	Saját kutatás – előzmények	44
7.1.	A felhasznált mérőeszközök ismertetése	46
7.1.1.	Neimeyer és Moore-féle Multidimenzionális Halálfélelem Skála	46
7.1.2.	Lester Halál iránti Attitűd Skálája	48
7.1.3.	Spielberger Vonásszorongást mérő Skálája - Stai-T	50
7.1.4.	Rövidített Beck Depresszió kérdőív	52
8.	Minta és az alkalmazott mérési módszerek	53
8.1.	A célpopuláció meghatározása	53
8.1.1.	A csoportalkotás befolyásoló tényezői	53
8.2.	14-17 évesek csoportja – középiskolások	57
8.3.	18-25 évesek csoportja – egyetemi hallgatók	58
8.4.	26-54 évesek csoportja	58
8.5.	55-éven felüliek csoportja	59
8.6.	Nemek	59
8.7.	Validálás	59
8.7.1.	Neimeyer és Moore-féle Multidimenzionális Halálfélelem Skála	60
8.7.2.	Lester Halál Iránti Attitűd Skálája	63
9.	Eredmények – HADS	69
9.1.	Korcsoportok	69
9.2.	Nemi különbségek	73
9.3.	Medikusok	73
9.4.	Egészségügyi dolgozók	75
10.	Megbeszélés	79
10.1.	Foglalkozás	79
10.2.	Kor	82
10.3.	Nemek	86
10.4.	Depresszió és szorongás	87

11.	Az új eredmények alkalmazása, intervenciós stratégiák kialakítása.....	88
11.1.	A tanfolyamok mérése.....	89
11.2.	Kommunikáció az iskolában	91
11.3.	Kommunikáció a családban és a társadalomban Hiba! A könyvjelző nem létezik.	
12.	Összegzés és konklúzió.....	92
12.1.	Valóban tabu még a halál?	95
13.	Irodalom	98
14.	Köszönetnyilvánítás	108
15.	Melléklet	109

Rövidítések jegyzéke

MFODS – Multidimensional Fear of Death Scale, Neimeyer és Moore féle
Multidimenzionális Halálfélelem Skála

Lester – Lester Attitude Toward Death Scale, Lester Halál Iránti Attitűd Skálája

BDI – Beck Depression Inventory, Beck Depresszió kérdőív

STAI-S/T – Spielberger Stait-Trait Anxiety Inventory, Spielberger Állapot- és
Vonásszorongás Kérdőív

HADS – Hungarian Death Attitude Survey

1. Bevezetés

1.1. A dolgozat célja

- A halálhoz való viszonyulás szociológiai, antropológiai és pszichológiai aspektusainak elemzése, a különböző megközelítésmódok rendszerben való áttekintése
- A megváltozott halálkép illetve a változás tendenciájának bemutatása, a leginkább félelmet keltő faktorok vizsgálata és értelmezése különböző nemi, kor- és foglalkozási csoportok tekintetében
- Halálfélelem kérdőívek validálása magyar populáción
- A szorongást generáló halálfélelem oldása érdekében alkalmazott intervenciók lehetőségei áttekintése

2. Problémafelvetés

A témával kapcsolatban elsődlegesen az a kérdés merülhet fel, hogy miért szükséges foglalkozni a halálfélelemmel, hiszen az egzisztenciális szorongás az emberi természet sajátja? Valóban beszélhetünk egyfajta egészséges halálfélelemről, amely a túlélési ösztönben mutatkozik meg, ez az evolúciós örökségünk segít abban, hogy veszélyhelyzetben megvédjük magunkat. A halálfélelem spirituális dimenzióiban, amelyek az emberi kultúrában elsősorban a vallások által képeződnek le, választ kapunk egyes egzisztenciális kérdésekre: csökken a szorongás s így a vallás egyfajta protektív funkciót tölt be. A szekularizálódó társadalomban élő ember viszont elveszíti ezt a lelki támaszt, ezáltal a halálfélelem fokozódik. Gyakori a hitbéli bizonytalanság jelensége, márpedig az embernek – amennyiben elfogadjuk azt az axiómát, hogy az embert spirituális lénynek tekintjük¹ – kiegyensúlyozott életviteléhez szüksége van valami fajta hitre, legyen az vallásos, filozófiai vagy természeti jellegű (Elias 2000).

A halálfélelem kérdésével való foglalkozást indokolják a jóléti társadalmak sajátos demográfiai és gazdasági jelenségei, az ezekkel kapcsolatos változások is. Az átlagéletkor nagyarányú növekedésének jelensége a társadalomkutatók megfogalmazásában úgynevezett öregedő társadalmat eredményez. Az egyre nagyobb számú, krónikus megbetegedésekkel

¹ Itt fontos megjegyeznünk, hogy az ember, mint spirituális lény axióma csak egy, az általánosan elfogadott, de vitatott filozófiai (ontológiai, metafizikai) megközelítésmódok közül. Mint ahogy az is vitatható, hogy például a természettudományos alapokon nyugvó világgépet és gondolkodásmódot nevezhetjük-e hitnek.

küzdő (idős) ember ellátása, ápolása és elkísérése egyre nagyobb „terhet” ró a következő generációkra, nem csak anyagi, „gazdasági” szempontból – hanem mentálisan is, hiszen az elmagányosodó idős emberek lételeme a kommunikáció (és ez fordítva is igaz, egy egészséges mentalitású közösségnek fontos az idősebb társak tiszteletben tartása, véleményük figyelembevétele, a róluk való gondoskodás). Az egészségügyi ellátórendszer – mint a professzionalizálódott, szomatikus orvoslás központja – nem alkalmas arra, hogy a nagyszámú, kuratív terápiát nem feltétlenül igénylő betegeket, azok életminőségének fenntartásával vagy javításával megfelelően ellássa. Ennek anyagi és etikai, filozófiai, emocionális okai is vannak. A terápiás eszközök korlátozott volta miatt a mai egészségfilozófiánk utilitarista szemléletmódja² a még gyógyítható, jó életkilátással rendelkező betegek ellátását részesíti előnyben, azokét, akik még hasznos tagjai lehetnek a társadalomnak. A nyugati típusú társadalmakban – köztük a magyarban is – dominánssá vált biomedicina jellemzője a mindenáron való gyógyítás vágya: ha egy beteget nem lehet meggyógyítani, akkor ezt az orvos és a laikus társadalom egyaránt kudarcként, a gyógyítás kudarcaként éli meg. A halált a gyógyítás kudarcaként felfogó nézet elterjedésének köszönhetően a halál nem természetes folyamat többé, nem a teljes életkör szerves része, hanem szükségtelen rossz, amelyet igyekszünk kiküszöbölni, de legalábbis a lehető legmesszebbre tolni. Többek között a medikalizációnak köszönhetően a halálfélelem irreálisan megnövekedett és irracionális formát öltött (ebben szerepet játszik a haldoklók közösségből való kiemelését, elrejtését megvalósító hospitalizáció jelensége, az ide vezető lehetséges okok a Történeti áttekintés című fejezetben kerülnek bővebb kifejtésre). A halál irracionálisként való felfogásának megtestesítői az erőszakos vagy extrém, tragikus haláleseteket naturalista részletekkel bemutató filmek, tudósítások, az összetett problémával a Média című fejezetben foglalkozunk részletesebben. Az alapvető probléma tehát, hogy a halál (a „normális, hétköznapi” halál) el van rejtve a modern társadalomban, ennek következtében nincs megfelelő lehetőség a téma kommunikációjára, nincsenek helyzetek a kérdés egyéni és társas értelmi-érzelmi feldolgozására, ezért nincsenek rá fogalmi eszközök és érzelmkezelési technikák sem az egyéneken, amely tovább nehezíti az erről való kommunikációt.

A komor kép ellenére pozitív tendenciát tapasztalunk a halál, haldoklás problémakörével kapcsolatban. A társadalmi kommunikáció megindult: vitákat, előadásokat, kongresszusokat tartanak a témában, az egészségügyi szakemberképzés oktatási anyagában is

² Utilitarizmus: haszonelvűség. A bioetikai szakirodalomban azt a megközelítésmódot jelenti, amely a javasolt (terápiás vagy diagnosztikus) beavatkozás során a várható haszon/kár arányt veszi alapul a döntéshozatalban.

egyre inkább teret kap. Tehát elmondhatjuk, hogy az áttörés megtörtént, de a halálfélelem, illetve a halállal, haldoklással kapcsolatos szorongások annyira erősek, hogy akadályozzák a (súlyos, haldokló) betegekkel való kommunikációt (Hegedűs 2002). A halálfélelem lehetséges dimenzióinak vizsgálata segítséget nyújthat a kritikus területre fókuszáló intervenciók stratégiák kialakításához, az egészségesebb halálkép kialakulásához a mai magyar társadalomban.

A halálfélelem méréséhez elengedhetetlenül szükséges a megfelelő mérési technikák, a korrekt módszertani elemek használata. Mivel Magyarországon a pszichometriai mérések során eddig nem használtak validált halálfélelem kérdőívet, a 2004-óta tartó kutatás résztvevői³ két angol nyelvű, halálfélelem illetve halál iránti attitűd skálát validáltak magyar nyelven. A dolgozat a halálfélelem alakulásának lehetséges okain és a mai helyzet tárgyalásán túl bemutatja a skálák magyar nyelvű adaptációját, a skálákkal történő felmérések eredményeit és a következtetéseket.

3. Hipotézis

Feltételezésünk szerint a mai magyar társadalomban élő, különböző generációkra és társadalmi csoportokra jellemző halálkép eltérést mutat, amelynek alakulásában szerepet játszott a rítusok és hagyományok változása, a vallásos hit csökkenő szerepe, a természetes közösségek felbomlása és a családmódel átalakulása, a kommercializálódó társadalom és a média térnyerése, az orvostudomány technicizálódása. A halálkép alakulásában – az empirikus dimenzió túl – a spirituális tényezők hatása is lényeges. A transzcendencia és a spiritualitás meghatározó vonásai nemcsak egy adott korosztályra jellemző tendenciákat mutatnak, hanem szélesebb társadalmi összefüggésben is értelmezhetők és összehasonlíthatók. A rítusok átalakulása illetve megszűnése, a családi kommunikáció hiányos volta és a halállal való személyes tapasztalat hiánya szorongáskeltő faktor, amely hatással lehet a veszélyeztetett csoportok mentális egészségére. A média mint elsődleges ismeretszerző eszköz, torzít és gyakran egyoldalú, hamis mintát ad a meghalásról.

Kvantitatív kutatásunk kiinduló hipotézisei szerint:

- A nőkre erősebb halálfélelem és szorongás jellemző.

³ Zana Ágnes, Szabó Gábor, Hegedűs Katalin Ph.D.

- A fiatalok jobban félnek a haláltól, amely félelem a személyes tapasztalat hiányából, a hagyományok és a vallás csökkenő szerepéből, a lazuló családi kapcsolatokból táplálkozik, amely jelenségek ugyan minden életkorban ható tényezők, de feltételezésünk szerint fiatal korban a legintenzívebben.
- Az egészségügyi dolgozók halálfélelme magasabb a más foglalkozású személyekénél, munkájukból adódóan naponta szembesülnek a halál váratlan, bárkit utolérő voltaival és ez szorongáskeltő faktor.

4. Kulcsszavak – definíciók

Halál: biológiai, orvosi megközelítésben az életfunkciók irreverzibilis leállása; szekuláris megközelítésben az individuum megszűnése; spirituális, vallásos megközelítésben kapu egy új életre, egyfajta transzformáció. A Biblia három halálról tesz említést: természeti (testi), lelki és örök halál. De a halál mint a "bűn büntetése" gondolat is megjelenik a zsidó-keresztény kultúrkör halálfelfogásában (A Pallas Nagy Lexikona).

Halálfélelem (tanatophobia): szeparációs félelem, egzisztenciális szorongás, félelem a nemléttől és az ismeretlentől. A halálfélelem sokjelentésű fogalom, a haldoklással, meghalással kapcsolatos izolációtól, fájdalomtól, kiszolgáltatottságtól való félelmet vagy a (már vagy még) beteljesületlen célokkal kapcsolatos félelmeket is magába foglalhatja. (Részletesebb kifejtése a Halálfélelem modelljei c. részben)

Szorongás: a tehetetlenség tudatával összekötött félelem érzése, amely egészséges embernél is bekövetkezhet megfelelő körülmények közt. Valamilyen negatív érzelem, hasonló a félelemhez, annak konkrét tárgya nélkül. Éppen ezért a szorongást gyakran tárgyaltalan félelemként írják le. A szorongás tüneteit pszichés, vegetatív és viselkedési tünetekre oszthatjuk fel. Előfordul, hogy mindhárom tünetcsoport egyszerre jelenik meg, de nem ritka, hogy "disszociáltan".

Attitűd: Értékelő beállítódás, valamihez való viszonyulást jelent. A dolgozatban használt halál iránti attitűd fogalom a halálhoz való viszonyulásra utal, amelyben megkülönböztetünk pozitív (elfogadó), semleges és negatív (szorongást generáló) hozzáállást.

Halálkép: Emberi közösségek, kultúrák vagy egyének halálról alkotott személyes képzetek, magyarázatainak, az összessége, amely jelentés jellemzi a közösséget önmagát, identifikál. Ezek az adott kultúra fejlettségi szintjét tükröző meg gondolások, vélekedések, a halál, mint alapvető természeti törvény földolgozásában, megértésében és elfogadásában vannak tagjaik segítségére, illetve kötelezőek rájuk nézve. A halálkép szimbólumokból épül föl és sajátos eszmerendszert alkot, a vallási és materiális összetevőktől függően.

Tabu: Egy közösség egésze által, hallgatólagosan vagy kinyilvánítottan elfogadott tiltás, amely tárgyra és absztrakcióra egyaránt érvényes lehet. Betartását nem törvény, hanem íratlan szabályok teszik kötelezővé. A halál-tabu a modern társadalmak és a primitív társadalmaknak egyaránt jellemzője, lényeges különbség, hogy ez utóbbiban konkrét tárgyakhoz, személyekhez kötődik mint a halotthoz (például érintés tilalma), gyászhoz, temetéshez kötődő tabuk, addig a modern társadalmakban az absztrakció szintjén működik, a társadalom tagjai a kollektív tudattalan mélyére igyekeznek nyomni a halál – mint elkerülhetetlen vég – létét.

Rítus: Eredetileg vallástörténeti fogalom, amely a rítust mint ősi és ösztönös szent cselekvést tekinti a vallásosság legősibb és legelemibb formájának. Alkalmazása során az ember transzcendensként átélt élményeire reagálva spontán módon alakítja ki a maga viselkedési, cselekvési modelljeit, amelyek a későbbiekben szabályozott és stabil, intellektuális magyarázatot is nyerő, s egyebek mellett a szakrális világgal való kapcsolatot is manifesztáló tevékenységgé rögzülnek. Tágabb értelmezésben egy adott társadalmi, világi vagy vallásos csoportban, szubkultúrában kialakult, a közösség egésze vagy választott képviselője által gyakorolt, ismétlődő szokások rendszerét nevezzük rítusoknak. (bővebb kifejtés a Rítusok c. fejezetben)

5. Történeti áttekintés

5.1. A halálkép kialakulása

Az emberi kultúrában a halál, mint empirikus tabu jelenik meg és ez magyarázza az ambivalens viszonyulást: az emberi tudat számára a saját halála megtapasztalhatatlan állapot; olyan elkerülhetetlen és személyes esemény, amely életünk során kívül reked önreflexiónk

körén. A halálról csak evilági élményeink vannak, mások halálának szemtanújaként. A saját halálunk önreflexión túli volta szorongást keltő, ezért minden kultúra arra kényszerül, hogy az emberi tudat számára hozzáférhető, felfogható jelentéssel lássa el azt – kialakítsa halál- és túlvilágképét. A halálkép megalkotása révén a halál empirikus tabuja feloldhatóvá, jelentéstelivé válik. Az emberi közösségekben kialakuló halálképek közös jellemzője, hogy az élők közössége a halálon túl újraalkotja önmagát. Tehát a túlvilágot hasonló társadalmi berendezkedés jellemzi, mint az élők közösségét; a halál mibenlétéről alkotott tudást társadalmi terméknek tekinthetjük. Ez a szimbolikus felépítmény ráakodik a halál fiziológiai folyamataira – elsősorban az evilági lét mintájára: antropomorf kategóriák és viszonyok projekciója révén vagyunk képesek elgondolni a halál mibenlétét. (Berta 2001).

A zsidó–keresztény kultúrkörben kialakult halálkép jellemző vonása a megtapasztalhatón túli emberi közösség léte, amely spirituális jellegénél fogva halhatatlan, a tér–idő dimenzió a valóságostól eltérően új kategóriát alkot. A halálon túli világ felosztása – pokol és mennyország⁴ – a hívők, illetve a közösség felé irányuló szabályozó rendszerként működik, célja a közösség túléléséhez szükséges kooperáció és szabálykövetés elérése és az ismeretlen ismertté – ezáltal megérthetővé tétele. Magának a halálnak – az életműködés megszűnésének közvetlen magyarázatát – az éltető lélek távozásában látják, amely után a magatehetetlen test tárgyává válik. Általános meggyőződés szerint az ember addig él, amíg lélegzik. A lélek az utolsó lélegzettel, végső sóhajjal távozik. Az életerőt jelentő lélek azonban nem mindig a lélegzettel távozik, aki elvérzik, annak a vérében folyik ki a lelke. E szemlélet a kereszténység előtti képzetkörig nyúlik vissza (párhuzamai a rokon népeknél is fellelhetők, míg maga a képzet általánosan elterjedt a legkülönbözőbb kultúrákban), miszerint az embernek több lelke van (testlélek, képmáslélek), amelyek közül az egyiknek a távozása az élet megszűnését jelenti. *„A távozó lélek általában láthatatlan, de alkalmasint láthatóvá válik. Így gyakran pára formájában lebeg el a testtől. Ősi gyökerű képzet szerint a lebegő lélek könnyedségét a pillangó, méh, madár jelképezi. Más képzetkörök emlékét őrizték meg azok a hiedelmek, amelyek az életet csillaggal, gyertyával, fáklyával jelképezik, a halált pedig annak lehullásával, illetve kialvásával. Bár a halál az emberi élet természetes velejárója, mégis a népi hagyományban igen sok megfigyelés, tapasztalat, hiedelem, mágikus eljárás ismeretes arról, hogyan lehet előre kifürkészni vagy elhárítani, illetve milyen jelekre kell figyelni,*

⁴ Római és görög katolikusoknál hármass felosztás: pokol, tisztító tűz, mennyország; a zsidó vallásban többféle magyarázata van a túlvilági létnek, amely a Feltámadás „előszobája”. A „gyehenna” és az „éden” a pokol és a mennyország analógiája.

amelyeken keresztül az figyelmeztet közeledésére” – lásd haláljósítás (Magyar Néprajzi Lexikon 1977-82. 7-75.).

5.2. A halálkép megalkotói

A halálkép megalkotói hagyományosan a papok, spirituális vezetők voltak, a szakrális források és a paraszti hitvilág szimbólumainak, elemeinek beolvasztásával. A szakrális vezetők számára fontos volt a valóságosság, érvényesség érzete, a halálkép alakulásának követnie kellett a számottevő társadalmi, kulturális változásokat (Berta 2001). A halálról alkotott elképzelések így a közösség által elfogadott tabuk és előírások rendszerén alapulnak, az ehhez kapcsolódó rítusok betartásának, alkalmazásának felügyelete a vezetők feladata volt.

5.3. Spirituális, transzcendens és materialista viszonyulás

A spirituálishoz és a transzcendenshez való viszonyulás három nagyobb rendszert foglal magába, amely rendszerek gyakran flexibilisek, átjárhatóak.

*„Tudd meg, ó hős, hogy én, te s e harcosok mind, öröktől fogva élnek és örökkön-örökké élni fognak, mert a Lélek, a Valóság sohasem született és sohasem halhat meg! Törhetetlen és elpusztíthatatlan az Élet, csak a mulandó, tovatűnő keret és foglalat pusztulhat el. (...)
Mint ahogyan levetjük az elviselt ruhát, úgy veti le a lélek is test-köntösét és újjal cseréli föl. A test elmúlik, de a lélekhez fegyver nem érhet, tűz meg nem égeti, víz el nem fojthatja, száraz, hideg szelek el nem fonnyaszthatják! Oszthatatlan, ősi, hozzáférhetetlen, mindig szilárd, biztos; ám mindent elérő, mindenben átható, soha nem változó, mindig csak önmaga: im ilyen a lélek, az ember igazi valója. Miért sírsz hát acélkarú hős? Mi volna elbúsító ebben?”
(MAHÁBHÁRATA Kr.e. 16-17 sz.)*

A spiritualitás és a transzcendencia fogalma gyakran átfedi egymást, holott ezek a kategóriák egy lényeges szempontból elkülönülnek egymástól. A spirituális megközelítésben a lélek mint önálló létező jelenik meg, célja az örökkévalóság megismerése. Választ kíván találni a legvégső kérdésre, ennek a megismerésnek a vágya hajtja. Az emberi testben lakozó szellemmel való belső kommunikáció, a meditáció segítségével lehet elérni ezt az állapotot. A spirituális halálkép alapja, hogy a szellem a test enyészétével nem szűnik meg, hanem összeolvad a végtelennel, vagy új formában él tovább; része az örök és ősi Egynek. A távol-

keleti vallások (buddhizmus, konfucionizmus, sinto stb.) hitvilágában dominánsan jelen vannak a spirituális halálkép elemei. Természetesen a spiritualitás a nyugati vallásokban is megjelenik, de az előbbieknél a lélek önálló létezése és útja kiemelt szerepet kap.

"1. Ne nyugtalankodjék a ti szívetek: higgyetek Istenben, és higgyetek én bennem.

2. Az én Atyámnak házában sok lakóhely van; ha pedig nem volna, megmondtam volna néktek. Elmegyek, hogy helyet készítek néktek.

3. És ha majd elmegyek és helyet készítek néktek, ismét eljövök és magamhoz veszek titeket; hogy a hol én vagyok, ti is ott legyetek." (JÁNOS 14, 1-3).

A transzcendencia alapgondolata, hogy van egy mögöttes valóság, amely meghalad mindent, ami látható. Az általunk tapasztalt, a megnevezhető létezők mögött felsejlik egy másnemű ősvalóság léte, amely nem „rész szerint való, hanem a lét teljességét hordozza, ezért meghaladja megismerésünk határait. Ehhez a világhoz (amelynek része s szemlélői vagyunk) mégis köze van, mert minden más lét belőle fakad, sőt a keresztény filozófiai gondolkodás szerint szabad, teremtő gesztussal minden más létezőt ő alkotott és ő tart létben.” (Jelenits 2003, 9.o.), és amelynek részét képezi a spiritualitás.

A keresztény hit szerint maga Isten a transzcendens valóság – így a másvilág is transzcendens valóság. A vallásos megközelítésmód alapja a legfelsőbb létező mindent betöltő jelenléte és irányítása, tehát a lélek nem önálló létező; alárendeli magát az isteni hatalomnak. A különböző vallásokban jellemzően a legfelső létező antropomorf formában perszonalifikálódik. A halál után a lélek megítéltetik az életben elkövetett jó és rossz cselekedetek alapján. Tehát a lélek halál utáni sorsát befolyásolja az, ahogyan éltünk. Leming szerint a vallás kiváltja az emberben a halál miatti szorongás érzését, majd az általa kiváltott szorongást enyhíti (Leming, Dickinson 1998). Tehát a félelem – a vallását gyakorló, hívő ember szorong a haláltól, mert fél a megítéltetéstől – redukálódik azáltal, hogy nem kell félnie a megsemmisüléstől. Malinowski szerint a halál a vallásos hit fő forrása, hiszen az egzisztenciális szorongás a legerősebb az emberekben – félelem az ismeretlentől – de a hit enyhíti ezt a szorongást (Malinowski 1972). Pikó tanulmányában szintén a vallás protektív hatását emeli ki: „A halálozás és vallás kapcsolatát igazoló empirikus tanulmányok sokáig hiányoztak az elemzések palettájáról, amelynek oka legfőképpen az, hogy a halotti bizonyítványokon ilyen adatok nem állnak rendelkezésre. Longitudinális vizsgálatokban azonban - ahol az egyének egészségi állapotát éveket követik, beleértve az esetleges elhalálozását is - megfelelő alapot biztosítanak következtetések levonásához. Comstock és

Partridge (1972) 5 éves utánkövetés során arra a megállapításra jutott, hogy a templomi szertartásokon gyakran résztvevők körében a halálozás lényegesen kisebb mértékű volt. Az összhálaózás - tehát az oksági meghatározás nélküli halálozás - az ezt követő tanulmányokban is alacsonyabb értéket mutatott a vallásgyakorlók körében (pl. Zuckerman-Kasl-Ostfeld 1984; Bryant-Rakowski 1992), ami a szociál-epidemiológiai vizsgálatok relevanciáját bizonyítja ezen a kutatási területen.” (Pikó 1993)⁵

Leming (1980) 23 kutatás eredményeit összegezte, és arra a megállapításra jutott, hogy a halálfélelem és a vallásosság között harang alakú összefüggés található. Azokra a személyekre, akik a vallásosság-skálákon közepes pontszámot értek el, szignifikánsan magasabb halálfélelem jellemző mint a magas illetve alacsony pontszámú válaszadókra. Leming szerint a jelenség oka, hogy míg a vallásos embereknél a túlvilági élet és jutalom együtt jár a földi dolgoktól való könnyebb elszakadással; a nem vallásosoknál csak a világgal való kapcsolat megszakadása okoz félelmet, addig a mérsékeltén vallásos személyt a halál által mind a túlvilági megítéltetés lehetősége, mind a társas kapcsolatok elvesztése fenyegeti.

A vallásosság és a halálfélelem harang alakú összefüggésének igazolt hipotézisét találjuk Hintonnál (Hinton, 1982), aki kórházban végzett vizsgálata során azt tapasztalta, hogy azok a személyek, akik hívőnek vallják magukat, ám nemigen gyakorolják vallásukat, legutóbbi betegségük alatt szignifikánsan nagyobb szorongást tanúsítottak nemcsak a rendszeresen templomba járó, önmagát gyakorló hívőnek valló személyeknél, hanem a nem vallásosoknál is. (Békés 2000)

A metrialista halálképet ateista, naturális megközelítésmód jellemzi. A materializmus: „anyagelvűség” – filozófiai irányzat; világnézet, amely szerint a világ minden dolga, jelensége visszavezethető materiális okra (*Lametrie, Diderot, D'Alambert, Holbach, 1958*). A test a halál után elenyészik, az anyag átalakul, transzformálódik, de a szellem nem él tovább, létezése megszűnik. Az ateista megközelítésmód ennél is tovább megy, hiszen konkrétan tagadja a legfelsőbb létező jelenlétét. A posztmodern filozófia szerint ez egyfajta hit abban, hogy nincs Isten. A marxizmus elterjedése és a kommunista diktatúrák idején a hagyományos vallásos hit helyetti alternatívaként jelent meg a materializmus és ateizmus – a diktatúrákra jellemzőek a vallásos hit mesterséges eltorzítására tett kísérletek – ez utóbbi állítás a

⁵ Megjegyzés: a halálozás okát bevezették az egyházi anyakönyvekbe. A XIX század végétől a vallási hovatartozást is.

kommunista diktatúrát átélő magyar társadalom halálképe változásának értelmezésében kap jelentőséget.

5.4. Philippe Ariès elmélete a halálkép alakulásáról

Ariès a halálkép alakulásának négy jelentős korszakát elemezve kiemelte az adott korra jellemző attitűdöt, és az ehhez kapcsolódó szokásrendszert, a kora-középkortól az újkorig (Ariès 1977, Pilling 1999a).

A megszelídített halál a kora középkortól a középkor végéig tartó időszak jellemzője. A halál az élet természetes része, annak egyik – lezáró – szakasza. Nyilvános, a haldoklót a család, a barátok és a szomszédok veszik körül, de a kivégzések is a közösség színe előtt zajlanak – ez egyszerre a hatalom demonstrációja és szórakoztató látványosság. A jó halál az, amire fel lehet készülni, a haldoklás a bűnbocsánat, elmélkedés és a földi dolgok elrendezésének ideje (haragosokkal való kibékülés, anyagi ügyek rendezése, végrendekezés). A keresztények belenyugvással fogadták a halált, az élők nem félték a halottaktól – ebben az időben a holtak elhantolása közös, nagy sírgödrökben történt, később a csontokat kiemelték és a templomok, kolostorok falain belül halmozták fel (csonttárak).

Az **Önmagunk halála** a középkortól a 18. századig tartó időszak. A halál személyes jelleget öltött, művészi ábrázolásmódjára a perszifikáció jellemző: a halált gyakran a romlás külső jegyeivel (a Kaszás; rémisztő csontváz, rothadó testtel; Szent Mihály) ábrázolták. Ez a *dance macabre* korszaka, a halál az emberi élet csúcspontja, ez ad értelmet visszamenőleg az életnek. Az életszeretet, halál, öntudat között kölcsönös függőségi kapcsolat áll fenn. Az immár egyszemélyes vagy családi sírokat (kriptákat) a települések centrumában álló templomok kertjében helyezték el (Hegedűs 2006).

A másik halála – korszakában a sírok már nem a templomban illetve a templomkertben helyezkednek el, a közösségek „egészségügyi megfontolások” alapján (Hegedűs 2006) igyekeznek a városon kívül kialakítani a temetőket, mintegy szeparálva a holtakat az élőktől. A halál egyre nagyobb félelmet kelt, megjelenik az élve eltemettetéstől való félelem. Jellemző a halál erotikus megközelítésmódja – a szerelem és a halál képének összefonódása – a haldoklás, halál folyamatában, látványában az elragadtatás és iszonyat keveredik, a halál

katartikus élményként jelenik meg – itt utalhatunk azokra a művészeti alkotásokra, amelyekben a szerelmi jelenetek a halál kapujában, esetleg sírok között, kriptában játszódnak. A félelem elsősorban a családtagok elvesztésére irányul – a másik halálát túrhetetlen elszakadásként éli meg. Ekkor kezdődik a halottkultusz, a pompás temetések, díszes, ápolt sírok divatja (Lakner 1993).

A tiltott halál már korunk jól ismert halálképe, amelyben a hétköznapi, természetes halál lassan tabuvá válik, a haldoklás egyre inkább a kórházakban megy végbe. A hozzátartozók nem minden esetben tartózkodnak a haldokló mellett, a haldokló az agónia időszakában egyedül marad. A halál témáját cinkos hallgatás övezi. Paradox módon a nem természetes halálnemek esetében, például gyilkosság, baleset, a téma publicitást kap.

5.5. A halálkép és a rítusok változása a 20. században

Először tekintsük át röviden, hogy hogyan alakult a halálhoz való viszonyulás a 20. században. A halálkép befolyásoló tényezői közül a három legfontosabbnak ítélt jellemzőt emeltük ki.

Történelmi hatások, társadalmi átalakulások

A 19. század végén kezdődő és a 20. század elejétől folyamatosan tartó migrációs hullámok a modern kori városokban új közösségek létrejöttéhez vezettek. A különböző vallású, szokásrendszerű, szociokulturális háttérrel rendelkező beköltözők – kiszakadván eredeti szubkultúrájukból – új szokásokat honosítottak meg, de ezzel együtt, az akkulturációs folyamat⁶ során el is veszítették azok egy részét. Erős közösségek esetén új szokásrendszer jött létre, de gyakran a csoportkohéziós erő a nagy társadalmi különbségek miatt nem jött létre, ezen esetekben a folyamat az eredeti szokások elvesztésével, elhagyásával járt. Ez többnyire a jelentős életesemények közösségi megélésének, s a hozzájuk kapcsolódó szokások, rítusok elhagyását jelentette, így a halálhoz, haldokláshoz, gyászhoz kötődő szokásrendszer széthullását is (Zana 2007).

⁶ Akkulturációs folyamatnak nevezzük, amikor két különböző kultúra képviselői a kapcsolat korai szakaszában, az intenzív együttélés megkezdésekor megismerik, megtapasztalják egymás szokásait, betekintést nyernek egymás hiedelemvilágába, és ez átformálja a saját kultúra magatartásformáját és gondolkodásmódját. Az akkulturáció folyamatát befolyásolja az érintkezésbe lépett kultúrák merevsége vagy rugalmassága. (Zana Á. (1996): A „ hivatalos” vallásosság és a népi vallásgyakorlat hermeneutikai gyökerei

Ezzel együtt az Európa-szerte többszintű átrendeződést indukáló nagy világválság és a két világháború alapvetően megváltoztatta az emberek halálképét. A haditechnika ekkor tette lehetővé nagy távolságból nagy tömegek gyilkolását.⁷ A halál elsősorban erőszakos halált jelentett, váratlan, bárkit utolérő volta érzelmi sokkot okozott a szemtanúkban és a túlélőkben. Az emberek belefásultak a halál, haldoklás látványába, sok esetben érzelmileg kiüresedetté váltak vagy egyszerűen tagadással reagáltak az emberi elme számára felfoghatatlannak tűnő irracionalitás láttán. A nürnbergi perek kapcsán napvilágot látott dokumentum-felvételek, amelyek a koncentrációs táborokban történő gyilkosságokat, emberkínzásokat és emberkísérleteket demonstráltak, elképedést, hitetlenkedő reakciókat váltottak ki a szélesebb, újságolvasó, híradónéző tömegekből, azokból, akiknek nem volt személyes tapasztalata az eseményekről. A felsorolt jelenségeken kívül fontos megemlítenünk, hogy a társadalmi rendszerek változása is hatással volt a hagyományos közösségek széthullására (is) és ezen keresztül a halálkép alakulására. A modern kapitalizmusra jellemző individualizmus, specializálódás, kommercializmus alakította a halálfelfogást és ezek elemei többnyire a modern szocializmusban is megjelentek.

Szekularizáció

A tudományok növekvő szerepének jelentős hatása volt a vallástalanodás folyamatára. A materialista világkép 20. századi elterjedése átformálta az európai – köztük a magyar – társadalom ethoszát, világ- és túlvilágképét. A transzcendens hit szerint, amely vallástól függetlenül a lélek halál utáni továbbélésének dogmáját hirdeti⁸, a halál egyfajta transzformáció, amely a test enyészetével jár, ezzel egy időben pedig az individuum, a lélek más formában él tovább és születik újjá. A materialista világkép szemléletmódja, bár próbált új mintát nyújtani a halál és a halál utáni lét kérdésében, azt a társadalom nem tudta befogadni, megemészteni. *„Az a társadalom, amelynek tagjai többé-kevésbé egységesen elfogadták, mindennapi életük részének tekintették a halált és lelküket megnyugtatta a folytatás lehetősége, hirtelen azzal a tudással szembesült, hogy nincs túlvilági élet, csak a test*

⁷ A hadvezetési stratégia elképzelése az volt, hogy javul a harcoló katonák harci kedve, ha megtudják, hogy az otthon maradt hozzátartozóik meghaltak. Ezért kezdték el a békés lakosság korlátozás nélküli támadását mindkét világháborúban.

⁸ Jelen dolgozatunkban nem térünk ki más világvallások, mint a buddhizmus, konfucionizmus dogmáira, hanem az európai, elsősorban a magyar kultúrkörhöz kapcsolódó vallások halál és túlvilágképét vesszük alapul (katolikus, protestáns, zsidó vallás).

biológiai bomlásának folyamata.” (Zana 2007)⁹ A materializmust illetve az ateizmust sokan „új vallásnak” is minősítették, de a valódi vallások protektív szerepe ezeknél a szemléletmódoknál nem érvényesül.

Szomatikus orvoslás, biomedicina

A 20. század első felében az orvoslás lett a természettudomány diadalának megtestesítője. A robbanásszerű fejlődés alapvetően átalakította az emberek orvosláshoz, gyógyításhoz való viszonyát. A hagyományosan holisztikus – a test és lélek egységét szem előtt tartó szemléletmódot az orvoslásban felváltotta a „test mint gép” metaforaként értelmezhető modellje (Helman 1998), amelyben a beteg test, ezen belül a beteg szerv ellátására, „megjavítására” fókuszált az orvostudomány. *„A modern sebészet a szerv-transzplantációval, a mesterséges szervekkel, műtestrészekkel... megerősíti azt az elképzelést, hogy a test olyan készülék, ami az elöregedett és »meghibásodott részek« cseréjével javítható”* (Helman i.m. 23o.). Bekövetkezett a kopernikuszi fordulat: az ember csodája magyarázható és befolyásolható dologgá változott: a mindentől különböző olyanná, mint a többi dolog.

A biomedicina kialakulása szorosan összefügg az orvostudományban kifejlesztett és egyre nagyobb arányban felhasznált diagnosztikus és terápiás eszközök alkalmazásával. Ez olyan orvostechinikai eszközök elterjedését és mind szélesebb körben való alkalmazását is jelentette, amelyek segítségével az emberi élet a lehető legtovább fenntartható, abban az esetben is, ha már nincs valódi hasznára a betegnek; ilyen például a perzisztens vegetatív állapotú beteg¹⁰ életfunkcióinak tetszőleges ideig való fenntartása lélegeztetőgép segítségével, vagy az újraélesztés a terminális állapotú betegek esetében. Ennek köszönhetően átminősültek azok az évszázadokig egységesen értelmezett alapfogalmak, mint élő és halott (ember, test). Hagyományosan élőnek tekintették azt az embert, aki lélegzett és dobogott a szíve; holtta nyilvánították, ha leállt a szívverése, nem lélegzett, álla leesett, pupillája kitágult (a halál bekövetkeztének fiziológiai aspektusa válik dominánssá – ami a szervátültetések fejlettsége miatt vált szükségessé). Ma a klinikai halál állapotából is visszahozható a beteg, a modern diagnosztikus eszközöknek köszönhetően pedig megállapítható az agyhalál, mint fő

⁹ A halálfélelem és a halálhoz kötődő tabuk természetesen a hagyományos közösségekben is jelen voltak, csak nem okoztak ekkora szorongást és nem reagáltak rá kollektív tagadással.

¹⁰ Visszafordíthatatlan állapot, amelynek során agytörzsi halál áll be.

kritérium¹¹ – ezáltal elkerülhető a korábban oly rettegett tetszhalál állapota, és mint láttuk, a beteg akkor is életben tartható.

Mi a rítus?

A halálkép 20. századi alakulásában a technikai, tudományos fejlődés és a történelmi hatások mellett meghatározó szerepet játszott a közösségek életét szabályozó szokások változása. A szigorúan kultúrához kötött sajátos rítusrendszer alakulásának vizsgálata elengedhetetlen a kérdés komplex áttekintéséhez.

A rítusok, különösen a jelentős életeseményekhez – mint a halálhoz – kötődő szokások befolyásolják az életünkben bekövetkező változások elviselését és szorongásoldó, védő hatásuk is jelentős. A rítusok esetében a számtalan – tágabb és szűkebb – definíció közül igyekeztünk egy szűkebb, de általánosan elfogadott meghatározást találni. Eszerint egy adott társadalmi, világi vagy vallásos csoportban, szubkultúrában kialakult, a közösség egésze vagy választott képviselője által gyakorolt, ismétlődő szokások rendszerét nevezzük rítusoknak. (Helman 1998, van Gennep 2007, Frazer 1994) Tehát a rítus repetitív viselkedésforma, és alapvetően valamilyen meghatározott cél elérésére irányul (elvileg bármely ismétlődő rutincselekvés ilyen, a rítus specifikuma, hogy a tevékenység ismétlődése formájának, pontosságának annak reális jelentőségét erősen eltúlzó, azon túlmutató hatást, s következményként esetleg a tevékenység reális eredményén túlmutató eredményt tulajdonítanak).

A rítusok formái

A rítus lehet individuális, egy személy által gyakorolt vagy közösségi; lehet írásban rögzített, előírt protokoll, de lehet csupán a közösség által „hallgatólagosan” elfogadott szokások rendszere is, amelyet - bár nem kötelezően betartandó – a csoportkohéziós erő szabályai szerint többnyire a csoport minden tagja igyekszik követni. Alapja minden esetben a hagyomány. A rítusok – formájukat tekintve – lehetnek szakrálisak, szekulárisak, ünnepi vagy

¹¹ A mai bioetikai diszciplína egyik sokat vitatott kérdése, mi tekinthető a halál végleges, egységesen elfogadható kritériumának.

hétköznapi jellegűek, ezek gyakran keverednek egymással a közegtől függően, amely életre hívja őket. (Eliade 1987)

A **szakrális rítusok** elsősorban a valláshoz kötődnek, formájukat, alapjukat a személynek vagy közösségnek a transzcendenshez való viszonya határozza meg. Ilyen például az esti, otthoni imádság lefekvés előtt, római katolikusoknál a karácsonyi éjféλι mise, a zsidóknál a sófár megfűjása Ros Hasana idején.

Világi szokásaink, mint a vasárnapi családi ebéd, vagy a gyerekek lefektetésének esti rítusa, mindig az adott kultúra kontextusában értelmezhetőek. De ilyenek a konkrét eseményhez köthető szokások is, mint mikor valaki a számára fontos esemény (vizsga, műtét, előadás..) előtt kialakít magának egy rituálét, amit minden esetben betart, például ugyanazon az útvonalon közlekedik, mindig ugyanazt a bizonyos ruhadarabot veszi föl.

Az ünnepi rítusok kötődhetnek közösségi (például nemzeti) ünnepekhez és a jelentős életeseményekhez egyaránt. Ilyen jelentős életesemény lehet a család személyes ünnepein (születésnap, házassági évforduló, diploma) kívül a születés, házasságkötés, halál és temetés.

Hétköznapi rítusainkat joggal nevezhetjük inkább az individuum által kifejlesztett és alkalmazott rituáléknak – hiszen a transzcendenciát a legtöbb esetben nélkülözik – mivel maga az ismételt cselekvés nem rítus. Akkor rítus csak, ha bizonyos fajta végrehajtás pontos betartásának különös (racionálisan nem indokolható) jelentőséget tulajdonít az ember. A hétköznapi reggeli készülődés is lehet rituális, ha mindennap ugyanúgy ismétlődő szokásrendszer alakítunk ki, ez mindig az egyénre jellemző, ugyanúgy repetitív, tehát az ismétlődés szedatív hatása itt is működik, és a szimbolikus elemek beépítése is teret kap – mint a gyerekeknél az esti lefekvés: fürdetés, mese, ének rítusa.

Az átmenetek rítusai

A szakirodalomban átmeneti rítusokként definiált (van Gennep, 2007), pontos megfogalmazásban az átmenetek rítusai az életünkben bekövetkező jelentős életeseményekhez kötődnek mint a születés és halál, vagy a családi állapot megváltozása. A rítusok lényege, hogy segítségükkel a személy egy új életszakaszba lép át (Fejős 1979). Az átmeneti rítusok lehetnek egyaránt szakrálisak és szekulárisak is. Ezek közül elsősorban a halállal, haldoklással kapcsolatos rítusokkal foglalkozunk.

A magyar kultúrkörben a paraszti hitvilág és a vallás együttesen befolyásolták és alakították a halálhoz és haldokláshoz kötődő hit-és eszmerendszert. (Pilling 1999a) Az egyes társadalmakra jellemző bizonyos szokások (például tárgyhasználat, öltözködés, ünnepi rítusok) mindig felülről, a magasabb társadalmi osztályok felől indulnak ki, és sokszor évtizedek elteltével jutnak el a legalacsonyabb társadalmi rétegekhez (rítusok terjedésének linearitása). Minthogy azonban az értékrend és a tradíció mindig ez utóbbi rétegekben konzerválódik, és marad meg a „legősibb” formában, hajlamosak vagyunk úgy gondolni, hogy az eleve ennek a csoportnak a jellemzője volt. Nem véletlen, hogy a rítusokat vizsgálva a kutatók figyelmüket elsősorban a magyar parasztság halál- és túlvilágképe felé fordították (Kunt 1987).

A haldokló és halott kísérésének, ellátásának rítusai szigorúan meghatározott rendben, a nemű szerepek tisztán körülhatárolt keretein belül történtek. Így a beteg ápolása, a halott ellátása – például a gondozás, mosdatás, öltöztetés, siratás – mint testi kontaktust igénylő munka, minden esetben a nők feladata volt; a férfiak a haldokló, halott körüli gyakorlati teendőkben aktív, de a testi kontaktust nélkülöző feladatokat vállaltak: ilyen volt a koporsó ácsolása, beszerezése, virrasztás, ravatal állítása, halott hordozása és a sírás.

Halálhoz, haldokláshoz kötődő rítusok

„... Azon a reggel

csupa rokon jött, sirató nép.

Azon a reggel

sürögtek az öreg mosónék.

Azon a reggel

kendővel kötötték fel gyöngé állát.

Azon a reggel

lassan vezettek a földúlt szobán át.

Azon a reggel

rozsdás pénzt tettek kék szemére.

Azon a reggel

riadtan bámultam feléje.

Azon a reggel

csak hallgatott makacs ajakkal.

Azon a reggel

olyan volt, mint egy néma angyal.” (KOSZTOLÁNYI DEZSŐ: *Azon az éjjel*, 1910)

Szorosan a haldokláshoz és halálhoz kötődő rítusok a magyar kultúrában – mint a betegek kenetének felvétele illetve adása (a népi gyógyászatban évezredek óta alkalmazott megkenés megjelenik a szakrális rítusok között: az alapvető szentségek egyike a nagybetegek és a halottak szentsége, az „utolsó kenet”. Jézus megkenéséhez nárdus olajat használtak, amely valeriána kivonat; nyugtató és görcsoldó. Maga a „messiás” szó héberül annyit tesz: felkent)¹², a beteg ágyának mestergerenda alá történő helyezése, a halott szemének pénzzel való lefedése, állának felkötése, a halál után az ablak kinyitása, az órák megállítása – mind-mind az adott szubkultúrára illetve társadalmi csoportra jellemző sajátos rendszert alkottak. (Kunt 1987)

Jellemzően a kistelepülésen élő, hagyományörző, erősebben vallásos közösségek – mind a mai napig, a 21. századi technicizálódás dacára – őrizték meg, de legalábbis megővni igyekeznek a szűk környezetükre jellemző szokásokat (Józan 1978). A 20. század elejétől folyamatosan tartó migrációs periódusoknak köszönhetően azonban a kistelepülések elnéptelenednek, a nagyobb városokban pedig terjedőben van a különböző kulturális, vallásos háttérrel rendelkező vagy már szekularizálódott, jellemzően alacsonyabb szociális helyzetű réteg.¹³ Ezeknek az embereknek a beilleszkedési és anyagi nehézségeken túl meg kell küzdeniük a szülőföld hagyományainak elhalványulásával, elvesztésével is.

¹² „1. Jézus azért hat nappal a husvét előtt méne Bethániába, a hol a megholt Lázár vala, a kit feltámasztott a halálból. 2. Vacsorát készítének azért ott néki, és Mártha szolgál vala fel; Lázár pedig egy vala azok közül, a kik együtt ülnek vala ő vele. 3. Mária azért elővévén egy font igazi, drága nárdusból való kenetet, megkené a Jézus lábait, és megtörlé annak lábait a saját hajával; a ház pedig megtelék a kenet illatával.” János Evangyélioma 12. rész 1-3. Károli Biblia

¹³ A 40-es évek végén a fejlett világban mindenütt fakultatívvá vált a hitoktatás – s ennek következtében az évszázados és gyors szekularizációs tendenciák egyaránt felszínre kerültek. „Az újjáépítés és az intenzív iparosítás következtében Budapestre áramlott falusi fiatalok – szülőként – kevésbé vették igénybe a hittant, mint otthon tették volna. Ennek számos oka volt, az idősebb nemzedék jelen nem léte a tradicionális normák erejét erősen kikezdté - a motivációk közül Budapesten hiányzik a helyi közösség ereje is. Vidéken sok faluban egyetlen iskola van, mindenki oda járattja gyerekeit, az emberek figyelemmel kísérik egymás szokásait. De számít az is – ahogy erre adatközlőink visszaemlékeznek - hogy nem volt ismerős pap, akire doxikus magától-érthetődéssel rá lehetett volna bízni a gyerekek nevelését. S a segéd munkások, új szakmunkások számára referenciacsoportot jelentő régi szakmunkások évtizedes szekuláris hagyományaik miatt nem járatták gyerekeiket hittanra, a nagyvárosi életstílus – még akkori „kopott” formájában is – szekularizálóan hatott.”(Nagy 2005)

Kórházi rítusok

Mivel a haldokló és a halott ellátása napjainkban ritkán történik a beteg otthonában (mivel ott nincsenek meg a modern kor igényelte technikai lehetőségek a fájdalomcsillapításra, és egyéb feladatokra), az ezzel kapcsolatos rítusok kiveszőben vannak, úgyszintén megszűnik a halott otthoni felravatalozása, a siratás, virrasztás intézménye. Az egészségügyi ellátórendszer nem igazán ad lehetőséget a hagyományok megőrzésére (ez tapasztalatok szerint konfliktusokat okoz a kórházi ellátás során például az erősen hagyományörző cigány betegek és hozzátartozóik esetében). A haldoklók ellátásának rítusai hiányoznak leginkább, mivel a kórházi rítusok nem valódi rítusok, inkább szabványok vagy rutineljárások, az adott intézmény előírásait követve alapvetően technikai jellegűek, professzionális elemekkel – például a haldokló szeparációja a betegtársaktól, a halál beállta utáni két órás várakozási idő, fertőtlenítés. Ezt az űrt igyekszik betölteni a hospice ellátás, amely a palliatív terápia alkalmazásával a betegek életminőségére helyezi a hangsúlyt. Fontosnak tartja azt is, hogy az adott lehetőségekhez mérten a betegek elkísérése kórházi környezetben is személyes jelleget kapjon a különböző szokások felélesztésével – ilyenek például az otthonos környezet biztosítása, a hozzátartozók folyamatos jelenléte a terminális állapotú beteg mellett, vallásos beteg esetén pap, lelkész, rabbi látogatása, a halál beállta esetén gyertya gyújtása, családtagok bevonása a mosdatás, öltöztetés folyamatába. (Hegedűs 2000)

A halottat ma már nem az otthonában, hanem a halottasházban ravatalozzák fel. A hamvasztásos temetés elterjedésének oka részben a vallásos hit csökkenő szerepe – hagyományosan a holttest egészben való megőrzése és eltemetése a feltámasztás miatt szükséges (az erős istenhit elfogadtatja azt is, hogy a végítélet napján Isten a testet is képes feltámasztani a porból, hiszen mindenható) – részben a temetők csökkenő befogadóképessége. Az urnás temetések divatja új rítusokat szült, ma már választhatunk a szóróparcellás temetés (egy adott területen vízsugár segítségével szórják szét a hamvakat), és a szórásos temetés között (ebben az esetben a halott vélt vagy valós kívánságának megfelelően, tetszőleges helyszínen szórják szét a hamvakat – például folyóba, tengerbe, helikopterről vagy meteorológiai ballonnal felengedve). A szórásos temetési mód elterjedése a megfelelő gyász munka elvégzése és a hosszú távú, generációkon átívelő családi emlékezet szempontjából jelenthet problémát: a hozzátartozók nem tudnak hova visszajárni, sírt gondozni, és így a halál közvetve valóban megfoghatatlanná válik.

5.6. Nemi különbségek a halálkép alakulásában

Ebben a fejezetben a haldokló, halott ellátásával kapcsolatos nemi szerepek jellemzőit, legújabb kori változásait tekintjük át. A nemi alapon történő feladatmegosztás mozgatórugója hagyományosan a nemekre jellemző személyiségvonások empirikus ismerete volt. A szakirodalom szerint a nőkre a transzcendenciára és a szorongásra való fokozott hajlam jellemző, míg a férfiakra az erős érzelmi elfojtás, a racionális megközelítésmód – gondoljunk példának okáért a siratóasszonyok fontos feladatkörére, "siratóférfiak" nem voltak.

Nemi szerepmintáinkat a szocializáció folytán sajátítjuk el, ez az alapvetően empirikus, a mindennapi tapasztalatokon alapuló tanulási folyamat, különböző társadalmi szinteken és helyszíneken valósul meg. A családban látott anya- és apamodell, a lokális közösségekben, iskolában, munkahelyen tapasztalt minták, különböző mértékben, de egyaránt hatnak ránk. Nem lebecsülendő a média hatása, a televízió, újság, könyv, internet, rádió, mozifilm, mint meghatározó információforrások lassan legalább olyan dominánssá válnak a mintakövetés kialakításában, mint az empiria. A nemi szerepek jól körülhatárolható keretek között mozogtak évszázadokon keresztül, a jelentős életeseményekhez, a munkához, a mindennapi tevékenységekhez szorosan kötődött a személy neme, életkora és társadalmi státusza. Így a betegekkel, haldoklókkal, a halottal, a gyász munkával kapcsolatos tevékenységek esetében is következetesen megszabta a hagyomány, hogy férfi- vagy női tevékenység-e.

Hagyományos nemi szerepek a betegek, haldoklók ellátásában

A hagyományos nemi szerepek a betegek ellátásában, ápolásában, a haldokló, a halott körül dominánsan a nők munkájában határozhatók meg. A nő mint gyógyító, ápoló személy jelent meg, feladata az alapvetően aktív, testi kontaktust is igénylő munka ellátása volt, mint a beteg vagy a haldokló, vagy a halott „megkenése”, kínjainak enyhítése, mosdatása, öltöztetése.

A férfiakra alapvetően passzív, a testi kontaktust nem igénylő feladatokban és inkább a halál utáni rítusokban való aktív részvétel volt jellemző a szerepük szerint: virrasztás, külső segítség nyújtása (koporsó, ravatal elkészítése, beszerzése).

Mai nemi szerepek a betegek, haldoklók ellátásában

Az otthon kezelhető kisebb betegségek esetében a nők nagyobb – a férfiak kisebb mértékben vesznek részt. A komoly, krónikus betegséggel vagy bizonyos típusú fogyatékossgal élők (részben) otthoni ápolása döntően szintén a nők feladata. Komoly, akut betegségek kezelése és a terminális állapotú betegek ellátása ma túlnyomó részben a kórházakban történik. A felsőoktatás hagyományai és a professzionális egészségügyi ellátórendszer kialakulásának együttes hatására a kórházakban a férfi orvosok átvették a hagyományosan női gyógyító státuszt (itt nem említve a szakrális gyógyítók, „sámánok” szerepkörét). A nemi megoszlást tekintve több férfi orvos és több női ápoló vesz részt a gyógyító/ápoló munkában. (A legutóbbi időben ez már változik: bizonyos szakterületeken egyre több a női orvos, és túlsúlyba is kerültek (például szemészet, bőrgyógyászat stb.).

5.7. A média és a halálkép

A médiáról

Médiának az írott és elektronikus sajtó összességét nevezzük.

„*A mi kultúránkban az ismeretszerzés túlnyomórészt könyvhöz van kötve*” – olvasható a Gyermeklélektan című könyvben, amelyből még ma is tanulnak a leendő pedagógusok (Mérei – Binét 1970). Az elmúlt csaknem negyven év alatt jelentősen megváltozott a kultúránk, az információs társadalom (értékeivel és hátrányaival együtt) átalakította ismeretszerzési szokásainkat is (Gálik 2005). A mai magyar társadalom médiához való viszonyát a rendszerváltás óta eltelt tizenhét év (és a technikai fejlődés) gyökeresen megváltoztatta. A korlátozott fogyasztást, a minőségi, bár sokszor politikailag befolyásolt alkotásokat felváltotta a főként amerikai és nyugat-európai országokból felénk áradó film- és információdömping, terjedőben az internet használata. A Központi Statisztikai Hivatal felmérése szerint a mai magyar felnőtt lakosság átlagosan négy, négy és fél órát tölt a televízió előtt (Agárdi 2007).

Feltételezésünk szerint a médiában látott minták erősen befolyásolják nemcsak értékítéletünket, hanem megoldási stratégiáinkat is. A halál és a haldoklás bemutatása egyoldalú: az esetek túlnyomó többségében az erőszakos, naturalisztikus részletekkel tarkított – akár valós, akár fiktív – esetek bemutatása látható. A műsorok készítői (rendező, dramaturg, látványtervező, vágó, stb.) gyakran szándékosan manipulatív eszközökkel erősítik a hatást, amikor például ismétlésekkel, lassított felvétellel mutatják be a halálesetet vagy magát a

haldoklást. A bemutatás célja az érdeklődés tartós fenntartása, az izgalomkeltés és ezen keresztül a nézők képernyő elé szegezése, a fogyasztás ösztönzése, a reklámidő, a nagyobb bevétel lehetőségének kiaknázása. Feltételezzük, hogy – míg a felnőtt nézőnek van annyi realitásérzéke, hogy megkülönböztesse a fikciót a valóságtól (bár ebben a kérdésben is megoszlik a szakemberek véleménye, és a hatása mindkét esetben jelentős lehet) – addig a gyermekkorú és a serdülő fiatal valóságosként értékeli a látottakat. Ehhez hozzájárul, hogy a haláleset, haldoklás bemutatása a filmekben megkoreografált, ezáltal könnyen megoldási mintát is nyújthat a befogadónak (például a krízishelyzetek kezelésére). Mivel a 21. század emberének – főként a fiatal korosztálynak – egyre kevésbé van személyes (családi) tapasztalata a halálról, haldoklásról, a látott mintákat több eséllyel teszi magáévá; követendőnek, megoldási sémának tekinti bizonyos helyzetekre, ilyen például a haldokló beteggel való kommunikáció (Zana 2008). A másik kritikus terület a valós eseményekről történő híradások jellege: a halálesetek itt is többnyire erőszakos, baleseti, hirtelen halál bemutatására redukálódnak – aktuális példaként említhetjük Benazir Bhutto volt pakisztáni államfő 2008 januárjában (mérénylet által) bekövetkezett halálát. Az eseményt a tévécsatornák sokszoros ismétléssel, lassított felvételeken mutatták be, részletesen tárgyalva, hogy milyen halálnem oltotta ki pontosan a politikusasszony életét, milyen élettani változások vezettek közvetve vagy közvetlenül a halálához. Hosszan mutatták a gyászoló tömeg heves reakcióit, a hatásvadász elemek alapvetően domináltak a híradásokban. Az a momentum, hogy egy ember, egy individuum haláláról van szó, eltörpült a szenzáció mellett.

5.7.1. A 20. század halálképének alakulása a médiában

A 20. század halálképének alakulásban alapvetően a bulvársajtó megjelenése, a rádió mind szélesebb körű elterjedése és a filmgyártás fejlődése játszott szerepet.¹⁴

Verbális és vizuális megközelítésmód

Különbséget kell tennünk a verbális és a vizuális megközelítésmód között: a század elején a vizuális média elsősorban az írott sajtót jelentette, ez jutott el mind szélesebb körben a társadalom különböző rétegeihez. Itt meg kell jegyeznünk, hogy a riport fénykép is sajtó – erre a műfajra példaként Robert Capa (született Friedman Endre): A milicista halála (Falling

¹⁴ A dolgozat terjedelme nem ad lehetőséget a téma - többek között a film fejlődése állomásainak – részletesen történő bemutatására, csupán a halálkép ábrázolásának néhány jellemző aspektusát kívánja felvázolni.

Soldier, 1936) című, világszerte ismert és nagy port kavart felvételét hozzuk föl. A felvételen egy katona halálának pillanatát archiválta a fotós (a kép valóságát máig vitatják).

Az újságokban közölt híradások részben neves személyiségek haláláról, különösen díszes temetésük bemutatásáról szóltak, részben váratlan tragédiák, balesetek részletes leírásáról (például tüzeset során bekövetkező emberhalál) (Lakner 1993). Ebben a bulvársajtó különösen jelentős szerepet játszott. A szereplők jellemzően névtelen személyek, átlagpolgárok voltak, a hirtelen halált az újság patetikusán, tragikus felhanggal kommentálta, elsősorban az érzelmi vonatkozásokat. Emellett vezető helyet foglalt el a háborúval kapcsolatos események tárgyalása, elemzése. Az információátadás azonban manipulatív volt, a mindenkori kormány céljaitól, illetve az adott sajtóorgánium politikai állásától függően változott a beszámoló üzenete; például elesni a haza szolgálatában (hősi halál), vagy az áldozatok számának meghamisítása.

Nem feledkezhetünk meg a szépirodalom szemléletformáló hatásáról sem: a 20. század első felében az újságok nagy részében megjelenő kis színesek, tárcák, novellák témájában is felbukkan a halál főként romantikus és kisebb mértékben realiztikus ábrázolása.

A média verbális csatornája a rádió. Az 1930-as évek második felére a magyar családok nagy részének otthonában saját rádiókészülék állt, ez az információs csatorna az 1990-es évek elejéig meghatározó volt a mindennapi ismeretszerzés vagy szórakozás forrásaként. A rádióadások tematikájából a híradásokat és a rádiójátékokat emeljük ki, amelyek a belső képalkotó mechanizmusokat mozgósítva, a befogadó fantáziájára építve fejtették ki hatásukat. A halál, haldoklás megjelenítése a híradásokban áttételesen, beszámolók alapján történt – haditudósítások, balesetek, neves személyiségek halála – tematikája hasonló volt, mint a mozikban vetített híradó, de a beszámolók hosszabbak és részletekbe menőek voltak, pont a vizuális inger hiányát egyensúlyozandó. A rádiójátékokban a színészek, megrendezett szituációkban adták elő a haldoklást, a kísérő (kiegészítő) hangeffektusok célja a drámai hatás fokozása volt, súlyt adtak a cselekménynek. A rádiójátékok kedvelt dramaturgiai fogása a narrátor szerepeltetése, aki minden olyan eseményt, körülményt elmond (megsúg) a hallgatónak, amelyet a szereplők nem mondhatnak el (a szereplők környezete, külseje, egyéb tényezők, történések). A narrátor viszonylag semleges hangon számol be például a szereplők haláláról, egy csatáról, a hatása mégis legalább olyan nagy mint a vizuális inger kiváltotta hatás, mivel a fantáziára bízta a szituáció megjelenítését. Példának az Egyesült Államokban nagy vihart kavart esetet emeljük ki, amelyet H. G. Wells 1898-as Világok harca című regényéből készült, Orson Welles által

rendezett (1938), a marslakók támadásáról szóló rádiójáték váltott ki¹⁵. A túlságosan hitelesnek tűnő előadásmód tömegpánikot okozott a rádióhallgatók körében.

És végül a zene, mint érzelmet befolyásoló médium, rendkívül sok esetben hordoz információt a halállal kapcsolatban – lásd például Edvard Grieg: Peer Gynt, Aase halála vagy Beethoven: Eroica. II. tétel: Marcia funebre - Adagio assai.

Filmgyártás

Az alábbiakban rövid áttekintést kívánunk nyújtani a halálkép alakulásáról és különböző megjelenési formájáról, a leginkább ható és legkarakterisztikusabb vizuális megjelenítési trendekről a filmgyártás kezdetétől a mai televíziós és film-műfajokig. Az összefoglalásban pedig a halál vizuális ábrázolásának összetett hatását tárgyaljuk.

Tömegszórakoztatás

A legjelentősebb változást a filmgyártás 1920-as években történő felvirágzása jelentette, erre az időszakra a tömegszórakoztatás, a dokumentumfilmek és a dokumentalista stílus parallel fejlődése volt jellemző. Igen hamar világossá vált az amerikai filmgyártás dominanciája. A szakmában gyártott romantikus filmek jellegzetessége volt, hogy a halált az absztrakció szintjén, jelképesen vagy allegorikusan ábrázolták – gyakran női alakban perszónifikálták. A kísértetfilmek divatba jöttek - többek között a magyar Lugossy Béla¹⁶ Drakula – filmjei, amelyekben a megszemélyesített halálnak erotikus többletjelentése volt a szerelem és a halál, illetve a halál és az erotika késő középkori összefonódására visszautalva (Pilling 1999a). Ez a jelenség a mai napig tart és a filmtörténet egészére jellemző, a művészfilmekről a horrorfilmekig a legtöbb műfajban megfigyelhető.

¹⁵ Forrás: <http://tabu.origo.hu/print/filmklub/20050630nema.html>,
<http://index.hu/kultur/cinematrix/ccikkek/vilag0623/>

¹⁶ Megjegyzés: Eredeti neve Blaskó Béla Ferenc Dezső. A Lugossy művésznév a színész születési helyére utal.

A dokumentumfilm és a dokumentalista stílus

A dokumentumfilmek (és a dokumentalista alkotások) fejlődése az 1920-as években indult¹⁷, eredeti célja a valóság adott időpillanatának képi archiválása volt. A dokumentumfilm műfajában a történelemformáló politikusok már abban az időben is eszközt láttak és tudatosan felhasználták politikai üzenetük minél hatékonyabb kommunikálására. „Számunkra a legfontosabb művészet a film” mondta Lenin, aki Dziga Vertov¹⁸ filmrendezővel készített politikai tematikájú, dokumentalista filmeket (és valószínűsíthetően Eisenstein dokumentumfilmjei is utólag készültek, rendezővel, szereplőkkel). A dokumentumfilmek közül egyes alkotások a halált részben a híres politikusok, államférfiak díszes temetéséről készült filmekkel, részben az I. és II. világháború csatáiról, emberáldozatairól szóló beszámolókból mutatták be, céljuk egyértelműen a tömegek érzelmi befolyásolása volt az adott politikai helyzet általuk előnyösnek ítélt magyarázata és az ezt követő megfelelő tömeghatás elérése érdekében.

5.7.2. Halál a filmművészetben és a korai filmekben

„Arcomon végig hideg izzadás foly,

Reszketek, fülök, s halavány virágként hervadó színnel rogyok a halálnak

Karjai közé” (SZAPPHÓ Kr.e.1.sz.)

A „hetedik művészet” halálábrázolása alapvetően az absztrakcióra épül, filozófiai és egzisztencialista kérdéseket feszeget. Rögtön az elején külön kell választanunk a művészfilmeket a kommerszektől, bár a határvonal néha elmosódik, de jelen fejezetben elsősorban a művészi igényességű, meghatározó alkotásokat vesszük górcső alá. Ebben a műfajban az alkotó gyakran saját egzisztenciális szorongását ábrázolja, dolgozza fel alkotásában, amely a művészi mimezis révén a befogadóban transzformálódik. Ebben az esetben a filmnek nem feltétlenül célja az egzisztenciális szorongás csökkentése, de a művészfilmekben a szorongást oldó katarzis ezt legtöbbször feloldja. Ez a filozofikus megközelítésmód jellemzi többek között Ingmar Bergman: A nap vége című alkotását (1958), amely egyfajta meditáció a magányosságról, az öregségről és a halálról (Zana 2008).

¹⁷ Itt meg kell jegyeznünk, hogy a korai filmek, próbálkozások is elsősorban dokumentumfilm – jellegűek voltak a 19. század második felében.

¹⁸ Bővebben: http://hu.wikipedia.org/wiki/Dziga_Vertov

A vizuális megközelítésmód a halált és a haldoklást különböző, a témához kapcsolódó jelentéstartalmak bemutatásával tárja a befogadó elé: a halál mint végállapot megjelenítése, illetve a meghalás folyamatának, magának a haldoklásnak az ábrázolása az alkotók célja – illetve a halál ábrázolásának milyenségével tudja átadni a közölni kívánt gondolatot, érzelmet. A halálnem bemutatásában megkülönböztethetjük a betegség következtében történő meghalást, amely lehet passzív a beteg szenvedéstörténete, küzdelme, beletörődése, sorsának elfogadása révén, lásd Tolsztoj: Ivan Iljics halála című művének magyar megfilmesítését Básti Lajos jelentős alakításával (1965, rendezte Mihályfi Imre). Lehet cél a haldokló elkísérésének bemutatása, a búcsúzás, amely séma szintén alapvetően passzív hozzáállást jelenít meg – erre a megközelítésmódra klasszikus példa a világ első hangosfilmje, az 1927-ben készült: *The Jazz Singer* (rendezte Alan Crosland). A történet középpontjában az öreg, halálos ágyán fekvő rabbi és fia kapcsolatának bemutatása áll – a fiú jazz-énekes akar lenni, szakítván a hagyományokkal, de az apja kedvéért visszatér és elénekli a haldoklónak a Kolnidré-t¹⁹. Ezek a megközelítésmódok személyes jellegűek, a perszonális szorongás és emóciók szintjén hatnak a befogadóra, könnyen átélhetővé teszik a látottakat, jellemzően erős lélektani hatásúak.

Jellemző az alkotásokra az elvont képi elemek, a képi metaforák alkalmazása (Bazin 1995). A halált nem a maga valójában mutatják be, a tényleges történetet vagy állapotot különböző metaforákkal jelenítik meg, magyarázzák – ilyen az 1983-ban készült *Legyetek jók, ha tudtok* című film (State buoni se potete, rendezte Luigi Magni) híres jelenete, amely egy kisfiú halálát dolgozza fel (lezuhan egy szikláról). A halált itt Cadigia, a szép mór lány személyesíti meg, aki a tengerparton, naplementekor gyönyörű dalával álomba ringatja a gyermeket (Canzone di Cadigia). A filmben a halál három különböző alakban jelenik meg: a szép mór lány, a kovács és a kosárkötő öregasszony képében. Funkciója minden esetben kettős, a halált és a bűnre való csábítást jeleníti meg, tehát a halál egyben a Gonosz is. Luigi Magni allegorikus ábrázolásmódja finoman, ám plasztikusan tárja a néző elé a halállal kapcsolatos félelmeket és elképzeléseket: a halál lehet szelíd és csöndes, mint a mór lány, riasztó, mint a boszorkány, vagy erőszakos és cinikus, mint a kovács. A példa rámutat a művészfilmek másik jellemző vonására, a perszonifikációra: a halált emberi alakban ábrázolja, legtöbbször gyönyörű, fiatal nő, más esetben ijesztő, idős asszony vagy férfi képében (Hoppál et al 1995).

¹⁹ A jom kipur ünnep (előestéjén) hagyományos ősi dallammal, egyre emelkedettebb hangerővel felhangzó imádság, a Kolnidré sajátos hangulatot kölcsönöz a jom kipur estéjének. Ezt az imát, illetve annak különleges, fájdalmasan szép dallamát több neves zeneszerző is feldolgozta, így Ravel, Arnold Schönberg, Max Bruch és mások. Forrás: <http://www.zsido.hu/vallas/kolnidre2.htm>

A műfaj jellemző eszköze a misztikum és a spiritualitás, romantikus és realista elemek egyaránt jellemzik (csakúgy mint a kommerszeket). Az utóbbira példa Szóts István 1941-42-ben készült filmje, az *Ember a havason*, amelyben a főszereplő a Kolozsvárott súlyos betegség és sikertelen, drága kezelések után elhunyt feleségét vonaton viszi haza erdélyi falujukba, hogy méltóképpen eltemethesse. A halott asszonyt beülteti az utazók közé – mintha élne, de az utastársak hamar megérik, hogy valami szokatlan van a mereven ülő nőben. Mégsem szól senki, a kilátástalanságban, szegénységben élő kisemberek néma összetartásának bemutatása katartikussá teszi a jelenetet. Szóts alkotásában nem mutatják közvetlenül a szereplők halálát – hanem annak csak a hatását, mégis érezzük a cselekmény egész súlyát, feszültségét – ez adja a művészi ábrázolás erejét. (B. Egey K 1967).²⁰ A film vágója nyilatkozta egy interjú során: „...*Nemrég valaki megemlítette: milyen szép, amikor Szellay Alice-t eltemetik az Ember a havason egyik jelenetében. Én súgtam Szóts Pistának, hogy amikor a koporsót engedik le, alsó gépállásból vegye föl, és az egyre sötétülő kép alatt csak a földgöröngyök dübörgése hallatszódjon.*”

Itt meg kell jegyeznünk, hogy az 1960-as évekig (még a neorealizmus időszaka alatt sem) a filmművészet nem ábrázolt olyasmit, ami a közízlést sérti (a kevés kivételek egyike: Luis Buñuel: *Egy andalúziai kutya*, 1929). Ilyen a szexuális tartalom, a halál, a sebek és a szenvedés. Ezt úgy oldották meg a filmrendezők, hogy a néző e filmidőben (a film folyamatosságában) egy kis zökkenőt észlelt. Mintha a következő jelenet máshogy folytatódna, mint az előzőből következne. Snitt, és a következő jelenetben már vitték kifelé a halottat. Letakarva. Vagy csak az árvák arcát mutatták. Ebből lehetett következtetni arra, hogy mi történt.

A haldoklás pszichés folyamatának Kübler-Ross-i változatát²¹ egy 1979-ben készült zenés film, az *All that Jazz* dolgozta fel (Mindhalálig zene, rendezte Bob Fosse), amely mesterien ábrázolja, és átélhetővé teszi a haldoklás szakaszainak a főszereplő által történő megélését. Egy sikeres koreográfus életének utolsó időszakát mutatja be (Roy Schneider Oscar díjas alakításában). A túlhajszolt, hedonista, magát ajzószerekkel stimuláló, egoista

²⁰ Egy rövid idézet a filmből, a halállal kapcsolatos rítusok – itt temetés bemutatásáról:

"Ébredj Gergő! (körbemutat) Nézz körül. Az ott a Kupás tető, Sűgő havas, Gyilkos bérc, azok a kéklő hegyek a Kárpátok, azon túl a nagyvilág. Sajnálod-e itthagyni? Gondold meg Gergő, hogy szép az élet, jó a nap, édes a patak vize. Sajnálod-e itthagyni? (vár) No ha nem, akkor Isten veled Gergő, neked van igazad, mert ebből a hegyekből, völgyekből, ebből a gazdag, nagy világból annyi se volt a tied, ahova a könnyed lecseppensd. De a nagy útra nem ereszthetünk egyedül. Igaz testvéredet, a fejszét melléd teszem. Becsüld meg jól, mert jó szerszám. S ki tudja, milyen erdők vannak a másvilágon?"

²¹ A haldoklás pszichés folyamatának öt állomása Elisabeth Kübler-Ross szerint: elutasítás, düh, alkudozás, depresszió, elfogadás. In: Kübler-Ross, E. (1988): *A halál és a hozzá vezető út*. Gondolat Kiadó, Budapest

férfi az életmódjából következő, figyelmeztető szomatikus jelek hatására vizionálni kezd, az előtte figyelmeztetően megjelelő halállal párbeszédet folytat. A halál – szép, fiatal nő fehér ruhában – itt erotikus többletjelentéssel bír. A dialógusok során a férfi szembenéz életében elkövetett hibáival, sikereivel és kudarcaival, a végső elfogadást pedig egy fantasztikus show-jelenetben játssza el az „élet színpadán”. A film az emberi pszichében végbemenő változásokat szürreális látomások formájában vizualizálja, a valós és fiktív történések végül összeolvadnak.

5.7.3. Halál a mindennapi médiában

Ebben a fejezetben a televízió, az internet és a szórakoztató (kommersz) mozifilmek jellegzetességeit vizsgáljuk meg. A televízióban látható halálábrázolások túlnyomó részben realista megközelítésűek: naturális jelenetek²², a fiktív és a valós helyzet bemutatása egyaránt jellemzi ezeket, ami a képi feldolgozás hasonló technikája révén a befogadót megakadályozza a látottak objektív feldolgozásában. Nehezen elkülöníthető egymástól, mikor látunk valóságos jelenetet és mikor megrendezett szituációt. A hírek és haditudósítások előszeretettel mutatják be az erőszakos vagy baleseti halált, hangsúlyozva azok tragikus, elborzasztó voltát – jellemzőjük, hogy gyakran ismétlik a sokkoló jeleneteket, a kínzásokat, eltorzult holttesteket, hogy a képi üzenet: a halál szörnyű és elviselhetetlen mivolta minél jobban rögzüljön a befogadóban (és egyúttal eltávolítsa a halál átélhetőségétől). 1989-ben, a Ceaușescu házaspár kivégzését rögzítő filmet a televízióadók napokon keresztül, számtalan ismétléssel adták.

Bizonyos dokumentumfilmek, reality műsorok tematikájukban kifejezetten az előbb felsorolt halálnemek tendenciózus bemutatására szakosodnak. A *Zone Reality* elnevezésű csatorna kifejezetten ilyen tematikájú filmeket mutat be: véletlenül; amatőr filmesek, vagy a rendőrség által rögzített jeleneteket erőszakra, zavargásokról, balesetokról. A thrillerek, horrorfilmek esetében az erőszakos halál bemutatását az elviselhetőség határáig fokozzák. A célzottan sokkoló, ismétlődő jelenetek a meghalást pusztán biológiai folyamattá redukálják, annak minden spirituális többletjelentése nélkül. A halál (pontosabban a meghalás) irracionális (extrém) ábrázolása veszélyes üzenetet közvetít – a befogadó – elsősorban a fiatal – számára közhellyé degradálja, a valóságtól eltávolítja a történést (Schiappa et al. 2004), következésképpen jelentőségét csökkenti és hamis biztonságérzetet nyújt.

²² A western műfaj kelléktárában is megtaláljuk a halálábrázolás abszurd, eltúlzó bemutatását, így a lövés után látványosan nagyot ugrik hátrafelé az eltalált szereplő.

E kategóriához áll legközelebb a rajzfilmek, videojátékok képi világa – a mai rajzfilmek nagy részében a főszereplők (lásd a ma már klasszikusnak számító Tom és Jerry-t vagy Ben10-et, a *Cartoon Network* csatorna új hősét) célja egymás kiirtása, és amennyiben ez sikerül, a szétlapított, szétvágott, egyébként az élettel összeegyeztethetetlen módon szétesett figurák megrázzák magukat és folytatják a kalandot (ellentétben az akciófilmekkel, de egyes sci-fi és horrorfilmmel azonos módon). A videojátékok világa ennél is tovább mutat: a „jó”, vagyis a játékos célja az összes „ellenség” vagyis a többiek módszeres likvidálása, s az új menetben a figurák „feltámadnak” – ez, akár az előbb említettek a halál egyik leglényegesebb sajátját, az irreverzibilitást teszik hamisan zárójelbe. A halál feltételezett, nem végleges volta így hamis biztonságérzetet ad és bizonyos (agresszív) cselekedetek következményeinek súlyát negligálja.

Érdeemes megemlítenünk a nagy nézettségnek örvendő kórházsorozatokat is: a bennük szereplő helyzetábrázolások megoldási sémákat kínálnak a befogadó számára, és mivel minél realiztikusabb képet próbálnak adni az egészségügyről, a fikció könnyen valósággá válik a befogadó szemében. A *Vészhelyzet* című sorozatot (Michael Crichton: *ER (Emergency)*) akár bioetikai esettanulmánynak is nevezhetnénk. A különböző részek tematikájában rendszeresen előfordulnak a halállal és haldoklással kapcsolatos, egzisztencialista és morális problémák és azok elemzései: a terminális állapotú beteg újjáélesztésének kérdése; prioritás a betegek ellátásában a súlyos, életet veszélyeztető esetekben; a rossz prognózisú diagnózis közlése; de a sorozat többek között azt a jelenséget is igen plasztikusan ábrázolja, hogyan előzi meg (modern) társadalmunkban a szociális halál a biológiai halált (Gyukits 2002, Helman 1998). A sorozat egy közkórház traumatológiáján játszódik, a bemutatott (alaposan kidolgozott) konkrét esetek ellátása során képet kaphatunk a szereplők szociokulturális háttéréről, szocioökonómiai státuszáról és mentalitásáról egyaránt. Megoldási sémái sokszínűek, realiztikus, mégis humánus ábrázolásmódja révén a befogadó könnyen azonosul a szereplőkkel. Az azonosulási folyamat következtében létrejöhethet egy, a komplex, nyugati típusú kultúrára jellemző, egységes érzelmi viszonyrendszer, amely a cselekmények azonos kommunikálásán alapszik.

5.7.4. A film és a valóság kapcsolata

Összefoglalóan kijelenthetjük, hogy a vizuális képalkotó eljárások, így a film, a televízióműsorok, rajzfilmek gyakran valóság-hű, ám megkoreografált volta csökkenti a

befogadó realitásérzékét, nehéz elvonatkoztatni a képi világ fiktív voltától. Jellemző bennük a halálábrázolás sokfélesége, a naturalizmusa, a halál reverzibilis voltának ábrázolása, az irreális „feltámadás” bemutatása. Ez a művészfilmekre és a kommerszekre egyaránt vonatkozik, a lényeges különbség a művészfilmeknek a látottakon túlmutató, többletjelentéssel bíró ábrázolásmódja és a kommersz filmek öncélú izgalomkeltése között van. Az utóbbi műfajban az irreális „feltámadás” bemutatása különösen a gyermek- és serdülőkorú nézőre jelent veszélyt. A „veszélybe kerül, de megmenekül” motívum jellegzetes sémája a gyermeki képzeletnek (Mérei-Binét 1997). A mesevilágban minden lehetséges, de ami egy olvasott, elképzelt történetben feldolgozható a gyermeki képzelet számára, az a vizualitás világában másként hat. A gyermeki képzelet a filmen és rajzfilmen látottak hatására a valóságban is lehetségesnek tartja a halálból való visszatérést – ez egyfajta regresszív állapotot eredményezhet, amely a gyermeki halálkép fejlődésének második (3-5 év közötti) szakaszára jellemző (Fodor – Szlovencsák 2000)²³.

A vizuális élmények mentális, szomatikus hatása

A filmlélektan régóta kutatott területe a vizuális inger által kiváltott reakciók összetettsége. Régebben a filmvetítés közösségi élmény volt, ez hangsúlyozta a film hatását. Ez változóban van. Részben a nézők kis létszáma nem hozhatja létre a közösségi élményt, másrészt a környezet elvonja a figyelmet (világítás, erőszakos hanghatások, reklámokkal megszakított filmnézés). Ezzel együtt a vizuális élmények alapvető érzelmi és fizikai reakciókat váltanak ki a befogadóból, amelyek egymással kölcsönhatásba lépve hatnak a pszichére. A félelem, lehangoltság, szorongás, izgalom, öröm, megkönnyebbülés és katarzis fizikai, biokémiai és emocionális ingereket egyaránt indukál. Egy izgalmas film nézése közben – mialatt épp a főhős életéért izgulunk – szervezetünkben a stressz hatására a kortizolszint emelkedni kezd (amely az arousal szint emelkedésével jár együtt). Ugyanígy emelkedik az adrenalin szintje az izgalmas, szexuálisan stimuláló és – bizonyos esetekben – az erőszakos jelenetek megtekintésekor. A horrorfilmekben látható kínszok, gyilkosságok és egyéb erőszakos jelenetek a nézők egy részéből szexuális izgalomhoz hasonlítható stimulációt váltanak ki – ez bizonyos személyeknél szexuálpatológiai okokat is feltételez. Tény, hogy elsősorban valóban a mesterségesen (vizuálisan) kiváltott inger-reakciók elérése céljából néznek/nézünk filmeket (Balogh 1997).

²³ A tanulmány a gyermeki halálkép alakulásának többféle felosztását felsorolja, így az általunk felhasznált életkor csak az egyike az életkori besorolásoknak, de ebben a kérdésben viszonylagos korreláció figyelhető meg a különböző véleményekben.

Littlefield és Fleming (1984-85) a film halálfélelemre gyakorolt hatását vizsgálták. Azt a kérdést tették fel, hogy a halálfélelem mértékének változása vajon halálfélelmünk egészét érinti-e, vagy csupán egy felszíni rétegét, amely alatt a halállal kapcsolatos érzéseink alapvetően változatlanok maradnak. El lehet-e különíteni a halálfélelem két szintjét: létezik-e egy, a külső hatásoktól független, az egyénre tartósan jellemző mértéke a halálfélelemnek (ez az úgynevezett vonás-jellegű halálfélelem) és egy, a körülményekre érzékeny (állapot-jellegű) halálfélelem? Kutatásukban a résztvevők három héttel a vizsgálat előtt háromféle tesztet tölthettek ki: a Templer-féle Halálfélelem Skálát, amely a halálfélelemre mint állandó vonásra kérdez rá, egy aktuális halálfélelemmel kapcsolatos kérdőívet (Hoy and Ender Behavioral Reactions Questionnaire), és egy, a túlvilági életbe vetett hitre vonatkozó (Belief in Afterlife) skálát. Ezután véletlenszerű kiválasztással három csoportot különítettek el: az első tagjainak egy halálfélelemet generáló filmet vetítettek le, amely tűzben rekedt emberekről szólt, a második csoportnak egy szemmütétet játszottak le, az általános szorongást növelő célzattal, míg a harmadik csoport egy semleges, benzinkútról készített dokumentumfilmet tekintett meg. Ezek után a résztvevők ismét kitöltötték mind a három kérdőívet, és ezeken kívül még egy szó-asszociációs tesztet. A szerzők az eredmények elemzése során megállapították, hogy a halálfélelemet keltő filmet nézők és a másik két csoport eredményei szignifikánsan különböztek egymástól, mégpedig a következő módon: a halálfélelemet generáló film nézőinek állapot-jellegű halálféleleme megnőtt a film hatására (az általános szorongás növelését célzó és a semleges filmet nézőkével ellentétben); a Templer-teszt (vonás-jellegű halálfélelem mértéke) kétszeri felvételekor kapott eredmények eltérésének mértékében nem különbözött szignifikánsan a három csoport egymástól; a szó-asszociációs teszt eredményei nem különböztek a három csoportnál; és amíg a túlvilági életbe vetett hit a halálfélelemet keltő filmet megnézve csökkent, addig a másik két csoportban enyhe növekedést mutatott (Békés 2000).

5.7.5. A média szemléletformáló ereje

Hogyan alakítja halálképünket a média

A média – széles körű elterjedése és a családi kapcsolatok folyamatos változása révén – részben átvette a szocializáció során hagyományosan a család feladatkörébe tartozó magyarázó, szemléletformáló, mintaadó szerepet. A mai családmodellben jellemzően csak két

generáció él együtt,²⁴ általánosan mindkét szülő dolgozik – Magyarországon gyakran akár másod- vagy harmadállásban is – a fiatalok mind többet vannak egyedül vagy baráti körben a családi kör helyett. A televízió (és lassan az internet) átveszi a család szerepét, az alapvető információk már nem személyes tapasztalás vagy a családi kommunikációs rendszer működése útján jutnak el a fiatalokhoz, hanem a televízión (világhálón) keresztül. (Hegedűs 2002)

Honnan szerzi a halállal kapcsolatos ismereteit a befogadó

A média szemléletformáló ereje tehát jelentős és következményei mélyre hatóak. Többek között a személyes tapasztalat hiánya teszi a média által sugallt halálképet valóságossá. A filmekben látott halál eltávolítja a valódi élményt a befogadótól. A film mindig a mások halálát mutatja be, ezáltal hamis biztonságérzetet nyújt, de a látvány a belső szorongást is növeli. Bár elsősorban a fiatal generációról írva fejezzük ki aggodalmunkat a média diktálta világkép túlzott és káros hatása miatt, meg kell jegyeznünk, hogy a ma élő generációk mindegyike ki van téve a média hatásának (sőt, a felmérések szerint jellemzően az idősebb, nyugdíjas korosztály tölti legtöbb időt a televízió előtt). Az idősebb korosztály részben abban a korban szocializálódott, amikor még éltek a hagyományok, van személyes tapasztalatuk a halállal, haldoklással kapcsolatban, koruknál fogva elveszítették hozzátartozóikat, esetleg átélői/túlélői a történelem viharainak. A látottakat az előbb felsorolt okok és saját személyiségük okán jobban megértik, „helyén kezelik”. (Békés 2003).

5.8. Miért vált tabukérdéssé a halál? Összefoglalás

A halállal kapcsolatos tabuk kialakulása egyidős az emberi kultúra létrejöttével (például a halott megérintésének, neve kiejtésének tilalma, bizonyos ételektől és tevékenységektől való tartózkodás a gyász időszakában) de a modern társadalmakban létrejött tabusítás sokkal inkább tagadásnak nevezhető. A tabusodás 20-ik századi folyamatának problémaköre több mint három évtizede áll a tanatológiai kutatások fókuszában. Számos magyar és nemzetközi, egymással összefüggést mutató publikáció/elmélet született a tárgykörben, amelyből néhányat az alábbiakban röviden vázolunk. Hegedűs a halál tabuvá válásának általunk is kifejtett lehetséges okait összefoglalta és hét pontban összegezte az alábbiak szerint: „a halál és a

²⁴ Nukleáris vagy atomisztikus családmodell

haldoklás: szekularizálódott, hospitalizálódott, (a haldokló) izolálódott, személytelenné vált, irracionálissá vált, kommercializálódott, metaforizálódott (Hegedűs 2006). Kunt és Polcz elsősorban a medikalizációt és a hagyományok csökkenő szerepét emeli ki okként (Kunt 1981, Polcz 1989). Feifel az észak-amerikai társadalom halál-tabujának okaként, az előbbiekhöz hasonlóan négy fő társadalmi trendet tesz felelőssé: 1. Az individualizmus győzelme a közösségi érzés felett; 2. A túlnyomórészt vallásos világnézet világgal való felcserélése; 3. A materializmus elsöprő erejű hatása az értékekre, ismeretekre és a viselkedésre a modern társadalomban; 4. A tudomány és technológia befolyásos szerepe a mindennapi életben (Feifel 1963). Feifel a tudomány és technika közvetett és közvetlen hatásának kiemelt jelentőséget tulajdonít.

Összefoglalva: azt a következtetést vonhatjuk le, hogy a modern kori tabusodás a nyugati típusú társadalmakra jellemző és a felsorolt okok – a médiabefolyás, a tudományos fejlődés, a hagyományok csökkenő szerepe, a szekularizáció, a természetes közösségek széthullása – egyidejű hatása felelős a kialakult állapotért, amely feszültség és generalizált szorongás okozója lehet, de hangsúlyoznunk kell, hogy ez is egy folyamat, amely természeténél fogva változik.

6. A halálfélelem illetve a halálattitúd mérésének lehetséges technikái

6.1. Halálfélelem vagy halálszorongás? Mit mérünk?

„Ebben a három napban, amelyben számára már megszűnt az idő, abban a fekete zsákban kapálódzott, amelybe egy láthatatlan, legyőzhetetlen erő gyömöszölte. Úgy vergődött, mint ahogy a hóhér kezében vergődik a halálraitélt, tudva, hogy nem menekülhet: és minden percben érezte, hogy minden erőfeszítés ellenére közelebb kerül ahhoz, amitől iszonyodik. Érezte, hogy gyötrelme kettős: abban áll, hogy egyre mélyebben gyömöszölődik abba a fekete lyukba, de még inkább abban, hogy nem tud egészen belejutni. Abban, hogy belebújjon, az a tudat akadályozza, hogy az élete jó volt. Életének ez az igazolása tartotta fogva, nem engedte tovább, és minden másnál jobban gyötörte.” (TOLSZTOJ: Ivan Iljics halála, 1886)

„A szorongás és a halálfélelem összefüggésének feltételezése önként adódik, ha arra gondolunk, hogy keresve sem találhatnánk ideálisabb terepet az emberi szorongás számára, mint a halál. A halál a legfőbb ismeretlen, minden tárgy nélküli szorongásunk kivetíthető rá, ebben az értelemben tútesz bármely homályos, távoli történésen, amelyhez félelmeink kötődhetnének.” (BÉKÉS 2000, 12 o.).

A nemzetközi szakirodalom több jól kidolgozott és széles körben alkalmazott halálfélelem modellt tart számon – a halálfélelem modellezése elsősorban a téma pszichológiai szempontból történő megközelítésmódjának dominanciáját tükrözi, bár a téma maga interdiszciplináris – az irodalom-, a néprajztudomány, a filozófia és az antropológia egyes tudományterületei ugyanúgy behatóan foglalkoznak a kérdéssel. Mivel azonban jelen dolgozat célja, hogy a halálfélelemet „mérhetővé tegye” és a pszichometriai mérések segítségével tendenciákat mutasson ki, elkerülhetetlen a halálfélelem modelljeire való fókuszálás. Itt azonban ismét felvetődik a Problémafelvetés c. fejezetben vázolt kérdés, mely szerint a halálfélelemet félelemnek vagy szorongásnak kell-e tekintenünk. A szakirodalom tanulmányozása során világossá vált, hogy nincs egységesen elfogadott álláspont a kérdésre nézve: iskolák és irányzatok egymástól eltérő módon értelmezik a félelem és a szorongás jelentését a halállal kapcsolatban.

Egzisztencialista megközelítésben az ember alapvetően a haláltól fél, és számos szorongás gyökere a saját halálunktól, általánosan az elmúlástól, valamint a mások halálától való félelem. Heidegger *Lét és idő* című művében az ittlétet mint halálhoz viszonyuló létet leplezi le. Ha az ember (Az-ember) el tudja háritani mindennapjaiban a halállal való szembenézést, akkor nem autentikus, nem tulajdonképpeni a viszonyulása saját időben megvalósuló egzisztenciájához. A halál ugyanis bevégzi (beteljesíti) az ittlét egzisztenciáját, ám ugyanekkor meg is szünteti az ittlétet. Az ehhez való viszonyt az ember mindig is érezte – hiszen szembesül vele – például a temetés szertartásában, ám a saját halálunkról mindig elfeledkezünk. Pedig a halálhoz való viszony "előrefutás", az ittlét időbeli meghatározottságának egyik összetevője - éppen az említett bevégző-beteljesítő-megszüntető hatás miatt. A halál így az ittlét létmódja, melyet az magára vesz. (Heidegger, 2004).

Az egzisztencialista pszichoanalitikus megközelítés szerint a halálszorongás a négy egzisztenciális szorongás egyike (Yalom 2006). Az alaptételei röviden a következők: a halálfélelem központi szerepet játszik belső élményeinkben; a halál már a gyermeket is intenzíven foglalkoztatja, és az egyik fontos fejlődési feladat az ezzel kapcsolatos félelmeinek feldolgozása; a halál tudatossága ellen tagadáson alapuló védekező mechanizmusokat

fejlesztünk ki, melyek, ha maladaptívak, pszichopatológiához vezethetnek; a halál tudatosítására alapozva hatékony pszichoterápiás irányzat hozható létre.

Vas a traumával összefüggésben beszél a halálszorongásról: *„Egzisztenciálfilozófiai szempontból minden trauma a létezésünket kérdőjelezi meg. Yalom szerint ez halálszorongást kelt, amely, szemben a tudatosuló halálfélelemmel, tudattalan marad (1). Minden trauma szembesít sebezhetőségünkkel, az elmúlással, azzal, hogy születésünk óta bele vagyunk vetve egy kiszámíthatatlan, ellenséges világba (2). A halálszorongás azonban mélyen elfojtott, és csak különleges alkalmakkor, közvetlen életveszély esetén tör leplezetlenül ránk. Minden egyéb helyzetben az egyéni védekezések és megküzdések biztonsági burka véd bennünket. Ahhoz, hogy a haláltudatot elfojtsa, autonómiája védelmében az egyénnek gazdag elhárító és megküzdő lélektani rendszert kell kifejlesztenie. Szeparációs szorongását társas kapcsolatokkal oldhatja fel, miközben, ha már sorsa a véges időbe vetetett, igyekszik biztosítani a nemzetség, végső soron a faj fennmaradását. Egy illuzorikus világot, a kultúrát ülteti önmaga és a természeti környezet közé, hogy a biztonság látszata elrejtse előle múlandóságát.”* (Vas 2004, 898.o.)

A Rettegéskezelés elmélete (Terror Management Theory, Greenberg és mtsai, 1986. – id.: Békés, 2004) szerint minden szorongásunk a haláltól való félelemben gyökerezik – tehát ebben az értelemben a szorongás a halálfélelem imaginációja, a halálfélelem folyamatosan dolgozik bennünk, de egészségünk fenntartása érdekében el kell fojtanunk. A halálfélelem kezelésére jellemző az úgynevezett kettős védelem modellje, amely szerint egyrészt proximális pszichológiai védekezés jellemező ránk, amikor aktuálisan egy inger tudatosodik bennünk, ilyenkor az elhárításhoz, elfojtáshoz, racionalizáláshoz folyamodunk; másrészt disztális védekezés, amely a világkép-védelemben, az önbecsülés erősítésében, az értelmes élet igényében nyilvánul meg, amit a tudattalan halálfélelem motivál.

Az egzisztenciális szorongáson kívül a halállal kapcsolatos szorongás számos más formájáról is említést tesz a szakirodalom, mint a kasztrációs és a szeparációs szorongás, illetve az állapotjelző, tartósan fennálló generalizált szorongás (Riskó 1995). A halálszorongás elméletek közös jellemzője, hogy a halálhoz való viszonyulásunkat a tudatalatti által irányított jelenségként értékeli, amely a tudatalatti reflexiója az elmúlás, a felettes Én által feldolgozhatatlan képzetére. Ez a jungi halál-felfogás alapja (Jung 1997). A konkrét élethelyzetekben megjelenő szorongás – mint a jelentős életeseményekhez, például hozzátartozó súlyos betegségéhez, halálához köthető pszichés reakció – oka maga a nehéz élethelyzet, formája a helyzet indukálta reakciók speciális köre. Mindazonáltal a halálfélelem és a halálszorongás közé természetesen nem húzhatunk éles határvonalat, mint ahogy az

általános félelem és a szorongás között sem tesszük: alapvetően a félelem tárgyiasult, a szorongás általános. Ennek a feltételezésnek a bizonyításával, pontosabban az általános szorongás és a halálfélelem mértékének összefüggéseivel számos kutatás foglalkozott (Abdel-Khalek és Tomás-Sábado 2005). Ezek többségében a Taylor-féle Manifest Anxiety Scale, illetve a State-Trait Anxiety Inventory eredményeit vetették össze különböző halálfélelem skálák eredményeivel, és erőteljes korrelációt tapasztaltak a halálfélelem és az általános szorongás között (például Dickstein 1972). Az eredményekből kiindulva a korai kutatásokban ez többeket arra indított, hogy a halálfélelmet egyszerűen az általános szorongásra való hajlam egyik megjelenési formájának tartásák. A halálfélelem és a szorongás összefüggéseit többféle populáción vizsgálták, például hospice-dolgozóknál (Amenta és Weiner 1981), egyetemistáknál (Tramill et al. 1982), pszichiátriai betegeknél (Gilliland és Templer 1985-86), gyógyult rákbetegeknél (Cella és Tross 1987). Az említett kutatásokban a szorongás- és halálfélelem-skálán elért eredmények között hasonló együttjárást találtak. Mint az a mérési eredményekből kitűnt, a különféle, vonás jellegű szorongást mérő eszközök eredményei közötti korreláció egyértelműen magasabb, mint azoknak a halálfélelem-skálákkal való korrelációja (Kastenbaum és Costa 1977). Ebből következően a halálfélelem és a szorongás korántsem tekinthetők szinonim fogalmaknak (Békés 2000), a halálfélelem több konkrét tárgyra irányuló szorongásnál.

Abban az esetben, ha a halálfélelmet nem szorongásként, hanem konkrét tárgyra irányuló félelemként értelmezzük, vizsgálnunk kell a félelem tárgyát és a félelem dimenzióit, a tudatos és nem tudatos elemek közötti különbségeket és összefüggéseket. Tomer és Eliason szerint: *„A halálfélelem fogalma, amiképpen itt használjuk, egy olyan negatív érzelmi reakció, melyet egy olyan állapot felidézése provokál, melyben az én nem létezik. Kizárjuk ezért a kapcsolódó nézőpontokat, mint a haldoklástól való félelmet illetve azt a félelmet, amit mások halála vagy haldoklása miatt érzünk.”* (Tomer és Eliason 2000, 66 o.).

Tomer és Eliason megalkotta a halálfélelem átfogó modelljét, amely a halálfélelemnek három közvetlen „előzményét” különíti el: a múlttal kapcsolatos megbánást, a jövővel kapcsolatos megbánást és a halálnak tulajdonított jelentést. Az első változó a múltban be nem teljesített vágyak felett érzett megbánást jelenti, a második az attól való félelmet, hogy az idő előtti halál meggátol vágyaink, céljaink teljesítésében, a harmadik pedig magáról az egyén halálról alkotott elképzelésére utal: értelmesnek vagy értelmetlennek tartja-e, a halálhoz való viszonyulása pozitív vagy negatív. A modell szerint a halálfélelem mértéke nagyobb, ha az

egyén a halált értelmetlennek tartja és/vagy a múltban meg nem valósított vágyai miatt büntudatot érez, illetve jövőbeni terveinek megvalósulásában kételkedik.

Láthatjuk, hogy a modellben az önmegvalósítás gondolata kiemelt szerepet kap, amely nem csak az ember által fontosnak tartott vágyak, célok elérésére irányul, hanem a környezete által elvárt teljesítményre is. A témával foglalkozó szakirodalom alátámasztja azt a feltevést, hogy az önmegvalósítás és a halálfélelem között negatív korreláció áll fenn. Az önmegvalósítás és a halálfélelem kapcsolatának vizsgálata kiemelt szerepet kap Neimeyer és munkatársai vizsgálataiban is, elsősorban az önmegvalósítás és a halálfélelem közti fordított irányú kapcsolatának értelmezése (Neimeyer és Van Brunt 1995). Neimeyer és Chapman egy korábbi kutatásukban (1980) azt találták, hogy az alacsonyabb szintű önmegvalósítást elérők a Templer-féle halálfélelem-skálán (1970) és a Collett-Lester-féle mérőeszköz különböző skáláin magasabb pontszámot értek el. További tanulmányok (Neimeyer, 1985; Robinson és Wood 1983; Wood és Robinson 1982) tovább finomították ezeket az eredményeket (Tomer és Eliason 2000.), a vizsgálatokból levonható következtetések szerint az önmagát megvalósított ember kisebb megbánást mutat a múlttal és jövővel kapcsolatban. *A halálnak tulajdonított jelentés* mint „előzmény” a Tomer és Eliason féle megfogalmazásban, a halállal kapcsolatos attitűdök széles spektrumát öleli fel. Ebben az összefoglaló kategóriában a halál értelmességébe vagy értelmetlenségébe vetett hit, a transzcendens és spirituális dimenziók, a kultúra által determinált halálkép mint a halálfélelem indikátora jelenik meg. Az énkép, az önértékelés, tehát az individuum szerepe ugyanolyan lényeges szerephez jut, mint az adott társadalom (kollektív) ethosza.

Neimeyer és munkatársai a Neimeyer és Moore-féle Multidimenzionális Halálfélelem skálát (MFODS) bemutató tanulmányukban (1994) a halálfélelem nyolc dimenzióját vázolják, amely átfedést mutat Tomer és Eliason halálfélelem modelljével. Az eredetileg Hoelter által készített (Hoelter 1979) – a magyar nyelvű szakirodalomban Neimeyer és Moore-féle Multidimenzionális Halálfélelem skála- elnevezésű – mérőeszköz 8. faktora a *Félelem a korai haláltól*. A faktor a be nem teljesülő vágyak, el nem érhető célok iránti érzett félelmet méri. A Tomer és Eliason modelljében szereplő: *A halálnak tulajdonított jelentés* az MFODS-ben több részre bomlik – mint például a *Félelem az ismeretlentől*; *Félelem a halottól*; *Jelentős társak féltése* – itt azonban meg kell jegyeznünk, hogy Tomer és Eliason átfogó modellje részben Neimeyerék kutatásaira és az MFODS skála tanulmányozására épülve született meg, valószínűsíthetően a szerzők törekedtek arra, hogy a halálfélelem nyolc dimenzióját egyszerűbb, átláthatóbb, konzisztensebb formában ábrázolják.

A fejezetben áttekintett, különböző megközelítésmódok és modellek nyilvánvalóvá teszik, hogy a félelem és a szorongás szétválasztása a halálfélelem elemzésében meglehetősen problematikus. Maga a halálfélelem és halálszorongás definíciója sem egységes. Az elméletek egy része szerint (lásd Yalom és Greensberg) a halálfélelem nem más, mint egzisztenciális szorongás és minden szorongásunk alapja a haláltól való félelem. Tomer és Eliason a halálfélelmet konkrét tárgyra irányuló félelemként értelmezi, és modellt alkot, amelyben kategóriákat állít fel a halálfélelem összetevőinek és ezek összefüggéseinek ábrázolására. Véleményünk szerint a halálfélelem vizsgálatokor külön kell választanunk a konkrét dolgokra vonatkozó halálfélelmet az általános (egzisztenciális) szorongástól – hozzátevé, hogy a félelem része a szorongás.

6.2. Halálfélelem skálák ismertetése

Azt, hogy mit jelent maga a halálfélelem, az 1950-es évektől az 1980-as évekig az empirikus kutatásokban a haláltól való szorongással azonosították és ez alapján mérték (Neimeyer et al. 2004; Abdel-Khalek 2002). Az egyéni különbségek vizsgálatához kezdetben elsősorban kérdőíveket használtak, amelyeket az eredményeken alapuló személyes interjúkkal egészítették ki. Bár a kérdőíves technika alkalmazása mind a mai napig a legnépszerűbb és leggyakrabban alkalmazott eszköz a halálfélelem mérésére, a későbbiekben szélesedett a mérőeszközök köre. A más módszertani eszközök alkalmazásának apropójául szolgált az a tény, hogy az önkitöltős kérdőívek nem képesek úgy a halál iránti attitűd valamennyi rétegét vizsgálni, mint a nem verbalizált elemek, rejtett dimenziók. Ilyen például a Rosenheim és Muchnik (1984-85) által megkonstruált DAPT /Death Anxiety Projective Test/, amely a TAT /Thematic Apperception Test/ átalakított változata, vagy a Szín-szó Interferencia Teszt, amelyet például Feifel és Brancomb (1973) használt a tudattalan halálfélelem mérésére (Békés 2000).

Békés szakirodalmi összefoglaló tanulmányában a halálfélelem tudatos és nem tudatos dimenzióinak vizsgálata alapján különíti el és rendszerezi a mérőeszközök körét. A tudatos halálfélelem mérésére közvetlen eszközöket, egy- és többdimenziós skálákat alkalmaztak a pszichometriai mérések során, mint Templer 1970-ben kidolgozott Halálfélelem Skálája; míg a nem tudatos halálfélelem mérésére indirekt vizsgálómódszereket dolgoztak ki, ilyen például az Alexander, Cooley és Adlerstein (1957) által kidolgozott szó-asszociációs módszer. A

vizsgálat során az asszociált szavak tartalmán túl a szavak által kiváltott galvános bőrreakciót és a reakcióidőt is vizsgálták (Békés 2000).

A hatvanas évektől, elsősorban az Egyesült Államokban alkalmazott tipikus halál-szorongás kérdőívek egyszerű felépítésűek voltak, és a halállal kapcsolatos szorongások egyes területeire koncentráltak, fő irányvonaluk a halállal kapcsolatos tapasztalatok indukálta szorongások mérése volt, mint például a félelem a fájdalmas haláltól (szenvedéssel teli haldoklástól), vagy a test integritásának elvesztése felett érzett félelem. A korai méréseket a korrekt, statisztikai szempontból történő bemérés hiánya jellemezte. A pontos mérést a pszichometriai szakirodalom megfelelő ismerete mellett az okok, összefüggések és a halállal kapcsolatos negatív attitűdök feltárása segíti (Kastenbaum és Costa 1977).

A halálfélelem mérése Lester szerint három alapvető szinten végezhető el. Az egyik lehetőség, hogy az alanyok egyértelmű halál iránti attitűdöket kifejező tétéleket tartalmazó kérdőívet kapnak. Az attitűdkutatás más területein az itemeket oly módon írják le és közlik az alannal, hogy a vizsgálók szándéka nem derül ki. Az itemek másfajta itemek közé ágyazottan is megjelenhetnek. A skála központi témájának elfedésére alkalmazható az alternatív állítások közötti forszírozott választás is. Ezt a megközelítést általában nem alkalmazzák a halál iránti attitűdök mérésére. Végül néhány kutató kísérletet tett a kevésbé tudatos halál iránti attitűdök mérésére, például hívószavak szubliminális alkalmazásával. A halál iránti attitűdöket vizsgáló kutatók eredményei nagymértékben eltérnek egymástól az alkalmazott megközelítés típusának függvényében. Mivel nagyon nehéz a leplezett illetve szubliminális (tudatküszöb alatti) halálattitűd-mérések megtervezése és kivitelezése, a jelenleg alkalmazott mérések szinte mindegyike önbeszámolón alapul. Mindezt figyelembe véve fontosnak bizonyult, hogy ne csupán azonos szerkezetű mérési módszerek alternatív változatait alkalmazzák, hanem eltérő szerkezetű módszereket is. Hasznosnak bizonyult e tekintetben a különböző alskálákkal rendelkező halálfélelem-skálák kidolgozása és a meglévő skálák faktoranalízise az összefüggő itemcsoportok felderítésére. A méréssel kapcsolatos fenti aggodalmak nem irrelevánsak az elmélet és a kutatási eredmények szempontjából, hiszen az alkalmazott mérési módszer nagymértékben befolyásolhatja a kutatás kimenetelét, és ezáltal egy adott elméletet erősíthet. Éppen emiatt számos kutató ma már több halálfélelem-skálát is rutinszerűen alkalmaz, hogy igazolja: eredményei nem egy adott skála alkalmazásának függvényében alakulnak. (Lester 1991)

Az angolszász szakirodalomban említett, egyik leggyakrabban alkalmazott többdimenziós mérőeszköz a Collett-Lester Halálfélelem Skála (Loo és Shea 1996), amelynek egyik jellemzője, hogy tanfolyamok hatékonyságának mérésére is használják. Története

nagyon hasonló Lester Halál Iránti Attitűd Skálájához, a mérőeszközt 1969-ben fejlesztették ki, de csak 1994-ben publikálták (Lester 1994). A skála a halálfélelem négy dimenzióját méri: A saját halálfélelmet, a saját haldoklásunktól való félelmet, a mások halálától, illetve haldoklásától való félelmet. Érdekes az áttekintésben szót ejtenünk a szintén széles körben alkalmazott Halál Szorongás Skáláról (Death Anxiety Scale), amelyet Nehrke, Templer és Boyar dolgozott ki (Thorson és Powell 1984). A skála 34 tételből áll, és alkalmasnak bizonyult a különböző korosztályok, és a nemek közötti különbségek összehasonlító vizsgálatára.

A Magyarországon használt tanatológiai szakirodalom nagyon gazdag: orvostudományi, pszichológiai, antropológiai és néprajzi szempontból egyaránt alaposan kutatott terület – lásd például a Pilling János által szerkesztett: A XX. Század magyar nyelvű tanatológiai szakirodalmának bibliográfiáját (Pilling 2001). (A bibliográfia megjelenése óta is gazdagodott az irodalom.).

A téma interdiszciplinaritásának megfelelően a humán- és az élettudományok képviselői egyaránt foglalkoznak vele. Ennek oka, hogy a halál mint realitás, és mint szimbolikus jelentéstartammal bíró elvont fogalom egyaránt a különböző tudományágak határmezsgyéin mozog. A téma kutatása kvalitatív és kvantitatív módszerrel egyaránt vizsgálható. Békés Vera (2000, 2003) és Kulcsár Zsuzsanna (1998), és egyaránt részletesen foglalkozott a halál iránti attitűdöt vizsgáló (angol nyelvű) pszichometriai mérőeszközök bemutatásával. Békés Vera két nagyon alapos, összefoglaló tanulmányában a halálfélelem és szorongás, a nemzetközi kutatásokban alkalmazott lehetséges pszichometriai mérés módszereiről és mérőeszközeiről számol be (Békés 2000, 2003). Kulcsár Egészségpszichológia című könyvében a tanatopszichológiai szakirodalmat áttekintve beszámol a nemzetközi szakirodalomban leggyakrabban használt halálfélelem, -szorongás és halál iránti attitűd skálákról (Kulcsár 1998). Az általa ismertetett skálák, például Neimeyer és Moore Multidimenzionális Halálfélelem Skálája, Templer Halálfélelem Skálája, Lester Halál Iránti Attitűd Skálája és szó asszociációs tesztek magyar fordítását közli – ami jelentős lépés és nagy lehetőség volt a téma iránt érdeklődő kutatóknak – azzal a megjegyzéssel, hogy ezek egyszerű fordítások, a korrekt magyar nyelvű adaptáció a témával foglalkozó szakemberek feladata lesz.

A különböző skálák magyarországi validitás- és reliabilitás vizsgálata (más szóval érvényességének és megbízhatóságának vizsgálata) kutatásunk kezdetekor (2004) még nem történt meg, ettől függetlenül egyes skálák – mint például az MFODS – évek óta használatban

vannak. A vizsgálatunkhoz kiválasztott mérőeszközök (irányított kérdéses halálfélelem illetve halál-attitűd skálák) használata során, a hipotézisben felvetett kérdéseken túl képet szeretnénk volna kapni arról, hogy a kérdőívek alkalmasak-e a mérésre, valóban azt mérik-e, amire a vizsgálat irányul (hitelesség kérdése), a skálák adaptációjuk során validnak bizonyulnak-e a magyar populáción - figyelembe véve a kulturális különbségeken alakuló ellentmondásokat (a konstruktum- vagy tételtorzítás esetleges előfordulását) (Rózsa 2006). A feltett kérdésekre statisztikai elemzés (SPSS programcsomag) segítségével kaphatunk választ, amelynek során többek között korrelációs számítást, faktor- illetve varianciánálízist és független mintás t-próbát alkalmazunk (A részletesebb kifejtést lásd a 9.1. Validálás c. fejezetben). Másik fontos szempont, hogy a mintaelemszám elegendő illetve alkalmas legyen (például bizonyos változók együttjárása a minta- és a kontroll csoportokban) a kérdőívek érvényességének felméréséhez. A skálák validálásához szükséges kutatás-etikai engedély, a szerzői jogot birtokló személy vagy intézmény engedélye és a többlépcsős, pontos fordítás, lektorálás is.

7. Saját kutatás – előzmények

Miskolci felmérés

Az 1996-ban Miskolcon, Gecse Attila által végzett kérdőíves felmérés (Zana, Gecse 2006) során középiskolás diákokat kérdeztek meg (N=523, átlagéletkor: 16,6 év, a nemek aránya: fiú: 54,55%, lány: 45,45%). A megkérdezettek 67%-a vallásosnak mondta magát, (a lányok nagyobb arányban vallották magukat vallásosnak). A kérdések arra vonatkoztak, hogy mit gondolnak a halálról, haldoklásról, mi az, ami számukra félelemkeltő a halállal kapcsolatban, mit gondolnak a rákról, milyen ismeretekkel rendelkeznek az eutanáziáról. A kérdőív többek között kitért arra a lényeges kérdésre is, hogy milyen a családi kommunikáció, a társas támogatás rendszere. A célcsoport sajátos szubkultúrából került ki: a diákok Miskolc középiskoláinak tanulói voltak. A város iparosodása annak idején az egész országból odavonzotta az egymástól lényegesen eltérő vallási és szocioökonómiai státusszal rendelkező, főleg kistelepülésekről érkező beköltözőket. A megkérdezett diákok szülei jellemzően alacsony iskolázottságúak voltak.

A felmérés eredményei szerint a családi kommunikációs rendszer nem nyílt és folyamatos, a halálról a családok legnagyobb részében nem beszélnek. Eredményeink szerint arra a kérdésre, hogy milyen gyakran beszélnek otthon az elmúlásról, a diákok a következő

válaszokat adták: 34 fő gyakran, 235 fő ritkán, 247 fő pedig soha. A vallásos családokban szignifikánsan többet beszéltek az elmúlásról. Azok a válaszadók, akikkel gyakrabban beszéltek otthon az elmúlásról, nagyobb arányban osztották meg gondjaikat a környezetükkel is, tehát jóval kommunikatívabbak voltak.

A diákok személyes problémáikat elsősorban barátaikkal, s nem családtagjaikkal osztották meg. Ebben a kérdésben szignifikáns eltérést találtunk, a lányok sokkal inkább megosztották személyes problémáikat a barátaikkal. A megkérdezettek 63%-a elsősorban baráttal, 52%-a szülővel (is), 25%-a a testvérével (is) folytatott bizalmas beszélgetéseket. „Rossz halálnak” elsősorban a rákos megbetegedés okozta mortalitást és az öngyilkosságot tartották, a jó halál: „csendben elaludni”. A válaszokban nembeli eltérést nem találtunk, a vallásos válaszadóknál ugyanezeket a válaszokat kaptuk. A halállal, haldoklással kapcsolatos személyes tapasztalatuk nem volt, ennek oka részben a családmodell változása: a többgenerációs családmodellt felváltotta a kétgenerációs, úgynevezett atomisztikus (vagy nukleáris) családmodell. Hat a medikalizáció is: a súlyos betegeket, haldoklókat kórházba szállítják, az otthoni gondozás nem jellemző. Ennek következtében a fiatalok nem találkoznak sem haldoklóval, sem halottal. Nincs lehetőség a távozótól való méltó búcsúzásra. Nem ismerik a haldokló és a halott ellátásának rítusait, nincs virrasztás, ravatalozás, a halottat a kórházból vagy a halottasházból egyenesen a temetőbe szállítják. Arra a kérdésre, hogy kire van szüksége a haldoklónak, a válaszadók 94%-a szerint családtagra, 54% szerint barátokra, 37% szerint orvosra – a magukat vallásosnak valló lányok harmadik legfontosabb személyként a lelkészt jelölték be. A megkérdezettek 70%-a csak temetésen látott halottat. A halál látványa 35-35%-ban tehetetlenséget és sajnálatot, 28%-ban sírást váltott ki. Az ismeretlen halál erős szorongáskeltő faktor, erre (is) utaló jelenség a „könnyű halál”, a gyors és fájdalommentes elmúlás vágya. A diákok pozitívan fogadták a témát, örültek, hogy az őket foglalkoztató kérdésekről végre nyíltan szó esett és igényelték a személyes kommunikációt.

A felmérés eredményei alapján figyelmünk a halálkép és a halálfélelem életkorral összefüggő alakulására irányult. Részben szerettünk volna képet kapni arról, hogy a fiatalok halálképe és -félelme milyen jellemző tendenciákat mutat ma, részben, hogy a tendenciákat összefüggésbe lehet-e hozni a foglalkozással – különös tekintettel az egészségügyben dolgozóakra, akikre ebben a kérdésben fokozott terhelés hárul. A minta kiválasztásánál – lásd a 8. fejezetben – ezeket a kérdéseket helyeztük előtérbe.

7.1. A felhasznált mérőeszközök ismertetése

7.1.1. Neimeyer és Moore-féle Multidimenzionális Halálfélelem Skála

Az *MFODS* skáláról a magyar nyelvű szakirodalomban Kulcsár Zsuzsanna írt először (Kulcsár 1998), a tanatopszichológiai irodalomban publikált halálattitűd-skálák ismertetésében, azzal a megjegyzéssel, hogy ez az eddig legkidolgozottabb halálfélelem skála. Bár a szerző a skálát Neimeyer és Moore Multidimenzionális halálfélelem-skálájának nevezi, az eredeti szerző Hoelter. Neimeyer és Moore nevéhez a skála pszichometriai szempontból történő korrekciója és validálása fűződik. Az angol nyelvű szakirodalom – köztük Neimeyer és Moore is – a skála eredeti elnevezését használja (*MFODS*, Neimeyer és Moore 1994), de mivel a szerzők a validálás során kisebb változtatásokat eszközöltek a faktorstruktúrán és a tételteken, ezért a magyar változatnak a Neimeyer és Moore-féle Multidimenzionális Halálfélelem Skála elnevezést adtuk (rövidített formában továbbra is *MFODS*).

Hoelter 1979-ben publikálta az általa kidolgozott skálát (*MFODS* – Multidimensional Fear of Death Scale) (Hoelter 1979), amely emocionális reakciók és szubjektív érzések formáit kutatta a halálfélelemmel kapcsolatban. Ez a skála multidimenzionális volt, 42 tételből állt, és nyolc alskálát tartalmazott, melyek a halálfélelem különböző területeire kérdeztek rá. A későbbi, Neimeyer-féle változattal szemben Hoelter csupán faktoranalízist alkalmazott az eredeti skála hitelesítése folyamán. A továbbiakban a kutatók Hoelter skáláját jól alkalmazható, kifinomult mérőeszköznek találták a halálfélelem mérésére vonatkozóan.

Hoelter a kutatás kezdeti szakaszában próbatesztet töltetett ki 143 férfi és 232 nő főiskolai hallgatóval, s ennek alapján állította fel a faktorstruktúrát. Walkey 1982-ben felvette a skálát 256 új-zélandi diákkal és családjukkal, de a faktorok csak részben rajzolódtak ki, egyes kérdések kiestek (Walkey 1982). 1985-86-ban, az arab verzió bemérésekor 84, az Egyesült Államokban élő szaúdi férfin vették fel a kérdőívet, de az eredeti faktorstruktúrát nem sikerült reprodukálni (Long 1986). A kudarcot az iszlám és a nyugati, keresztény kultúrák közötti jelentős különbségekkel magyarázták, tehát valószínűsíthető, hogy a skála a nyugati típusú, keresztény társadalmakban mér jól, de az eltérések megítéléséhez jelentős adalék, hogy az első két felmérés főleg főiskolai hallgatókkal történt.

Roff és munkatársai 2002-ben publikálták a skála litván verziójának validálási tapasztalatait. A kutatás célja a halál-szorongás és a vallásosság összefüggéseinek vizsgálata volt. A célpopuláció (N = 130) vegyes korcsoportú volt, főleg egészségügyi dolgozókból és orvosokból illetve szociális munkás hallgatókból állt. A skála jól mér a litván populáción, de a 6.

Félelem a halál tudatos átélésétől és a 7. *A test féltése a halál után* faktorok nem jól korreláltak, egyes tételek kiestek.

Neimeyer és Moore célja az *MFODS* skálával kapcsolatos pszichometriai tulajdonságok leírásának teljes irodalmi áttekintése és összegzése volt, különös tekintettel a faktorstruktúrára, amennyiben ez kiemeli a skála legjellemzőbb sajátosságait. További céljuk volt megvizsgálni a skála validitását és relíabilitását, valamint a skála különböző dimenzióiban a viszonyulás és magatartás korrelátumait. Kutatási eredményeiket egy 1994-ben megjelent tanulmányban publikálták (Neimeyer és Moore 1994).

A faktorstruktúra letisztítása után Neimeyer és munkatársai a kérdőívet felvették 145 nővérhallgatón és egy 130 fős kontrollcsoporton. További finomítások után Neimeyer felvette a kérdőívet 504 főiskolai hallgatón (a kutatás célja kifejezetten a halálról alkotott személyes elképzelések vizsgálata volt).

További kutatások után felmerült a szerzőkben az az igény, hogy a skálát kipróbálják vegyes korcsoporton, céljuk a skála korosztálytól független használhatósága volt. Mivel a skála eddig egy viszonylag kis réteget és speciális korosztályt célozott meg, Neimeyer és munkatársai egy átfogó, nagy kutatást végeztek, melynek során különböző végzettségű, korú és társadalmi osztályba tartozó emberekkel vették föl a skálát. A 952 fős felmérés alapján végezték el a skála validálását (Neimeyer és Moore 1994).

Az *MFODS* skála 42 tételből áll, nyolc faktorba rendezve. A faktorok a hozzájuk tartozó tételekkel a következők (a csillaggal jelölt tételeket fordítottan pontozzák):

1. *félelem a meghalás folyamatától* (beleértve a fájdalmas és erőszakos halált) 1,13,22,27,31,42
2. *félelem a halottól* (az emberi és állati tetemtől való félelmet egyaránt jelzi) 2,14*,23,26,32,39
3. *félelem a megsemmisüléstől* (beleértve a test oszlását vagy elégetését) 3*,15,24,33
4. *jelentős társak féltése* (a számunkra fontos személyek halálától való félelem és a hozzátartozóink ránk irányuló aggodalma egyaránt beletartozik) 4,16,17,25*,34,37
5. *félelem az ismeretlentől* (félelem a létezés megszűnésétől és a halál utáni élettől vagy annak hiányától) 5,9*,18,30,36
6. *félelem a halál tudatos átélésétől* (szorongás attól, hogy valakit tévesen holtta nyilvánítanak, bár még él) 6,10,19,29,38
7. *a test féltése a halál után* (félelem a test bomlásától és izolációjától), 7,11,20,28*,35,40

8. *félelem a korai haláltól* (miszerint nem érjük el kitűzött céljainkat, nem valósíthatjuk meg vágyainkat) 8,12,21,41

A skála széles spektrumú, a faktorok a halálfélelem különböző területeit érintik. Az egyes alskálák a racionális tartományon túl a halálfélelem illetve -attitűd transzcendens, spirituális dimenzióit is vizsgálni kívánják (pl. 5. faktor). A válaszok 1-5 skálán, az egyetértés mértéke szerint adhatók (1 = teljesen egyetérték, 5 = egyáltalán nem értek egyet). Érdekessége, hogy fordítva mér, tehát az alacsonyabb érték magasabb halálfélelemet jelöl. A jobb érthetőség és ábrázolhatóság kedvéért az értékek fordítottjával dolgozunk, tehát a magasabb értékek magasabb félelemet jeleznek.

7.1.2. Lester Halál iránti Attitűd Skálája

A Lester Halál Iránti Attitűd skálája alapvetően a saját halál iránti félelem mérésére bizonyult alkalmasnak, mégis eltér a többi halálfélelem skálától, mivel fokozatokra osztott értékmegeközelítést (rangsorolt állításokat) alkalmaz, ami lehetővé teszi az attitűdök közötti következetlenség mérését is. Az egyenlő fokbeosztású skála és az egyes tételek súlyozása egyedülálló, a legtöbb halálfélelem-skála egyszerű "egyetérték/nem értek egyet" formátumú (gyakran az egyetértés/egyet nem értés megkülönböztetett fokozatait tartalmazzák). A Lester által szerkesztett skálát számos vizsgálatban felhasználták, de validálására csak 1991-ben került sor (Lester 1991).

A kérdőív egyenlő léptékű beosztással ellátott kontinuum, tehát egydimenziós skála. A tételek sorba állíthatók aszerint, hogy mennyire fejeződik ki bennük a mérni kívánt halál iránti attitűd. Ennek megfelelően a szinte pozitív viszonyulásoktól (például „*Amit halálnak hívunk, az csupán a lélek új és örömteli életre való születése*”) haladnak a skála tételei az egyre negatívabb (például „*A halál a legrosszabb dolog, ami történhet velem*”) halálszemlélet felé. Az eredeti cikk függelékében lévő skála (Lester, 1991) tételei mellett látható is az azokhoz rendelt érték. A halál iránti attitűdre vonatkozó állítások rangsorolása a válaszadók értékelése alapján történik, és ebből megítélhető a halál elfogadásának mértéke. A válaszadó pontszáma azon tételek átlagértéke lesz, amelyekkel egyetértett. A végleges skála huszonegy tételből áll (lásd a Mellékletben). Figyelemreméltó, hogy a skála lehetővé teszi mind az átlagos halál iránti attitűd, mind a válaszadó által elfogadott (tudatos) attitűdtartományok mérését, amely Lester szerint a válaszadó halál iránti attitűdjének következetlenségeit is mérhetővé teszi. Az

átlagos halál iránti attitűdöt a válaszadó összes válaszával szerzett pontok átlagai adják. A válaszadó által elfogadott attitűdtartományok azon tételek elhelyezkedését jelentik a skála kontinuumon, amelyekkel egyetért a válaszadó. Minden tételről tudjuk, hogy az a kontinuum melyik tartományába tartozik (amit a mellékletben a tételek utáni számok is kifejeznek). Azt váránk, hogy a következetes válaszadó a saját attitűdjének megfelelő tartomány válaszaival ért majd egyet, a többivel pedig egyre kevésbé. A válaszadás következetlensége akkor jelenhet meg például, ha a válaszadó néhol a „pozitívabb” állításokkal ért egyet, néhol pedig a „negatívabbakkal” (például egyetért azzal, hogy a halál boldog újjászületés, majd azzal is, hogy a legrémesebb dolog a világon). Azért fontos ez, mert enélkül az összesített pontszámból még nem tudnánk megállapítani a következetlenséget, hiszen ugyanakkora pontot érhet el az is, aki össze-vissza jelöl és az is, aki következetesen.

Lester és munkatársai eredetileg kilencvennyolc, halállal kapcsolatos állítást gyűjtöttek össze. Az állításokat odaadták huszonkét, kísérleti pszichológiát hallgató diáknak, és megkérték őket, hogy az egyes állításokat 11-fokú skálán osztályozzák aszerint, hogy mennyiben tükröznék kedvező halál iránti attitűdöt.

A skála megbízhatóságát mérő test-retest reliabilitás vizsgálat (több, egymást követő, különböző elemszámú vizsgálat) során, tizennégy diák hat hét különbséggel végzett két felmérése között a Spearman-féle rangkorreláció 0,58-nak adódott. Nyolcvan, hat hét különbséggel vizsgált diák két felmérése között a Spearman-féle rangkorreláció 0,70 volt a halál iránti attitűd pontértékében és 0,69 a következetlenség pontértékében (Lester 1991). A halál iránti attitűd és a következetlenség mérésével kapcsolatban Lester a kérdőív validitását bemutató cikkében beszámolt arról, hogy a halál iránti attitűd és a következetlenség pontértékeinek tizenhét korrelációjából tizenegy pozitív, hat pedig negatív volt. Tizenöt nem volt szignifikáns, míg kettő szignifikáns és pozitív volt – ez az eredmény meglehetősen kevésnek mondható az összefüggések bizonyításához.

A Lester-skála pontértékei nem korreláltak a társadalmi kívánatosság skálájának („*Social Desirability*”) pontértékeivel. A társadalmi kívánatosság skála (más néven „hazugság skála”) azt mutatja, hogy mennyire próbál a válaszadó a szociálisan elvártaknak megfelelően válaszolni. Tételei például olyan kijelentéseket tartalmaznak, mint „sosem eszem illetlenül”, tehát olyat, ami, bár társadalmilag kívánatos volna, a legtöbb ember nem ennek megfelelően viselkedik. Ezt a skálát más skálák tételei közé szokták beilleszteni annak érdekében, hogy megállapítsák, mennyire őszinték a válaszok. A hazugság skála magas pontszámai arra utalnak, hogy egy elvárt normának igyekszik megfelelni a válaszadó, így a válaszai

értékelhetetlenek. Ennek megfelelően: ha nincs korreláció ezzel a skálával, az a másik – ez esetben a Lester - skála használhatóságát erősíti meg.

Az egyidejű érvényességet mérve a kutatók a skála szerkesztését követően azt tapasztalták, hogy a skála pontértékei összefüggnek a hallgatók egy grafikus, a halálfélelmet önbecsléssel jelölő skálán feltüntetett értékeivel. A pontértékek összefüggésben álltak továbbá a Boyar-skálán elért értékekkel, az egyéb halálfélelem-skálákon elért értékekkel és a halál utáni életben való hitre vonatkozó kérdésre adott válaszokkal. Négy vizsgálat korreláltatta a skála pontértékeit a Collett-Lester Halálfélelem-skála négy alskálájának pontértékeivel. A tizenkét korrelációs együtthatóból számított átlagos korreláció a saját haláltól való félelemre 0,57, a mások halálától való félelemre 0,05, a saját haldoklásától való félelemre 0,29 és a mások haldoklásától való félelemre 0,17 volt. Ezek az átlagok arra utalnak, hogy a Lester-skála elsősorban a válaszadó saját halálától való félelmének mérésére alkalmas.

A felhasznált halálfélelem-skálák faktoranalízisét két, egymást követő vizsgálat során végezték el. Mindkettő arról számolt be, hogy a Lester-skála pontértéke az általános halálfélelmet, elsősorban pedig az egyén saját halálától való félelmét tükrözi.

Az eredmények alapján, a halál iránti attitűd összefüggéseinek vizsgálatokor a Lester-skála pontértékeit összefüggésbe hozták az életcélok csökkenésével, öngyilkossági gondolatokkal/fenyegetésekkel, az álmokra való visszaemlékezés csökkenésével, valamint az egyén étellel, elidegenedéssel és animisztikus hiedelmekkel kapcsolatos attitűdjével (Lester 1967). Beszámoltak arról, hogy a férfiak magasabb pontszámot értek el, mint a nők. A tapasztaltabb nővér- és orvostanhallgatók halálfélelme és következetlensége kisebb mértékű volt, bár a szakirány és a pontértékek összevetését nem végezték el. Lester azt tapasztalta, hogy egy öngyilkosság-megelőző központ munkatársai körében a következetlen hozzáállás száma kisebb volt (az átlag-attitűdök azonban nem tértek el), mint az egyéb típusú mentálhigiénés klinikákon dolgozóknál. Azt is megfigyelte, hogy a vallásosság kedvezőbb halál iránti attitűdökkel és következetesebb halálhoz való viszonyulással jár (Lester 1991).

7.1.3. Spielberger Vonásszorongást mérő Skálája - Stai-T

A szorongást sokáig elsősorban mint személyiségvonást közelítették meg. A 60-as évek végén Spielberger olyan szorongás modellt írt le, melyben megkülönböztette a szorongásra való hajlamot (A-Trait) mint személyiségvonást a pillanatnyi, aktuális szorongástól (A-State), és erre építette a STAI tesztet, ami 1970-ben jelent meg (Spielberger et al 1970). A Magyar változatot Sípos Kornél és munkatársai készítették el (Sípos et al 1998).

A tesztet a pillanatnyi és az alkati szorongás mérésére, a különböző pszichés megterhelésre fellépő szorongási reakciók (*A-State* érték) meghatározására és a stressz hatására eltérően reagáló vizsgálati személyek szétválasztására (*A-Trait*) használják fel.

A kérdőív 1-20-ig terjedő kérdései az aktuális szorongást – állapotfüggő (*state*) szorongás – 21-től 40-ig pedig az általános szorongást mérik – szorongásosság (*trait*). A felmérésben felhasznált, általános szorongást mérő kérdőívet a Mellékletben közöljük. A kérdőív pozitív (például „Jól érzem magam”, „Nyugodt, megfontolt és tettekéss vagyok”, „Biztonságban érzem magam”) és negatív (például „A sírás ellen küszködnöm kell”, „A szerencse engem elkerül”, „A csalódások annyira megviselnek, hogy nem tudom a fejemből kiverni őket”) kijelentéseket tartalmaz.

Sípos és munkatársai az 1983-ban (556 főből álló mintán) végzett vizsgálatokban a következő értékeket nyerték:

1. Táblázat: STAI – nemek szerinti különbségek

	A-State		A-Trait	
	átlag	SE	átlag	SE
Férfiak	38,47	10,66	40,96	7,78
Nők	42,64	10,79	45,37	7,97

A minta főleg középiskolásokból és egyetemistákból állt. Figyelemre méltó, hogy az egyetemi hallgatók, különösen a női hallgatók a hazai és a nemzetközi átlagnál jóval szorongóbbnak mutatkoznak (*A-State* átlaga 47,70).

Generalizált szorongó betegeken és pánikbetegeken végzett vizsgálatok a következő eredményeket mutatják (Kopp 1990):

2. Táblázat: STAI betegeken történő felvétele

	A-State		A-Trait	
	átlag	SE	átlag	SE
Pánikbetegek (n=86)	62,3	1,7	55,8	1,3
Generalizált szorongó betegek (n=28)	44,7	8,2	65,3	3,1

A *STAI-T* a szorongásosság, mint személyiségvonás mérésére alkalmas. Az összpontszám számolása a következők szerint történik: a 2,3,4,5,8,9,11,12,14,15,17,18,20 kérdéseknél a beírt pontszámokat adjuk össze, az 1,6,7,10,13,16,19 tételek esetében a pontozás megfordul, tehát (5 - válaszponszám) adjuk hozzá. Klinikai tünetek szűrésére az alábbi pontbeosztást alkalmazzák: 48 pont alatt: pszichiátriai zavar nem valószínű; 48-52 pont: átmeneti, enyhe tünetek; 52 pont felett: pszichiátriai zavar valószínűsíthető.

3. Táblázat: magyar átlagértékek kontroll (egyetemista) és klinikai csoportokban

	Férfiak (kontrol)	nők (kontrol)	pánikbetegek (n=86)	generalizált szorongás (n=28)
STAI-TRAIT	41.0±7.8	45.4±7.8	55.8±1.3	65.3±3.1

7.1.4. Rövidített Beck Depresszió kérdőív

A hangulatzavarok feltárására kifejlesztett egyik legnépszerűbb önjellemző mérőeszköz a Beck Depresszió Kérdőív (Beck Depression Inventory, BDI, Beck és mtsai., 1961). A több mint 40 éve kifejlesztett, „arany standardnak” tekinthető mérőeszköz megbízhatóságát és széles körű felhasználhatóságát jelentős számú klinikai és epidemiológiai vizsgálat támasztja alá. A Beck Depresszió Kérdőív kidolgozása a depresszióban szenvedő betegek jellegzetes viselkedésének és tüneteinek klinikai megfigyelésén alapult. A kérdőív 21 tétele a depressziós tünetek széles körét öleli fel érzelmi, kognitív, motivációs és szomatikus területeken. A kérdőívnek több változata is elterjedt. A 13 és a 7 tételből álló rövidített változatokat főként szűrőtesztekként használják (Beck et al 1997).

„A mérőeszköz magyar nyelvű rövidített változatát Kopp Mária és munkatársai (1990) fejlesztették ki. A rövidített kérdőívet a korábbi felmérések eredményeinek felhasználásával (a tételeken végzett lépésenkénti regresszióelemzéssel és faktoranalízissel), s az eredeti mérőeszköz rövidített formájának figyelembevételével az alábbi 9 tételre csökkentették: szociális visszahúzódás, döntésképtelenség, alvászavar, fáradékonyság, túlzott aggodás a testi tünetek miatt (hipochondria), munkaképtelenség, pesszimizmus, az elégedettség és az öröm hiánya, valamint önvádolás. A rövidített változatban nem az eredeti kérdőívben szereplő négy válaszlehetőség szerepelt egy-egy tünettől kapcsolatosan, hanem egy állítás, amely a legsúlyosabb változatnak felel meg, pl. minden érdeklődésemet elvesztettem mások iránt, és a

négy válaszlehetőség az egyáltalán nem jellemző- től a teljesen jellemző-ig terjed. A rövidített és a teljes változaton elért összpontszámok magas együttjárása ($r=0,92$, $n=101$, $p<0,0001$) a rövid skála megbízhatóságát és alkalmazhatóságát támasztotta alá (Kopp et al 1995, 1998).” (Rózsa et al 2006)

A felmérésben használt, rövidített változatot a Mellékletben közöljük.

8. Minta és az alkalmazott mérési módszerek

A felmérések során a 7.2. fejezetben részletesen bemutatott négy mérőeszközt alkalmaztuk. A mérőeszközök ismertetése után bemutatjuk a mintát, a csoportalkotás tényezőit, elemezve a felmerült problémákat és megoldásokat. A mérés lebonyolítását és a statisztikai feldolgozás menetét.

8.1. A célpopuláció meghatározása

8.1.1. A csoportalkotás befolyásoló tényezői

A 2004-óta tartó kutatás eredményeképpen adatbázisunk mára 617 főre bővült (ez az utánkövetésekkel együtt 839 kitöltött kérdőívből áll). Az adatbázist a nemzetközi szakirodalomban is jól publikálható HADS – Hungarian Death Attitude Survey – névre kereszteltük. A HADS a következő forrásokból táplálkozott:

1. A Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Magatartástudományi Intézetében, Dr. Hegedűs Katalin vezetésével működő Tanatológia munkacsoport 2004 óta készít kérdőíves felméréseket, többek között az MFODS, a Lester, a rövidített Beck és a Stai-T skálákkal (a skálák részletes ismertetését lásd a 7.2. fejezetben). A felmérések során középiskolásokat, medikusokat, orvosokat, egyéb egészségügyben dolgozókat és más foglalkozású, különböző korú embereket kérdeztek meg (N=337);

2. A Szegedi Tudományegyetem Orvostudományi Karán a Dr. Barabás Katalin vezetésével működő Magatartástudományi Csoportban Szokonya Eszter TDK-hallgató és munkatársai az MFODS skálát használták vizsgálatukhoz, a célpopuláció medikusok és egyéb egyetemi hallgatók, orvosok, egyéb egészségügyi és nem egészségügyi dolgozók voltak (N=280).

3. A 93 budapesti diák egyazon külkereskedelmi szakközépiskola tanulója, a mintavétel több alkalommal, az osztályfőnökök bevonásával történt.

A mintavétel nem tekinthető reprezentatívnak, tehát az eredmények nem általánosíthatók a társadalom egészére. Ennek oka elsősorban a mintavétel nehézségében keresendő: a téma még annyira tabunak tekinthető, hogy az erős háritó mechanizmusok – különösen egészségügyi dolgozók, de a fiatalok, illetve az iskolákat vezető pedagógusok körében is – megnehezítik a mintavételt. Sokan nem szívesen foglalkoznak a témával és nem vesznek részt olyan felmérésben, amely a halállal kapcsolatos kérdéseket és félelmeket feszegeti. Több esetben is visszautasították az együttműködést, például több fővárosi oktatási intézmény elzárkózott attól, hogy a tanulókkal felvehessük a kérdőívet.

A felmérést a Semmelweis Egyetem Regionális és Tudományos Szakmai és Kutatásügyi Bizottsága engedélyezte 2005. június 30-án (engedélyszám: 94/2005.). A középiskolás diákokkal történő felméréshez az iskola és a résztvevők (valamint a szülők) írásos beleegyezését kértük és kaptuk meg. A kérdőívek felvétele anonim módon történt, a kérdőíveket a kitöltő által választott jelszóval kódoltuk.

Az adatbázisok összehangolásának nehézségei

Az adatbázisok különböző korú, szociális státuszú, foglalkozású résztvevők adataiból állnak és az adatbázis létrehozásakor, a korrekt statisztikai elemzés kedvéért nagy figyelmet szenteltünk a megfelelő besorolásoknak, szinkronizálásnak. A több alkalommal történő, külön szálon futó lekérdezések során különböző mértékben alkalmazták a skálákat; míg az MFODS skála minden alkalommal lekérdezésre került, addig a Lester, Stai-T és a BDI csak bizonyos alkalmakkor, a kutatási célkitűzésnek megfelelően – mint például az MFODS és Lester skálák validálási procedúrája során (Zana et al. 2006). Az eredmények statisztikai feldolgozásakor az eltérő elemszámot figyelembe vettük és korrigáltuk.

Kiemelt figyelmet fordítottunk a követéses vizsgálati eredményekre – a tanfolyami/egyetemi oktatás hatását mérve adott mintán a kérdőíveket pár hónap különbséggel (a féléves egyetemi tanatólogiai kurzus első és utolsó óráján, illetve a hospice alaptanfolyamon és az ezt követő továbbképző tanfolyamon) újra felvették ugyanazon személyekkel (Hegedűs et al. 2007). Ezért az utánkövetések adatait (N=222) a statisztikai elemzés során a mintából kivettük.

Bizonyos esetekben a kérdőívet kitöltő személy kihagyott egyes - leginkább a nemre és a foglalkozásra vonatkozó - kérdéseket, ezért lehetséges, hogy a demográfiai adatok ismertetése során időnként egy-két fős különbség mutatkozik az esetszám és a nemek szerinti felosztás összlétszáma között. Például abban az esetben, amikor a foglalkozás megjelölése hiányzott (N=49), az eredményeket kihagytuk az összehasonlításból.

Kor

A felmérés során - a kiinduló hipotézisnek megfelelően – kiemelten foglalkoztunk a különböző korosztályok közötti összehasonlító vizsgálattal. Mivel a halálról alkotott elképzelések generációs, összehasonlító vizsgálata volt a cél, ezért ezt szem előtt tartva végeztük a korosztályos besorolást. A korcsoportok kialakításánál elsősorban az egyén életében előforduló szociális változásokat, jelentős életeseményeket szokás figyelembe venni, így az idős korcsoport meghatározásánál gyakran a 60-65-éves határt húzzák meg, amely a nyugdíjba vonulás általános időszaka. De a generációs felosztás ettől eltér, mivel a különböző generációk identifikálásánál figyelembe vesszük az adott korra jellemző kulturális és társadalmi változásokat is, amely jelentős hatást gyakorol az ember életére. Így a felosztásnál megkülönböztetünk 14-18 éveseket, 18-25 éveseket, 26-54 éveseket és az 55 éven felüli korosztályt. Ez utóbbit azért, mert feltételezzük, hogy az 1953 előtt születettek életét egyrészt jelentősen befolyásolta az történelem és az értékek gyors változásának időszaka: a II. világháború és a kommunista diktatúra kialakulása, az 1945-től 1955-ig tartó nagy migráció és vertikális mobilitás, valamint az a szociokulturális háttér, a vallás és a rítusok szerepe, amelyben szocializálódtak. Ennek köszönhetően a halálról alkotott elképzelések és a halálhoz való viszonyulás is mutathat jellemző tendenciákat ebben a korcsoportban – ez a korosztályos besorolás a nemzetközi szakirodalomban is elfogadott és alkalmazott – lásd Bengtson et al. 1977. Ezzel együtt az eredmények értelmezése során nem szabad figyelmen kívül hagynunk a magasabb életkor determinálta attitűdöket sem.

A 14-17 éves korosztály már a rendszerváltás után született, és bár a kultúra sokkal lassabban változó mint a politikai rendszer, mégis a legmarkánsabb különbséget e két csoport: a serdülők és az 55 év felettek között feltételezzük (a kultúra változása és a halál iránti attitűd változása egyaránt lényeges szempont).

Célszerűnek látszott a csoportalkotás során a kort a foglalkozással szinkronba hozni, így például a középiskolás korosztály eredményei összevethetők az egyetemi hallgatókéival, a medikusok és a rezidensek a szakorvosokkal.

A minta hiányosságai közé tartozik, hogy a kor eloszlása hullámzó, az idős korosztályból jóval kevesebb válaszadót találtunk, természetesen az ilyen típusú lekérdezések legnagyobb számban mozgósítható alanyai a diákok és az egy intézményben dolgozók (Abdel-Khalek és Lester 2003). A korosztályonkénti 20-20 fő általában elegendő szokott lenni az egyszerűbb statisztikai összehasonlításokhoz, független mintás t-próbához, varianciaanalízishez. Eredménytelen statisztikai próbák esetén meggondolandó, hogy nagyobb mintával esetleg eredményeket tudunk kimutatni, de tekintettel arra, hogy a mi vizsgálatunkban az összehasonlító statisztikai próbák szignifikáns eredményeket hoztak, ez alátámasztja, hogy elegendő volt a minta-elemszám. A korosztályok közötti létszámkülönbségeket tehát a mérés folyamán figyelembe vettük.

Szociokulturális háttér és foglalkozás

A résztvevők szociokulturális háttére meglehetősen különbözőnek bizonyult, ezért a csoportokat igyekeztünk úgy kialakítani, hogy egy csoportba viszonylag egységes vagy hasonló szociokulturális háttérrel rendelkező személyek kerüljenek. A későbbi összehasonlíthatóság kedvéért így – többek között – külön csoportba soroltuk a középiskolás diákokat, különválasztottuk egy korosztályon belül a medikusokat és a más egyetemen tanulókat, az egészségügyi dolgozók csoportján belül az ápolók és asszisztensek csoportját az orvosokétól. De ez persze az olyan nagy létszámú és összetett csoportoknál, mint az egészségügyi dolgozóké (N=345) nem vihető keresztül maradéktalanul, ezért ezt a tényt a következtetéseknél figyelembe kell venni.

A legnagyobb nehézséget a foglalkozási csoportok összehangolása jelentette, kérdésünkre a válaszadók több, mint hetvenféle foglalkozást adtak meg. Számos esetben kérdéses volt, hogy a válaszadó egészségügyi dolgozónak minősül-e, például egészségügyi intézményben dolgozó, nem egészségügyi végzettségű személyek – lelkesz, informatikai munkatárs – esetében. Bizonyos esetekben a válaszokból nem lehetett következtetni arra, hogy egészségügyi vagy nem egészségügyi dolgozóról van-e szó – például egyetemi tanár, diák, csoportvezető stb. Ez a válaszadási forma olyan esetekben is előfordult, amikor a felvétel helye elvileg egyértelművé tette, hogy egészségügyi dolgozóról van szó – mint a

Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Karán futó Tanatológia kurzus, vagy az Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézetben (ETI) tartott Hospice Alap- és Továbbképző Tanfolyamok. Igyekeztünk összefoglaló kategóriákba tömöríteni a válaszadókat, például a munkahely típusa, munkavégzés helye szerint, így tudtuk kialakítani a csoportokat, a hasonló vagy megegyező szociális státusz figyelembevételével.

Az egészségügyben dolgozók/tanulók csoportjait a speciális, foglalkozásból eredő attitűd miatt egymással hasonlítottuk össze, illetve a nem egészségügyben dolgozókkal abból a célból, hogy megnézzük, a foglalkozás mennyiben befolyásolja az attitűdöt.

8.2. 14-17 évesek csoportja – középiskolások

Kutatásunk kezdetekor a miskolcihoz hasonló szubkultúrából választottunk célcsoportot. Az általunk megkérdezett középiskolás fiatalok (N=93, átlagéletkor: 16,6, nemi arány: 40 fiú és 53 lány) képezik az almintát. Az elnevezés kettőssége utal arra a tényre, hogy a csoportot kor és szociális státusz szempontjából is vizsgálni- és összehasonlítani kívánjuk a többi csoporttal. A diákok Budapest egyik iparnegyedében élnek, a szülők iskolai végzettsége itt is jellemzően alacsony. Az alacsony iskolázottság ebben az esetben azonban nem jár feltétlenül együtt alacsony szocioökonómiai státusszal, az alapítványi középiskolában az oktatás nem ingyenes, a szülők tandíjat fizetnek a tanulók után, és vannak tandíjmentességet élvező diákok is. A családmódel kétgenerációs, többségében jellemző az egyszülős család, a második, harmadik házasság illetve együttélés, tehát sok esetben nem a vérszerinti szüleivel és testvéreivel él a gyermek. A szülőknek nincs idejük, vagy nem eléggé motiváltak a gyerekekkel való foglalkozásra, ennek következtében is igen jelentős a média hatása a vizsgált csoportra (is). Mivel úgy gondoltuk, hogy a hagyományok, a környezet és az életkor egyaránt hatással vannak a halál iránti attitűdre, a vizsgálatot kiterjesztettük egyéb társadalmi- és korcsoportokra is. Az összehasonlíthatóság kedvéért további mintákat elemeztünk: orvosokat és egyéb felsőoktatási intézmény hallgatóit; orvos, egyéb egészségügyben- és nem egészségügyben dolgozókat és az 55 éven felüli korosztályt. A középiskolások és orvosok csoportját a validálás során, az eltérő szociokulturális háttér ellenére közös csoportba soroltuk, mivel átfedik a korosztályos besorolás határait (az átlagéletkor 18 év körül volt), a későbbiekben pedig a bővített mintán történő felmérés során a korosztályokat külön is megvizsgáltuk.

8.3. 18-25 évesek csoportja – egyetemi hallgatók

A 18-25 éves korú csoport részben orvosokból áll (N=135 – ebből valid adat 133, átlagéletkor 20,9, szórás 1,9). A hallgatók a Semmelweis Egyetem Orvostudományi Karára (N=92, nemi megoszlásuk: 64 nő és 27 férfi (egy résztvevő nem közölte a nemét), átlagéletkor 21,4 év) és a Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karára járnak (N=42, nemi megoszlás: 34 nő és 7 férfi (egy résztvevő nem közölte a nemét), átlagéletkoruk: 20,6). Az egyéb – nem egészségügyi felsőoktatási intézményben tanulók (N=71, nemi megoszlás: 23 férfi és 49 nő, átlagéletkor 20,6, szórás 1,9) és a orvosok együttesen alkotják a 18-24 éves csoportot.

8.4. 26-54 évesek csoportja

A 26-54 éves korúakból álló minta (N=436) a leginkább összetett csoport, amelyet foglalkozás szerint - a kutatási hipotézisünknek megfelelően - további alcsoportokra bontottunk: egészségügyi és nem egészségügyi dolgozókra.

Az egészségügyi dolgozókon belül (N=203, ebben a vizsgálati elrendezésben a teljes 345 fő egészségügyi mintából kivettük a orvosokat /N=135/ és az 55 éven felüli egészségügyi dolgozókat /N=7/) megkülönböztetjük az ápolók és asszisztensek (N=93, átlagéletkor, 41,2, szórás 10,7, nemi megoszlás: 10 férfi és 83 nő) csoportját és az orvosok ((N=69): rezidensek /N=27, átlagéletkor 26,04, szórás 1,89, nemi megoszlás: 8 férfi, 20 nő/ és szakorvosok /N=42, átlagéletkor 49,1, szórás 14,8, nemi megoszlás: 21 férfi és 21 nő/) csoportját. 41 fő olyan egészségügyben dolgozó személy, akiket nehezen lehetett egy foglalkozási kategóriába sorolni, ezért az általuk kitöltött kérdőívek eredményeit az egészségügyi dolgozók/nem egészségügyi dolgozók összehasonlításához, illetve a korosztályos összehasonlító vizsgálat során használtuk fel. Átlagéletkoruk 38,6, szórás 11,6, nemi megoszlás: 8 férfi és 33 nő.

A nem egészségügyi dolgozók alcsoportja (N=233 fő, nemi megoszlás: 79 férfi és 154 nő, átlagéletkoruk 39,2, szórás 10,5) foglalkozás és iskolai végzettség szempontjából inhomogén. 42 fő rendelkezik diplomával, 54 fő nem diplomás, a többi válaszadó nem töltötte ki az iskolai végzettségre vonatkozó részt. A diplomás válaszadók végzettsége különböző, humán és reál diplomával rendelkezők (bölcész, mérnök, közgazdász) egyaránt szerepelnek a mintában.

8.5. 55-éven felüliek csoportja

Az 55-éven felüliek csoportját a korosztályos összehasonlító vizsgálat céljából hoztuk létre (N=20). Átlagéletkor 66,5 év. A legidősebb válaszadó 74 éves volt. A korcsoport szociális státusz, foglalkozás és iskolai végzettség szempontjából egyaránt meglehetősen különböző. Nyugdíjasok és aktív dolgozók, orvos, humán értelmiségi, és nem diplomás válaszadók egyaránt találhatóak benne.

8.6. Nemek

A középiskolás és az orvos alcsoportokat kivéve a mintában egyértelműen nagyobb arányú a női válaszadók száma. A legjelentősebb eltérés az ápolók csoportjában van (10 férfi és 83 nő), ezt a tényt figyelembe kell venni az eredmények értelmezése során, mivel a feminin attitűd erőteljesen befolyásolhatja azokat.

8.7. Validálás

2005-ben kezdődött meg az *MFODS* és a *Lester* skálák magyar nyelvű adaptációjának folyamata. A szerzőktől írásos engedélyt kaptunk a skálák használatára. Ezután az előírásoknak megfelelően három különböző fordítás készült a skálákról, majd az egyeztetés után visszafordítottuk az eredeti (angol) nyelvre. Miután egy lektor összevetette a fordítást az eredeti szöveggel, elkészült a végleges változat. Szabályosan már valid halálfélelem, illetve halál-szorongás skálával kellett volna a két skálát bemérni. Mivel azonban Magyarországon validált halálfélelem, illetve halálattitűd skálát nem találtunk, az *MFODS*-t és a *Lestert* a Rövidített Beck Depresszió Kérdőívvel (9 tétel) és a *STAI-T* skálával (20 tétel) validáltuk (Zana et al 2006. Az eredeti tételeket tartalmazó, a validálási folyamatot bemutató Item history és az eredeti faktorok a VI. és a VII. Mellékletben megtalálhatóak). Bár a validálással foglalkozó szakirodalom szerint, ha még nem áll rendelkezésre adott nyelven/kultúrkörben a mérni kívánt jelenségre valid skála – mint esetünkben – akkor két, a szakirodalom szerint egyazon jelenséget mérő kérdőívet egymással is bemérhetünk. Viszont a két kérdőív esetében nem teljesen azonos a skálák mérési tartománya, míg az *MFODS* egyértelműen a negatív viszonyulást, a halálfélelmet (illetve annak a mértékét) méri, addig a *Lester* a halál iránti – nem feltétlenül negatív – viszonyulást hivatott vizsgálni. Azért választottuk a Beck és a *Stai-T*

skálát, mert hipotézisünk – és nemzetközi szakirodalom idevágó eredményei – szerint a depresszió és szorongás korrelál a halálfélelemmel és attitűddel (lásd 6.1. fejezet, Dickstein 1972).

A statisztikai elemzés során megvizsgáltuk az MFODS és a Lester skála pszichometriai jellemzőit, ennek keretében az egyszerű leíró statisztikák (átlag, szórás) mellett kiszámítottuk a skálák megbízhatóságát, belső konzisztenciáját becsülő Cronbach-alfa mutatókat. Az összes lehetséges tesztfeleléssel előálló átlagkorrelációkat mutató Cronbach-alfa értékeket 0,60 fölött elfogadhatónak tekinthetjük, míg az alacsonyabb értékek a skálát alkotó tételek heterogenitását jelzik. A faktor extrakciót követően Varimax rotációs eljárással vizsgáltuk az egyes alskálák elrendeződését. A csoportok közötti (kor, nem) skálaátlagok összevetésében kétmintás t-próbát alkalmaztunk.

Az elemzéseket az SPSS 11.0 statisztikai programcsomaggal végeztük.

Összesítve a skálák egy irányba mérnek, a Pearson-féle korrelációk szerint szorosan együttjárnak, a reliabilitás vizsgálat során jó Cronbach-alfa értékeket kaptunk.

8.7.1. Neimeyer és Moore-féle Multidimenzionális Halálfélelem Skála

Az *MFODS* skála bemérését 178 főn végeztük. A célpopulációt három al-korcsoportra osztottuk: középiskolások és orvosok (N = 118, átlagéletkor 18 év), aktív egészségügyi dolgozók (N = 38, átlagéletkor 35 év), és az 55 éven felüliek (N = 22, átlagéletkor 66 év). A nemek szerinti eloszlást tekintve: a vizsgálatban 120 nő és 56 férfi vett részt. A reliabilitás és a validitás vizsgálata szempontjából a szakirodalmi tapasztalat alapján jónak láttuk a csoportokat összevontan vizsgálni. A korosztályos meghatározás a kutatás összehasonlító szakaszában kap jelentőséget.

Tekintetbe véve, hogy az *MFODS* összpontszám normális eloszlású, de maguk a faktorok nem, ezért a faktoroknál a Pearson-féle korreláció helyett annak robusztus próbáit, a Kendall-tau-t és a Spearman-féle rangkorrelációt használtuk. Mindezek alapján a dimenziók együttjárása megfelelő. Faktoranalízissel ellenőriztük az irodalomban közölt faktorstruktúrát. Az *MFODS* skála faktorainak Cronbach-alfái a következők: 1) 0,76; 2) 0,74; 3) 0,60; 4) 0,71; 5) 0,45; 6) 0,58; 7) 0,72; 8) 0,76. A teljes skála Cronbach-alfája: 0,91

Az *MFODS* skála 8 faktorából hét elfogadható Cronbach-alfa értéket adott, az ötödik faktor kivételével. A hatodik faktort az alacsony belső konzisztenciája ellenére, a dimenziót

alkotó alacsony tételszám és az elfogadható item-totál korrelációk miatt elfogadhatónak tartjuk (4. táblázat).

4. Táblázat: a hatodik faktor Item-totál és Item-maradék korrelációi

	Tételek		Item-maradék korreláció	Item-totál korreláció
6. faktor				
1.	NM6	Valószínű, hogy sokakat halottá nyilvánítanak, bár még élnek	0,28	0,54
2.	NM10	Félek, hogy élve temetnek el.	0,42	0,70
3.	NM19	Minden esetben boncolást kellene végezni, hogy megbizonyosodjanak a halál beálltáról.	0,26	0,51
4.	NM29	Iszonyattal tölt el, ha arra gondolok, hogy eszméletemnél vagyok, miközben a halottasházban fekszem	0,36	0,64
5.	NM38	Remélem, több orvos is megvizsgál majd, mielőtt holtta nyilvánítanak.	0,38	0,65

Érdekes módon minden vizsgált csoportnál a három legerősebb félelmet keltő faktor a *Jelentős társak féltése (4.)*, a *Félelem a meghalás folyamatától (1.)* és a *Félelem a halottól (2.)* (a litván kutatásban szintén az 1. és a 4. faktor jelezte a legmagasabb félelmet). A 14-25 évesek csoportja és a 26-54 évesek csoportja eredményei között szignifikáns eltérést nem tapasztaltunk, a legjellemzőbb különbség a 14-25 és az 55 éven felüliek csoportja között van, de nem a félelem dimenzióiban (amelyet a különböző faktorok mutatnak), hanem a félelem mértékében. Míg az idős csoportban a *Jelentős társak féltése (4.)* volt a legerősebb, a fiatal csoportban a *Félelem a meghalás folyamatától (1.)* faktor (5. táblázat). A kapott értékek összevetéséből mind az *MFODS*, mind a Lester skálánál szignifikáns eredményeket kaptunk, amelyek alátámasztják a szakirodalomban közölt tendenciákat (Cicirelli 2001; Hegedűs és mtsai 2001), így a fiatal korcsoport szignifikánsan magasabb halálfélelmét, nemek közötti összehasonlításban pedig a nők magasabb halálfélelmét. Figyelemkeltő eredmény BDI által mért szignifikánsan magas depresszió a fiatal korcsoportban (5. és 6. táblázat).

5. Táblázat: eredmények összegzése a két, szignifikáns eltérést mutató korcsoport esetében

Skálák és az MFODS skála faktorai	Értékátlagok		F-test	d/t-test
	14-25 évesek (N = 118)	55 éven felüliek (N = 22)	Szign.	Szign.
1. Félelem a meghalás folyamatától	20,7	17,2	0,409	0,018
2. Félelem a halottól	18,2	13,9	0,009	0,000
3. Félelem a megsemmisüléstől	13,3	7,9	0,020	0,000
4. Jelentős társak féltése	25,3	22,7	0,133	0,018
5. Félelem az ismeretlentől	15,8	14,4	0,751	0,106
6. Félelem a halál tudatos átélésétől	13,4	9,4	0,615	0,001
7. A test féltése a halál után	13,7	10,1	0,036	0,001
8. Félelem a korai haláltól	12,9	8,6	0,384	0,000
Összesített halálfélelem (42-210)	133,3	104,0	0,036	0,000
Lester Skála (0-131.78)	69,0	67,9	0,769	0,831
Vonásszorongás (20-80)	42,3	39,4	0,266	0,215
Depresszió (0-63)	10,2	5,0	0,065	0,015

6. Táblázat: skála főösszegek nemek szerinti leírása

	Férfi	Nő	Szign.
N	56	120	
Lester halálfélelem skála (0-131.78)	65,1	69,9	0,188
MFODS összesített halálfélelem	131,8	123,4	0,061
Vonásszorongás	39,3	42,5	0,045
Beck depresszió Skála (0-63)	8,75	8,76	0,996

Az eddigi tapasztalatok szerint az MFODS skála magyar változata valid, megfelelően mér, az összesített halálfélelem értékek használhatóak a magyar populáción alkalmazott vizsgálatokban. Az eredeti faktorstruktúrából az ötödik faktort (Félelem az ismeretlentől)

alkotó tételek különböznek, a tételek nem homogének, tehát nem a dimenzió megbízhatósága kérdéses. Ezt figyelembe kell venni a későbbi mérések során. Az eredmény azért is érdekes, mert részben ez a faktor irányul a transzcendens dimenzióra. Elképzelhető, hogy ez a megközelítés nem interpretálható ilyen formában a magyar kultúrkörben.

8.7.2. Lester Halál Iránti Attitűd Skálája

A 21 tételt felosztottuk aszerint, hogy pozitív, negatív illetve semleges halálhoz való viszonyulást fejeznek ki. Az 1-8-ig terjedő tételek megítélésünk szerint pozitív²⁵, a 9-11-es tételek semleges²⁶ és a 12-21-ig terjedő tételek negatív viszonyulást fejeznek ki²⁷ (Az eredeti tételleket és a validálás menetét bemutató Item History a VIII. Mellékletben látható).

A Lester skálát a 8.7.2. alfejezetben tárgyalt MFODS skálával együtt vettük föl (N=199, ebből valid adat 178), a skála reliabilitásának vizsgálatához csak a minden kérdésre választ adó személyek eredményeit használtuk fel. A szórást és a tételek együttjárását item-totál és item-maradék korrelációval vizsgáltuk. A korrelációs számítás során a teljes tételsort figyelembe véve a skála 0,60 Cronbach-alfa értéket adott. A 3., 4. és 6. tétel alacsony Cronbach-alfa értékei arra utalnak, hogy a tételek nem megfelelőek, más irányba mérnek (*Lásd 7-10. táblázat*). Az 1., 2., 7., 8. itemek reliabilitása gyenge.

²⁵ Amit halálnak hívunk, az csupán a lélek új és örömteli életre való születése; Nem kellene gyászolni a halottakat, mert ők örökké boldogok a mennyben; A halál vigaszt hoz; A halál életem egyik legérdekesebb élménye lesz; A békés halál egy sikeres élet méltó befejezése; Nem akarok e percben meghalni, de örülök, hogy meg fogok halni valamikor; Egy fájdalmas életnél jobb a halál; Kész lennék meghalni azért, hogy megmentsem a legjobb barátomat.

²⁶ A halálban minden ember egyenlő; A halál a legnagyobb rejtély; A halál se nem jó, se nem rossz, mivel nem vagyunk halálunk tudatában.

²⁷ Amikor meghalsz, semmit nem vihetsz magaddal; Könnyebben elfogadnám a halált, ha tudnám, hogy milyen lesz; Sajnálatos, ha egy tehetséges ember meghal, még akkor is, ha már nem alkotott; A halál nem kívánt álom; A halál azért félelmetes, mert bánatot okoz; Azért félek a haláltól, mert odaát büntetés várhat rám; Semmi sem szörnyűbb egy egészséges ember öngyilkosságánál; A halál a végső és legszörnyűbb inzultus, mi embert érhet; Mindenáron el szeretném kerülni a halált; A halál a legrosszabb dolog, ami történhet velem.

7. Táblázat: Lester skála reliabilitása – Item-maradék korrelációval – teljes kérdőív

<i>Lester</i>	<i>Tételek</i>	<i>Item-maradék korreláció</i>
1.	Amit halálnak hívunk, az csupán a lélek új és örömteli életre való születése.	0,0445
2.	Nem kellene gyászolni a halottakat, mert ők örökké boldogok a mennyben.	0,0778
3.	A halál vigaszt hoz.	-0,0783
4.	A halál életem egyik legérdekesebb élménye lesz.	-0,1050
5.	A békés halál egy sikeres élet méltó befejezése.	0,1045
6.	Nem akarok e percben meghalni, de örülök, hogy meg fogok halni valamikor.	-0,2368
7.	Egy fájdalmas életnél jobb a halál.	0,0821
8.	Kész lennék meghalni azért, hogy megmentsem a legjobb barátomat.	0,0157
9.	A halálban minden ember egyenlő.	0,1182
10.	A halál a legnagyobb rejtély.	0,2865
11.	A halál se nem jó, se nem rossz, mivel nem vagyunk halálunk tudatában.	0,2539
12.	Amikor meghalsz, semmit nem vihetsz magaddal.	0,1588
13.	Könnyebben elfogadnám a halált, ha tudnám, hogy milyen lesz.	0,2582
14.	Sajnálatos, ha egy tehetséges ember meghal, még akkor is, ha már nem alkotott.	0,1333
15.	A halál nem kívánt álom.	0,4476
16.	A halál azért félelmetes, mert bánatot okoz.	0,2524
17.	Azért félek a haláltól, mert odaát büntetés várhat rám.	0,1276
18.	Semmi sem szörnyűbb egy egészséges ember öngyilkosságánál.	0,1901
19.	A halál a végső és legszörnyűbb inzultus, mi embert érhet.	0,4784
20.	Mindenáron el szeretném kerülni a halált.	0,4595
21.	A halál a legrosszabb dolog, ami történhet velem	0,4252
	<i>Cronbach-alfa</i>	0,6012

8. Táblázat: Lester skála reliabilitása – Item-maradék korrelációval – negatív tételek

<i>Lester</i>	<i>Tételek</i>	<i>Item-maradék korreláció</i>
12.	Amikor meghalsz, semmit nem vihetsz magaddal.	0,1513
13.	Könnyebben elfogadnám a halált, ha tudnám, hogy milyen lesz.	0,2902
14.	Sajnálatos, ha egy tehetséges ember meghal, még akkor is, ha már nem alkotott.	0,0956
15.	A halál nem kívánt álom.	0,4150
16.	A halál azért félelmetes, mert bánatot okoz.	0,1978
17.	Azért félek a haláltól, mert odaát büntetés várhat rám.	0,1474
18.	Semmi sem szörnyűbb egy egészséges ember öngyilkosságánál.	0,2155
19.	A halál a végső és legszörnyűbb inzultus, mi embert érhet.	0,5364
20.	Mindenáron el szeretném kerülni a halált.	0,5092
21.	A halál a legrosszabb dolog, ami történhet velem	0,5304
	<i>Cronbach-alfa</i>	0,6540

9. Táblázat: Lester skála reliabilitása – Item-maradék korrelációval – semleges tételek

<i>Lester</i>	<i>Tételek</i>	<i>Item-maradék korreláció</i>
9.	A halálban minden ember egyenlő.	0,1193
10.	A halál a legnagyobb rejtély.	0,1895
11.	A halál se nem jó, se nem rossz, mivel nem vagyunk halálunk tudatában.	0,1179
	<i>Cronbach-alfa</i>	0,2547

10. Táblázat: Lester skála reliabilitása – Item-maradék korrelációval – pozitív tételek

<i>Lester</i>	<i>Tételek</i>	<i>Item-maradék korreláció</i>
1.	Amit halálnak hívunk, az csupán a lélek új és örömteli életre való születése.	0,0384
2.	Nem kellene gyászolni a halottakat, mert ők örökké boldogok a mennyben.	0,2080
3.	A halál vigaszt hoz.	0,3097
4.	A halál életem egyik legérdekesebb élménye lesz.	0,2108
5.	A békés halál egy sikeres élet méltó befejezése.	-0,0282
6.	Nem akarok e percben meghalni, de örülök, hogy meg fogok halni valamikor.	0,2740
7.	Egy fájdalmas életnél jobb a halál.	0,1540
8.	Kész lennék meghalni azért, hogy megmentsem a legjobb barátomat.	0,2357
	<i>Cronbach-alfa</i>	0,3939

A Lester skála tételei korrelálnak az MFODS-vel (*Lásd 11. Táblázat*). A negatív tételek reliabilitása 0,7 fölött van. A kérdőívek együttjárása azt jelzi, hogy valóban egy irányba mérnek, ezért alkalmasak a halálhoz való negatív viszonyulás, a halálfélelem mérésére.

A skála az 55 éven felülieknél mér a legjobban, a tételek reliabilitása 0,7 fölött van.

11. Táblázat: A Lester és az MFODS skálák korrelációja

	Összesített halálfélelem (MFODS)	
<i>Lester Halál iránti Attitűd Skála (0-131.78)</i>	-0,56	Korr. (r)
	0,000	Szign. (p)
Negatív tételek	-0,52	
	0,000	
Semleges tételek	-0,31	
	0,000	
Pozitív tételek	0,07	
	0,339	

A tételek korosztályos vizsgálatánál megnéztük, hogy látszik-e valamilyen tendencia, továbbá, hogy van-e szignifikáns különbség a korcsoportok között egyes tételekben. Az átlagértékeket Khi-négyzet próbával (Chi-square test) néztük. Megnéztük továbbá, hogy hányan illetve mely kérdéseknél utasították vissza a válaszadást, mivel feltételezésünk szerint a visszautasítás egyfajta hártó, elutasító attitűdöt jelent – ez jellemzően az 55-éven felüli válaszadóknál fordult elő, sőt több esetben megjegyzéssel látták el az egyes állításokat. Például a kiadott kérdőívben ahhoz a tételhez, hogy: „*A halál életem egyik legérdekesebb élménye lesz.*”, egy válaszadó odaírta: „*Ez felháborító!*”.

Megvizsgáltuk, hogy van-e különbség a korosztályok között a visszautasított tételek számában. A statisztikai módszer az egyutas varianciaanalízis volt (One-way ANOVA). Az utótesztet Games-Howell teszttel végeztük el. Megállapítottuk, hogy szignifikáns különbség van a visszautasított tételek számában, az 55 éven felüliek csoportja jelentősen nagyobb arányban ($p=0,000$) utasította el a válaszadást, mint a másik két korcsoport (*Lásd 12. és 13. Táblázat*).

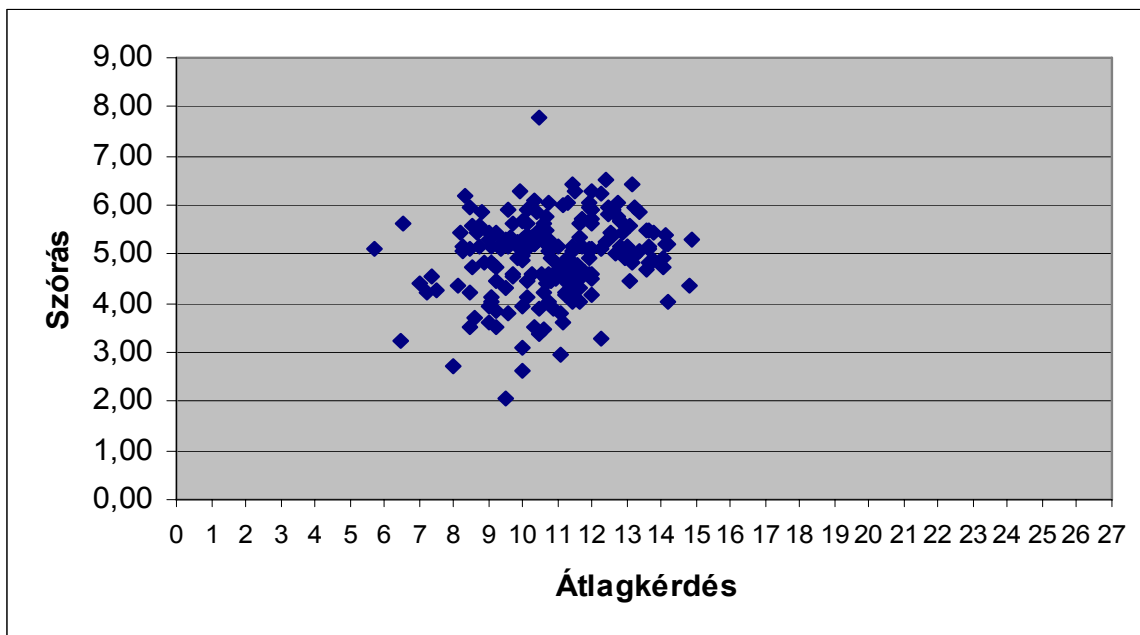
12. Táblázat: Visszautasított kérdések átlaga korosztályok szerint (N=199)

<i>Lester</i>	<i>Korcsoport</i>			<i>Teljes</i>	<i>ANOVA szign.</i>
	<i>25 év alatti N=140</i>	<i>26-tól 54-ig N=39</i>	<i>55 fölötti N=20</i>		
	0,5	0,5	8,6	0,3	0,000

13. Táblázat: Tételek korosztályonként (N=199)

<i>Korcsoport</i>			<i>Khi- négyzet próba</i>	<i>Korcsoport</i>		
<i>25 év alatti (N=140)</i>	<i>26-tól 54-ig (N=39)</i>	<i>55+ N=20)</i>		<i>25 év alatti N=140)</i>	<i>26-tól 54-ig (N=39)</i>	<i>55+ (N=20)</i>
<i>Igenek %-a</i>				<i>Visszautasítás %-a</i>		
38,8	64,1	27,8	0,008	0,7	0,0	1,4
11,4	17,9	5,9	–	0,0	0,0	2,1
15,3	20,5	33,3	–	2,1	0,0	1,4
35,3	25,6	23,5	0,379	0,7	0,0	2,1
87,8	87,2	88,9	–	0,7	0,0	1,4
40,0	38,5	47,1	0,826	0,0	0,0	2,1
58,6	33,3	50,0	0,020	0,0	0,0	1,4
68,4	41,7	47,4	0,006	2,9	2,1	0,7
77,1	89,7	89,5	–	0,0	0,0	0,7
86,4	82,1	75,0	–	0,0	0,0	0,0
77,7	64,1	72,2	–	0,7	0,0	1,4
52,9	71,8	90,0	0,002	0,0	0,0	0,0
62,1	74,4	57,9	0,311	0,0	0,0	0,7
76,3	78,9	88,2	–	0,7	0,7	2,1
57,1	56,4	27,8	0,060	0,0	0,0	1,4
68,3	51,3	77,8	0,074	0,7	0,0	1,4
9,3	10,3	0,0	–	0,0	0,0	1,4
63,6	76,9	83,3	0,099	0,0	0,0	1,4
36,7	25,6	21,1	0,219	0,7	0,0	0,7
34,3	20,5	15,8	0,094	0,0	0,0	0,7
26,6	23,1	26,3	–	0,7	0,0	0,7

Az igen válaszok szórásánál jellemzően a 7. és a 14. kérdés között található tételeket jelölték be a válaszadók, ezek a tételek a pozitív viszonyulást jelző utolsó állítás, a semleges állítások és az enyhén negatív attitűdöt jelző állítások, amely eredmény átlagos halálhoz való viszonyulást jelez (*Lásd 14. Táblázat*).



14. Táblázat: Igen válaszok szórása – Lester (N=199)

Az MFODS és a Lester skála eredményeivel kapcsolatban összefoglalóan elmondhatjuk, hogy mind a két skála érvényesítése megtörtént és adaptálható a magyar populációra. A kérdőívek magyar változatai megfelelően mérnek. A továbbiakban megnézzük az adaptált skálák eredményeit a nagy (HADS) mintán.

A 2007-re teljessé váló HADS adatbázissal történő mérés során ismét megvizsgáltuk a skálák reliabilitását kérdőívvel (a teljes elemszámmal $N=839$, lásd 15. Táblázat). Az MFODS, a Beck, a STAI-T skála és a Lester skála negatív tételeinek magas Cronbach alfa értékei erős korrelációt jeleznek. Az MFODS összesített halálfélelem eredményei 0,89-es Cronbach alfával nagyon erős együttjárást mutatnak. Különösen örvendetes, hogy az MFODS 5. faktora, a *Félelem az ismeretlentől* 0,61 Cronbach alfája megfelelő együttjárást jelez, ez a faktor a validálási folyamat során gyenge értékeket adott, amely valószínűsítette, hogy a tételek nem egy irányba mérnek, tehát a faktor önmagában nem használható, csupán a tételei. Erre a tényre felhívtuk a skálával a továbbiakban dolgozni kívánó kutatók figyelmét, azzal a megjegyzéssel, hogy nagyobb mintán érdemes a mérést megismételni (Zana et al. 2006.). A Lester skála semleges és pozitív viszonyulást mérő tételei gyenge eredményeket hoztak.

15. Táblázat: a skálák reliabilitása - HADS

<i>Skálák</i>	<i>Alskálák</i>	<i>Cronbach- alfa</i>	<i>N</i>
MFODS	Félelem a meghalás folyamatától (6-30)	0,775	813
	Félelem a halottól (6-30)	0,702	814
	Félelem a megsemmisüléstől (4-20)	0,635	816
	Jelentős társak féltése (6-30)	0,736	805
	Félelem az ismeretlentől (5-25)	0,616	815
	Félelem a halál tudatos átélésétől (5-25)	0,550	816
	A test féltése a halál után (6-30)	0,713	818
	Félelem a korai haláltól (4-20)	0,780	819
	Összesített halálfélelem (42-210)	0,897	725
Lester	Lester Halálfélelem Skála (negatív tételek) (0-88,10)	0,667	304
	Lester Halálfélelem Skála (semleges tételek) (0-16,87)	0,245	314
	Lester Halálfélelem Skála (pozitív tételek) (0-26,81)	0,426	289
	Lester Halálfélelem Skála (0-131,78)	0,608	282
BDI	Beck Depresszió (0-63)	0,768	551
STAI-T	Vonásszorongás (20-80)	0,831	295

A kérdőívek együttjárását bemutató táblázatot a VIII. Mellékletben közöljük.

9. Eredmények – HADS

9.1. Korcsoportok

Az eredmények részletezése előtt fontos megjegyeznünk, hogy az eredményeket bemutató táblázatokban közölt mintaszámok a hiányzó adatok (többek között a skálák nem egyforma arányban kerültek felvételre – lásd 8.1.1.1 fejezetben, és a hiányos kérdőíveket is kihagytuk a mérésből) és a vizsgálati elrendezés sajátosságai miatt (a mintából kivettük az egészségügyi dolgozókat, mert a foglalkozás befolyásolja a halál iránti attitűdöt) módosultak az eredeti mintához képest.

Az MFODS faktorai közül mindegyik vizsgált csoportban a *Jelentős társak féltése (4.)* bizonyult a legjelentősebb félelmet jelző faktornak. A másik két legerősebb félelmet jelző faktor a *Félelem a meghalás folyamatától (1.)* és a *Félelem a halottól (2.)* volt.

Korosztályos összehasonlításban megismétlődtek a skálák validálása során nyert eredmények: a fiatalok halálfélelme a legerősebb, a félelem mértéke negatívan korrelál a korról, fokozatosan csökken a kor előrehaladtával. Szignifikáns különbség mutatkozik a korcsoportok között.

Kétmintás t-próbával külön megvizsgáltuk a középiskolás és az egyéb egyetemi hallgatók csoportját és az összehasonlítás során szignifikáns különbséget találtunk az *Félelem az ismeretlentől* (5.) faktorban (0,003), *A test féltése a halál után* (7.) faktorban (0,006) és az összesített halálfélelemben ($p=0,015$). A *Félelem az ismeretlentől* (3.) és a *Félelem a korai haláltól* (8.) faktor tendenciát mutat. Az eredmények szerint a serdülők félelem-értékei magasabbnak bizonyultak az egyetemistákénál. A két, legjelentősebb félelmet jelentő faktor mindkét csoportban a *Jelentős társak féltése* (4.) (25,6 illetve 26,1) és a *Félelem a meghalás folyamatától* (1.) (21,5 illetve 20,1)

17. Táblázat: a középiskolás és az egyéb egyetemi hallgató csoportok összehasonlítása - MFODS (N=233)

Skála	Alskálák	középiskolás (N=79)	egyéb egyetemi hallgató (N=72)	t szign.
		átlag		
MFODS	1. Félelem a meghalás folyamatától (6-30)	21,5	20,1	0,150
	2. Félelem a halottól (6-30)	19,6	18,3	0,136
	3. Félelem a megsemmisüléstől (4-20)	14,0	12,7	0,064
	4. Jelentős társak féltése (6-30)	25,6	26,1	0,414
	5. Félelem az ismeretlentől (5-25)	13,7	11,7	0,003
	6. Félelem a halál tudatos átélésétől (5-25)	14,0	13,6	0,582
	7. A test féltése a halál után (6-30)	14,6	12,2	0,006
	8. Félelem a korai haláltól (4-20)	13,5	12,1	0,051
	Összesített halálfélelem (42-210)	136,3	126,8	0,015

Korcsoportos összehasonlításban az MFODS eredményei szerint mindegyik faktorban és az összesített halálfélelemben egyaránt szignifikáns különbséget találtunk ($p<0,000$, *Lásd 18. és 19. táblázat, az eltérő mintaszám a kieső, hiányos kérdőívek és a leszűkített vizsgálati elrendezés miatt adódott*). A legmagasabb félelem értékeket a 25 év alatti válaszadóknál találjuk, a félelem értékek csökkenő tendenciát mutatnak a kor előrehaladtával és az 55 év feletiek csoportjában a legalacsonyabbak. Mindhárom vizsgált csoportban a három

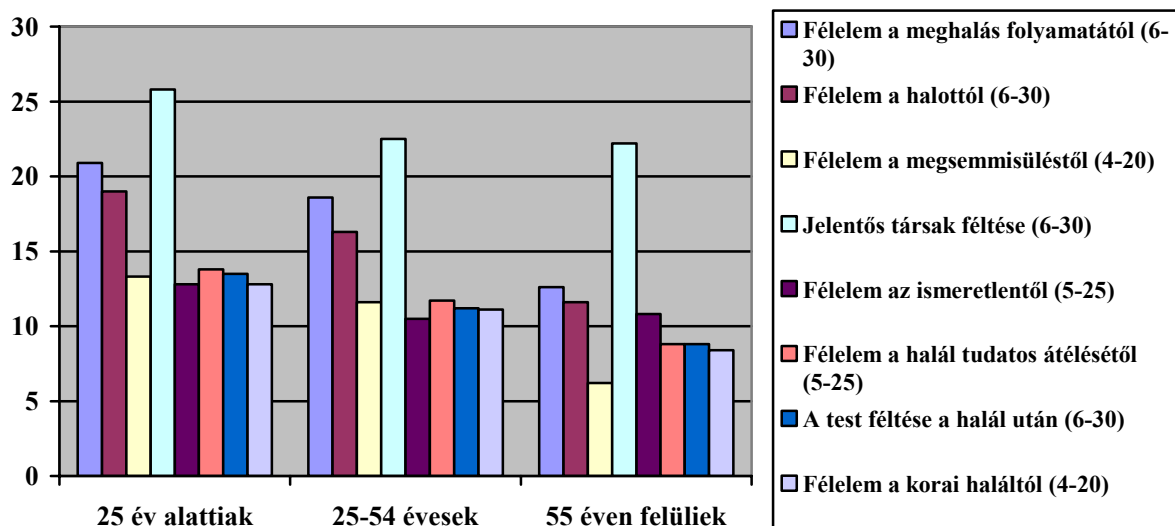
legjelentősebb félelmet jelző faktor a *Jelentős társak féltése (4.)*, a *Félelem a meghalás folyamatától (1.)* és a *Félelem a halottól (2.)*.

18. Táblázat: korcsoportok összehasonlítása – MFODS (N=230)

Skála	Alskálák	25 év alatti(N=171)	26-tól 54-ig (N=54)	55 fölötti (N=5)	ANOVA szign.
		Átlag			
MFODS	Félelem a meghalás folyamatától (6-30)	20,9	18,6	12,6	0,001
	Félelem a halottól (6-30)	19,0	16,3	11,6	0,000
	Félelem a megsemmisüléstől (4-20)	13,3	11,6	6,2	0,000
	Jelentős társak féltése (6-30)	25,8	22,5	22,2	0,000
	Félelem az ismeretlentől (5-25)	12,8	10,5	10,8	0,003
	Félelem a halál tudatos átélésétől (5-25)	13,8	11,7	8,8	0,001
	A test féltése a halál után (6-30)	13,5	11,2	8,8	0,008
	Félelem a korai haláltól (4-20)	12,8	11,1	8,4	0,007
	Összesített halálfélelem (42-210)	131,8	113,4	89,4	0,000

19. Táblázat: korcsoportok összehasonlítása II. - MFODS (N=227)

Alskálák	középiskolások (93)	egyéb egyetemi hallgatók (N=(72)	26-54-ig (N=57)	55+ (N=5)	ANOVA szign.	
	Átlag					
Félelem a meghalás folyamatától (6-30)	21,5	20,1	18,6	12,6	0,001	
Félelem a halottól (6-30)	19,6	18,3	16,3	11,6	0,000	
Félelem a megsemmisüléstől (4-20)	14,0	12,7	11,6	6,2	0,000	
Jelentős társak féltése (6-30)	25,6	26,1	22,5	22,2	0,000	
Félelem az ismeretlentől (5-25)	13,7	11,7	10,5	10,8	0,000	
Félelem a halál tudatos átélésétől (5-25)	14,0	13,6	11,7	8,8	0,003	
A test féltése a halál után (6-30)	14,6	12,2	11,2	8,8	0,000	
Félelem a korai haláltól (4-20)	13,5	12,1	11,1	8,4	0,003	
	Összesített halálfélelem (42-210)	136,3	126,8	113,4	89,4	0,000



I. Ábra. Korcsoportok összehasonlítása – MFODS (a 18. Táblázat adatai alapján, N=230)

A Lester skála eredményei alapján szintén szignifikáns különbséget találtunk a korcsoportok között, itt is a fiatalok halálfélelme bizonyult a legerősebbnek (*Lásd 20. Táblázat*). Érdekes módon U alakú összefüggést találtunk a korcsoportok halálfélelme között, a 25 év alattiaknál magas, a 26 és 54 év közöttieknél viszonylag alacsony, majd az 55 éven felülieknél emelkedő tendenciát tapasztaltunk. Az 55 éven felüliek értékeit tájékoztató jellegűnek foghatjuk fel, mivel a kis mintaszám a korrekt következtetésekre nem ad módot.

A depresszióértékekben szignifikáns különbség mutatkozott a korcsoportok között, a 25 év alattiaknál jelentősen magasabb eredményeket kaptunk (10,9), megegyezően a validálás során nyert eredményekkel – erre a figyelemreméltó és a korábbi kutatások eredményeinek részben ellentmondó tényezőre a Megbeszélésben kitérünk. Az 55 éven felüliek csoportjának feltűnően alacsony depresszióértéke a kis mintaszámból is adódhat, így ez utóbbi eredményeket nem vettük figyelembe a későbbiekben.

A vonásszorongás átlagos értékeit mutat, a korcsoportok között nem találtunk szignifikáns különbséget (*Lásd 20. Táblázat*).

20. Táblázat: Korcsoportok összehasonlítása II. – Lester, BDI, STAI-T (N=117)

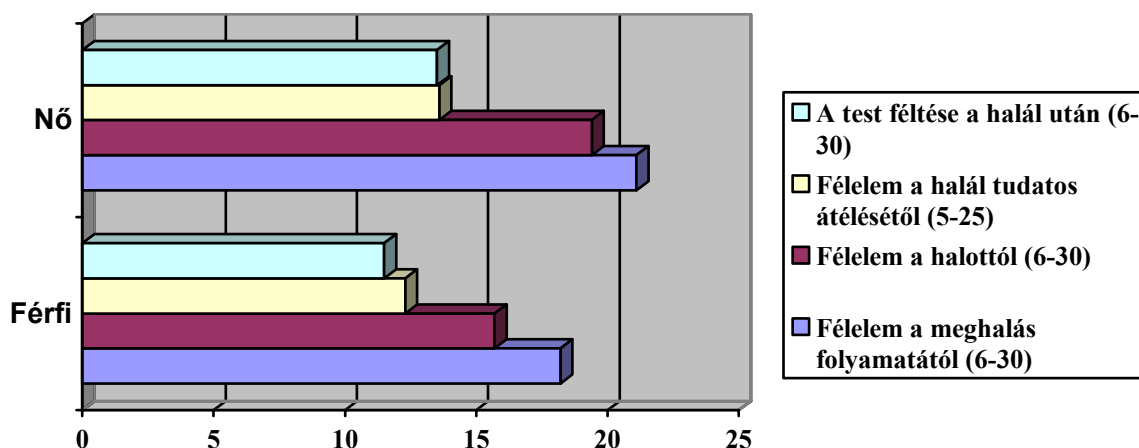
Skálák	Középkorúak (N=93)	26-54 év (N=21)	55+ (N=3)	ANOVA szign.
	Átlag			
Lester Halálfélelem Skála (0-131,78)	73,5	48,5	58,4	0,001
Beck Depresszió (0-63)	10,9	6,3	1,6	0,031
Vonásszorongás (20-80)	42,7	39,3	32,3	0,106
N	93	21	3	

9.2. Nemi különbségek

A nemek szerinti különbséget vizsgálva szignifikáns különbséget találunk az MFODS *Jelentős társak féltése* (4.), a *Félelem a meghalás folyamatától* (1.), a *Félelem a halottól* (2.), a *Félelem a halál tudatos átélésétől* (6.), a *A test féltése a halál után* (7.) faktoraiban, az MFODS összesített halálfélelemben és a vonásszorongásban (Lásd 21. Táblázat). A nőknél és a férfiaknál egyaránt a *Jelentős társak féltése* (4.) faktor mutatja a legmagasabb félelmet (25,3 illetve 24,2 átlagértékekkel), ezt követi a *Félelem a meghalás folyamatától* (1.) (21,1 illetve 18,2) és a *Félelem a halottól* (2.) faktor (19,4 illetve 15,7). Bár a Lester skála eredményei és a depresszióértékek egyaránt magasabbnak bizonyultak a nőknél, a különbség nem szignifikáns. A vonásszorongás szignifikánsan magasabb értékeket jelez a nőknél. A nemi különbségeket csak a nem egészségügyi dolgozók esetében mértük, mivel a mintánkban az egészségügyi dolgozók túlnyomó többsége nő volt).

21. Táblázat: Nemi különbségek - nem egészségügyi dolgozók (N=233)

Skála	Alskálák	Férfi (N=79)	Nő (N=154)	t szign.
		Átlag		
MFODS	1. Félelem a meghalás folyamatától (6-30)	18,2	21,1	0,001
	2. Félelem a halottól (6-30)	15,7	19,4	0,000
	3. Félelem a megsemmisüléstől (4-20)	12,6	12,8	0,722
	4. Jelentős társak féltése (6-30)	24,2	25,3	0,138
	5. Félelem az ismeretlentől (5-25)	12,1	12,2	0,873
	6. Félelem a halál tudatos átélésétől (5-25)	12,3	13,6	0,041
	7. A test féltése a halál után (6-30)	11,5	13,5	0,012
	8. Félelem a korai haláltól (4-20)	11,7	12,6	0,163
	Összesített halálfélelem (42-210)	118,5	130,5	0,001
Lester		67,1	72,6	0,219
BDI		8,6	10,5	0,276
STAI-T		38,9	44,0	0,006



II. Ábra. Szignifikáns nemi különbségek – nem egészségügyi dolgozók – MFODS (Férfi: N=79, nő: N=154)

9.3. Medikusok

Az orvostanhallgatóknál a kiugróan legmagasabb félelmet jelentő MFODS faktor a *Jelentős társak féltése* (4.) (25,2), ezt követi a *Félelem a meghalás folyamatától* (1.) (18,3) és a *Félelem a halottól* (2.) faktor (14,2). A legalacsonyabb pontértéket a *Test féltése a halál után* (7.) (10,5) faktor adta (Lásd 22. Táblázat). Az egészségügyi dolgozók eredményeivel összevetve a medikusoknál az MFODS összesített halálfélelem (113,4) nem szignifikánsan, de magasabbnak bizonyult a rezidensek és szakorvosok csoportjáénál, míg az ápolóknál alacsonyabb értékeket adott. A varianciaanalízis (Anova) kapcsán egyedül a *Jelentős társak féltése* (4.) ($p=0,000$) és a *Félelem a meghalás folyamatától* (1.) ($p=0,26$) faktorokban találunk szignifikáns különbségeket a félelem mértékében, itt az összes vizsgált csoport közül az orvostanhallgatóknak a legmagasabb a félelem-értéke.

22. Táblázat: Medikusok és egyéb egyetemi hallgatók eredményei (N=207)

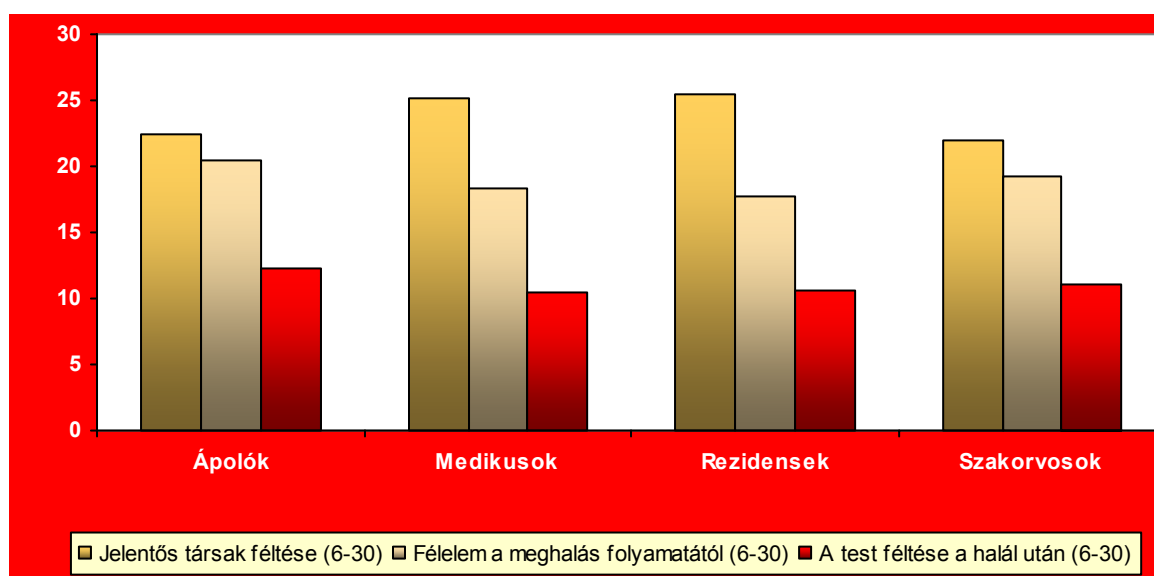
Skála	Alskálák	medikus (N=135)	egyéb egyetemi hallgató (N=72)	t szign.
		átlag		
MFODS	Félelem a meghalás folyamatától (6-30)	18,2	20,1	0,029
	Félelem a halottól (6-30)	14,1	18,3	0,000
	Félelem a megsemmisüléstől (4-20)	11,6	12,7	0,088
	Jelentős társak féltése (6-30)	25,2	26,1	0,128
	Félelem az ismeretlentől (5-25)	11,2	11,7	0,419
	Félelem a halál tudatos átélésétől (5-25)	11,1	13,6	0,000
	A test féltése a halál után (6-30)	10,5	12,2	0,019
	Félelem a korai haláltól (4-20)	11,3	12,1	0,223
	Összesített halálfélelem (42-210)	113,0	126,8	0,000
N		135	72	

9.4. Egészségügyi dolgozók

A leginkább félelmet keltő MFODS faktorok egészségügyi dolgozóknál: *Félelem a meghalás folyamatától (1.)*, *Jelentős társak féltése (4.)* (Lásd 23. Táblázat). A medikusok és rezidensek halálfélelme az 1. és 4. faktorban szignifikánsan magasabb az orvosok- és ápolók csoportjánál. Az eltérő mintaszám jelen esetben a hiányosan kitöltött kérdőívekből adódik.

23. Táblázat: Egészségügyi dolgozók eredményei (N=302)

Alskálák MFODS	Ápoló (N=99)	Medikus (N=133)	Rezidens (N=28)	Szakorvos (N=42)	ANOVA szignifikancia
	Átlag				
1. Félelem a meghalás folyamatától (6-30)	20,4	18,3	17,8	19,3	0,026
2. Félelem a halottól (6-30)	14,9	14,2	13,9	14,0	0,647
3. Félelem a megsemmisüléstől (4-20)	11,1	11,6	10,9	12,2	0,443
4. Jelentős társak féltése (6-30)	22,5	25,2	25,4	22,0	0,000
5. Félelem az ismeretlentől (5-25)	11,5	11,2	10,8	11,7	0,738
6. Félelem a halál tudatos átélésétől (5-25)	11,7	11,1	10,6	10,5	0,374
7. A test féltése a halál után (6-30)	12,2	10,5	10,6	11,1	0,074
8. Félelem a korai haláltól (4-20)	12,2	11,4	11,2	11,0	0,436
Összesített halálfélelem (42-210)	116,3	113,4	111,1	112,0	0,603



III. Ábra: Egészségügyi dolgozók eredményei – HADS (A 26. Táblázatban szereplő minta alapján)

A orvosok és az ápolók eredményei között szignifikáns különbségeket találtunk a Lester skála eredményeiben, a vonásszorongásban és a depresszióban (lásd 24. táblázat). Az eredmények szerint a halálfélelem nagyobbak bizonyult az ápolóknál, szemben a hallgatók magasabb depresszió- és szorongás értékeivel. A táblázatban közölt eredmények eltérő elemszáma abból következik, hogy a különböző időpontban történt lekérdezések során a résztvevők nem egyenlő arányban töltötték ki a kérdőíveket.

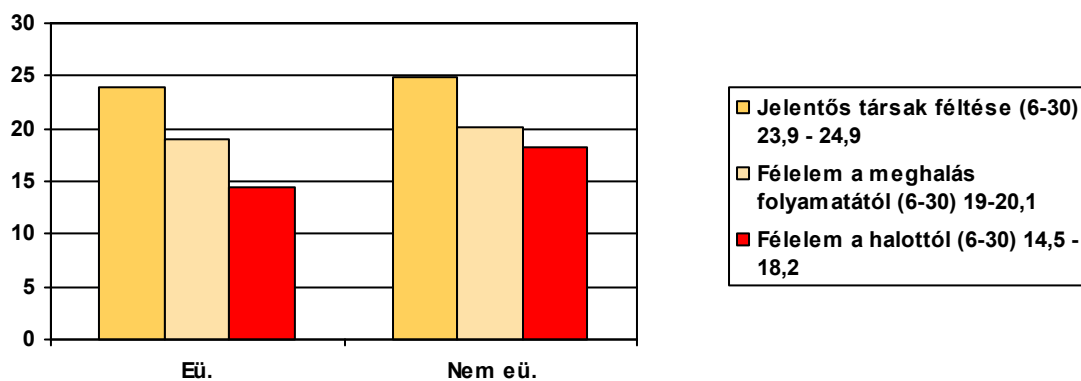
24. Táblázat: Ápolók és orvosok eredményei közötti különbségek – Lester, Beck, STAI-T (N=112)

Skála	Ápoló (N=65)	Orvos (N=47)	t szign.
	átlag		
Lester Halálfélelem Skála (0-131,78)	70,8	57,6	0,001
N	41	44	
Beck Depresszió (0-63)	6,4	8,4	0,044
N	83	90	
Vonásszorongás (20-80)	39,2	43,3	0,005

A nem egészségügyi dolgozóknál tapasztalt leginkább félelmet keltő faktorok: *Félelem a meghalás folyamatától (1.), Félelem a halottól (2.), Jelentős társak féltése (4.)* (Lásd 28. Táblázat). Ebben a vizsgálati elrendezésben a 26-54 évesek – egészségügyi dolgozók mintát használtuk fel. A nem egészségügyi dolgozók halálfélelme minden faktorban szignifikánsan magasabbnak bizonyult az egészségügyi dolgozóknál.

28. Táblázat: egészségügyi és nem egészségügyi dolgozók eredményeinek összehasonlítása – HADS (N=578)

Alskálák MFODS	Eü. (N=345)	Nem eü. (N=233)	t szignifikancia
	átlag		
1. Félelem a meghalás folyamatától (6-30)	19,0	20,1	0,021
2. Félelem a halottól (6-30)	14,5	18,2	0,000
3. Félelem a megsemmisüléstől (4-20)	11,3	12,7	0,000
4. Jelentős társak féltése (6-30)	23,9	24,9	0,014
5. Félelem az ismeretlentől (5-25)	11,4	12,2	0,048
6. Félelem a halál tudatos átélésétől (5-25)	11,0	13,1	0,000
7. A test féltése a halál után (6-30)	11,1	12,9	0,000
8. Félelem a korai haláltól (4-20)	11,4	12,3	0,017
Összesített halálfélelem (42-210)	113,6	126,4	0,000



IV. Ábra: Egészségügyi és nem egészségügyi dolgozók eredményeinek összehasonlítása – HADS (a 28. Táblázatban szereplő mintán)

A 26-54 évesek alcsoportjainak összehasonlítása során árnyaltabb eredményeket kapunk (Lásd 25. Táblázat). Megnéztük, hogy az orvosok (rezidensek és szakorvosok, tehát a 25 és 54 éves kor közötti válaszadók) és a nem egészségügyi dolgozó, diplomás válaszadók között milyen különbségeket találunk a félelem tárgyában és a félelem mértékében. Az eredmények alapján szignifikáns különbséget találtunk a *Félelem a halottól* (2.) és a *Félelem*

a halál tudatos átélésétől (6.) faktorokban, tendenciát tapasztaltunk az összesített halálfélelem értékekben. A magasabb félelem értékeket ebben az esetben is a nem egészségügyi dolgozó csoport tagjai adták.

25. Táblázat: egészségügyi- és nem egészségügyi dolgozók összehasonlítása - középkorosztály (rezidens, szakorvos/nem egészségügyi, diplomás) N=112

Skála	Alskálák	rezidens, szakorvos (N=70)	nem eü. dolgozók (N=42)	t szign.
		átlag		
MFODS	Félelem a meghalás folyamatától (6-30)	18,7	19,6	0,406
	Félelem a halottól (6-30)	14,0	17,8	0,000
	Félelem a megsemmisüléstől (4-20)	11,7	12,2	0,546
	Jelentős társak féltése (6-30)	23,4	22,9	0,604
	Félelem az ismeretlentől (5-25)	11,3	10,8	0,575
	Félelem a halál tudatos átélésétől (5-25)	10,5	12,9	0,006
	A test féltése a halál után (6-30)	10,9	12,5	0,110
	Félelem a korai haláltól (4-20)	11,1	11,7	0,470
	Összesített halálfélelem (42-210)	111,6	120,5	0,050
N		70	42	

10. Megbeszélés

10.1. Foglalkozás

„ A halálattitúd a foglalkozással több szinten is összefügghet: szerepet játszhat egyrészt a hivatás megválasztásában, másrészt a mindennapi munkahelyi teendők jellegétől függően módosulhat a halálkép. Mindkét lehetőség leginkább a halállal való napi szembesülést kívánó foglalkozásúakat érinti, mint például a haldoklókkal foglalkozó orvosok és ápolók (akik leginkább a halál haldoklás aspektusával szembesülnek)” (BÉKÉS, 2000. 28.)

A HADS adatbázisból nyert eredmények közül a leginkább figyelmet keltőek a nem egészségügyi dolgozókkal történt összehasonlítás során az egészségügyi dolgozók alacsonyabbnak bizonyuló halálfélelem eredményei – bár, mint láttuk, e nagy csoporton belül is jelentős különbségek vannak. A témával foglalkozó szakirodalom meglehetősen ambivalens eredményeket közöl: a kutatások egy része az egészségügyi dolgozók magasabb

halálfélelmét emeli ki, míg mások a normál populációhoz képest alacsonyabb értékekről számolnak be. Temesváry halálfélelemmel foglalkozó, saját kutatási eredményeket is közlő tanulmánya az orvosok halálhoz való ambivalens viszonyulását tárgyalja. Eszerint az orvosokra nagyobb halálfélelem illetve elfojtás jellemző, melynek oka részben az egyetemi képzésben keresendő, a medikusoknak tanulmányaik során nagyon kis mértékben van alkalmuk foglalkozni a témával: *„Főleg az orvosok helyzetét nehezíti az a tény, hogy ilyen irányú szakmai képzésük hiányos; az egyetemi oktatás sem önismeretük fejlesztését, sem hatékony mentálhigiénés védelmüket nem biztosítja”* (Temesváry 1996). A halálfélelem elfojtása megnehezíti a súlyos, gyógyíthatatlan, vagy a szuicid hajlamú betegekkel való kommunikációt, és ezáltal kevésbé hatékonyá teszi a gyógyító munkát, frusztrációt okoz orvosnak és betegnek egyaránt. Ezt a magyarázatot támasztják alá Hegedűs és munkatársai, valamint Turcsányi kutatási eredményei is. Hegedűs és munkatársai az orvosok, ápolók és medikusok halállal és haldoklással kapcsolatos attitűdjének vizsgálatával, valamint a súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi és lelkiállapotával foglalkozó kutatásaik (Hegedűs et al. 2001; 2002; 2004) eredményei szerint az egészségügyi szakképzés illetve felsőoktatás során nem készítik fel az egészségügyi szakembereket a halállal való szembesülésre, a haldokló betegek megfelelő gondozására, ezért sokszor nem tudják a haldoklással kapcsolatos problémákat megfelelő módon kezelni. *„A haldokló betegekkel való munkát az egészségügyi dolgozók jelentős stressz-forrásnak tartják, és ennek egyik jeleként lehetőleg elkerülik a haldokló betegekkel való kommunikációt. A felkészületlenség a halálfélelmet erősíti bennük, amely betegeik, hozzátartozóik halálával és saját halálukkal kapcsolatban is igen erősen megnyilvánul. A súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók körében a pszichoszomatikus és pszichés megbetegedések száma magasabb, mint a kontrollcsoportokban.”* (Hegedűs et al. 2002)

Turcsányi az orvostanhallgatók halálfélelmét vizsgálva szintén arra a következtetésre jutott, miszerint a medikusokat felkészületlenül éri a halállal, halottal való első találkozás, amely többnyire a preklinikai évek során történik az anatómia és patológia gyakorlatokon (Turcsányi 2006). Ez magyarázatot adhat a medikusok szignifikánsan magasabb félelem értékeire, összehasonlítva a nagyobb tapasztalattal rendelkező rezidens és szakorvos csoportokkal.

Békés felmérése azonban más eredményekre is rávilágított: *„A kérdés empirikus kutatása Pollak (1989-90) összefoglaló tanulmánya szerint viszonylag sokáig váratott magára, majd eleinte az uralkodó nézet Feifel és munkatársai (1967, id. Lattaner és Hayslip, 1984-85) vizsgálata alapján az volt, hogy az orvosi szakmában nagyobb a halálfélelem, mint*

más területeken. A későbbi tanulmányok közül azonban több is megkérdőjelezte ezt a nézetet, néhányan nem találtak különbséget, mások szerint pedig a szakmai tapasztalat során a halálfélelem egyre csökken (Lester és munkatársai, Yeaworth és munkatársai, id. Lattaner és Hayslip, 1984-85). A tanulóévek alatti versus praxis során átélt félelem alakulását azonban nem minden tanulmány alapján gondolhatjuk ilyen biztatónak: Merrill és munkatársai (1998) gyakorló orvosoknál nagyobb halálfélelemről számolt be, mint a leendő, még tanulmányait folytató ápolónőknél” (Békés 2000)

Jelen kutatás eredményeinek az értékelésében – a fenti megközelítéseket követve – az egészségügyi dolgozók alacsonyabb halálfélelmét a csoportra jellemző elfojtás/hárítás feltételezett attitűdjeként feltételezhetjük. Továbbá következtethetünk arra a jelenségre, hogy az egészségügyi dolgozók munkájuk során a halállal, haldoklással kapcsolatban közvetlen tapasztalatot szereznek, ez magyarázhatja az alacsonyabb félelem értékeket. Ebből következően a medikusok és rezidensek nagyobb félelme a kevesebb tapasztalattal indokolható, de nem ad magyarázatot az ápolók magasabb félelem értékeire. A szakirodalom szerint az alacsonyabb iskolázottságú emberekre nagyobb halálfélelem jellemző (Temesváry 1996; Thorson és Powell, 1984), de ez az indoklás nem tűnik elégségesnek a szignifikáns különbségek indoklására. Mivel az egészségügyi ellátásban pont az ápolók vannak a legintenzívebb (kontakt) kapcsolatban a betegekkel, a nagyobb tapasztalat esetükben kisebb halálfélelemmel járna együtt. Elképzelhető, hogy az iskolázottság, a rosszabb szocioökonómiai helyzet és a munkahelyi, optimálisnak nem nevezhető feltételek együttesen okai a jelentősebb félelemnek. De fontos hangsúlyoznunk, hogy az ápolók csoportjában jelentősen felülreprezentáltak a nők, ez a tény nagy valószínűséggel befolyásolja az eredményeket, mert a vizsgálatok eredményeképpen az a hipotézisünk is bizonyítást nyert, amely szerint a nőknek a férfiakénál szignifikánsan nagyobb a halálfélelme. Ezzel együtt nem szabad figyelmen kívül hagynunk a kort sem, mint szintén jelentős befolyásoló tényezőt. A medikusok és rezidensek magasabb félelem értékeiben minden bizonnyal szerepet játszik a fiatal korra jellemző nagyobb halálfélelem, de nem kizárólagosan, hiszen a medikus – egyéb felsőoktatási intézetben tanuló hallgatók összehasonlításából kitűnik, hogy az orvostanhallgatók félelme kisebb a kontrollcsoporténál. Az ápolók átlagéletkora 41, tehát ebben az esetben nem vonhatunk le következtetést a nagyobb félelem és az életkor összefüggéséről.

Thorson és Powell a Halál Szorongás Skálával (Death Anxiety Scale) történő felmérésük szerint a nőkre és a fiatalokra szignifikánsan magasabb halálfélelem jellemző, és

az iskolai végzettség tekintetében is szignifikáns különbséget találtak: az alacsony iskolai végzettség nagyobb halálfélelemmel jár együtt (Thorson és Powell, 1984).

10.2. Kor

A korcsoportos összehasonlításból kitűnik, hogy a fiataloknál – a kiinduló hipotézisnek megfelelően – az MFODS faktorai és összesített halálfélelem értékei valamint a Lester skálával mért halálfélelem, a depresszió és a szorongás egyaránt jelentősebb, mint a 26-54 éves korosztályban, de a legnagyobb különbség az 55 éven felüliekkel történt összehasonlítás során mutatkozik. Egyetlen kivételt a Lester skála eredményeinél tapasztaltunk, ott a félelem Gauss-görbét mutat, a fiatal korosztálynál magas, a 26-54 éveseknél csökken, majd az 55 éven felülieknél ismét emelkedik. Gesser, Wong és Reker kutatásukban (1987) fiatal- (18-25), közép- (35-50) és idős (60+) korosztályos csoportokkal végeztek felmérést, eredményeik megegyeznek jelen vizsgálatunk eredményeivel. Kalish és Reynolds (1976) eredményei szerint is az idősebbek félnek a legkevésbé a haláltól, a korcsoportos átlagok a következőképpen alakultak: fiatal csoport: 40%, középkorosztály 26%, idős csoport: 10% (Hayslip és Peveto 2005). Mivel a kutatások időpontja között jelentős idő telt el, úgy tűnik, hogy ez a tendencia viszonylag stabilnak mondható.

A halálfélelem empirikus vizsgálata során Bengtson és munkatársai (1977) a középkorúaknál (45-54 évesek) nagyobb halálfélelmet tapasztaltak, mint az 55 év fölöttiekénél, Kumar és Mohan (1987) szerint pedig infarktuson átesettek között a 46-50 éveseknek volt a legerősebb halálféleleme, ám a halál gondolatával való foglalkozás ennek ellenére az idősebbeknél volt gyakoribb (Gesser és munkatársai, 1987-88). (A megnövekedett halálfélelem pozitív vonatkozásaként egyfajta motivációt is jelenthet a halál kérdésének újrafogalmazására, elősegítve ezáltal a lelki érettség folyamatát. Az öregkorban ezzel szemben csökken a félelem dominanciája, ehelyett - optimális esetben, ami a vizsgálatok szerint gyakorinak mondható – a halál elfogadásának különböző formái válnak hangsúlyossá (Gesser et al. 1987-88). A fiatalabbakhoz képest alacsonyabb halálfélelem megjelenik a teszteredményekben is (Stevens et al. 1980, Thorson et al. 1998). Gesser és munkatársai (1987-88) az általuk kidolgozott Halálattitűd Profil ötféle viszonyulást mérő alszkáláján a különböző korúak pontszámai a következő eloszlást mutatták: a haláltól illetve haldoklástól való félelem a fiataloknál viszonylag magas volt, majd a középkorúaknál csúcsosodott, a legalacsonyabb pedig az időseknél volt. A többi három irányultság (a halál várakozásteli,

menekülésként való és semleges elfogadása) leginkább az idősebbekre volt jellemző. Ezen kívül az idősebbek kevésbé voltak hajlamosak a halálfélelem tagadására, ellentétben a fiatalabbakkal (Westman et al. 1984). (Békés 2000).

Az MFODS eredményei alapján a *Jelentős társak féltése (4.)* faktor dominanciája minden vizsgált csoportban a társas kapcsolatok fontosságát hangsúlyozza, hozzátevé, hogy a faktor az önmagunk halálától való félelmet is méri (a számunkra fontos személyek halálától való félelem és a hozzátartozóink ránk irányuló aggodalma egyaránt beletartozik – lásd 7.2.1. alfejezetben), illetve, hogy mennyire érezzük fontosnak magunkat a hozzátartozóink számára – tehát a kapcsolatok erősségére is utal. Bár a modern, nyugati típusú társadalmakat – köztük a magyart is – erősen individualizálnak tartják – az individuuum számára a család, a kortársak, a lokális közösség a legfontosabb, a „kollektív én” ethosza a családra vonatkozik. Természetesen különbséget kell tennünk a szűkebb család és a lokális közösség többi tagja között, az emocionális érintettség és ezzel összefüggésben a szolidaritás érzése a társadalom szélesebb területein kevésbé jelentős. Míg a fiatal korosztályban a társak féltése gyakran homályos, absztrakt félelmet takar, és a közeli hozzátartozó halálában a személy saját halálfélelmét vetítheti ki (Kulcsár et al. 2006), addig az 55 éven felülieknél a jelentős társak féltése már konkrét tapasztalatokon alapul, ők már átélték szeretett személyeik elvesztését, megélték a gyászt, pontosan tudják, milyen elveszíteni valakit, aki fontos volt számukra. Buda Béla szerint az, hogy saját halálunkról mit gondolunk, kicsit annak is tükrö, hogy szeretteink hogyan haltak meg. (Buda 1997).

A *Félelem a meghalás folyamatától (1.)* faktor dominanciájának oka a személyes félelmeken túl (pl. „*rettegek a tűzhaláltól*”) részben a média hatásának is köszönhető: olyan halálnemekkel találkozunk, amellyel a mindennapi életben kevésbé valószínűen, a híradók, „reality műsorok” és az akciófilmek naturalisztikusan és részletekbe menően ábrázolják a szenvedéssel teli halált – sohasem a békés haldoklást. Bár a szakirodalom különbséget tesz a saját halál és a mások halálának megítélése és klasszifikációja között (Aries 1977), a fiatal korosztályra jellemző, hogy a látottakkal, olvasottakkal könnyebben azonosulnak. Ennek látszólag ellentmond az a – szintén ebben az életkorban tapasztalható – jelenség, amelyet leginkább a fiatal személyes halhatatlanságába, illetve sérthetetlenségbe vetett hite jellemez, és amely gyakran önvészélyes, vakmerő kalandokba sodorja őket. Ezzel együtt az identitás alakulásával is összefüggésbe hozható szélsőséges, rapszodikusán változó emocionális hullámok váltakozása is megfigyelhető, így érthető, ha ezek a tudatállapotok az életkor ezen

szakaszában egymással párhuzamosan megjelennek (Noppe és Noppe 1997). Figyelmet érdemlő tény, hogy a statisztikák szerint jellemzően az idősebb korosztály tölti a legtöbb időt a televízió előtt, tehát a média befolyását ebben a korcsoportban is figyelembe kell vennünk, azzal a megjegyzéssel, hogy életkoruknál, tapasztalataiknál fogva valószínűleg kevésbé befolyásolhatók, mint a serdülők/ fiatalok.

A *Félelem a halottól (2.)* faktor magas félelem-értéke a fiatalok esetében a halálról való személyes tapasztalat hiányából fakadhat. Eddigi életükben a legritkább esetben találkoztak haldoklóval vagy halottal, az ismeretlentől való félelem illetve szorongás növekszik – s az absztraktabb ismeretlentől való félelem is belevetül, megtestesül – különösen, ha máskor elfojtják az erről való gondolkodást. Mivel ez a faktor az állati tetemtől való félelmet is jelzi, ez szintén arra a tényre utal, hogy a háztartások többségében - a falusi környezetben, kistelepüléseken élőket kivéve – nem jellemző a háziállatok otthoni levágása és feldolgozása, a vadászatokon való részvétel, a fiatalok irtóznak az állati tetemek látványától és érintésétől. A tetem látványának köznapisága a fentjelzett projekció kiváltását csökkenti – kiépül a védekező mechanizmus. Ennek a feltételezésnek ellentmond Gerald M Davins pszichológus kutatása, aki a McGill Egyetemen, Kanadában felmérést végzett 211, terminális állapotú beteggel (Berta 2001). Az eredmények szerint a falun élőknek nagyobbnak bizonyult a halálfélelme, mint a városlakóknak – amely ellent mond Kübler-Ross azon teóriájának, mely szerint a falusiak kevésbé szoronganak a haláltól, a kifinomult orvosi technológia hiánya és az otthonukban meghalók nagyobb gyakorisága miatt és ugyanerre a következtetésre jutott Polcz A halál iskolája c. művében (1989). Davins eredményeit magyarázhatja az a tény, hogy a falun élők a halált jobban elfogadják, mégis úgy tűnik, hogy jobban szoronganak tőle, vagyis a halál gondolatának elfogadása nem jelent kisebb szorongást, bár a falun élők szubjektíve nagyobb halálközelséget éreznek

A *Félelem a megsemmisüléstől (3.)* faktor a test halál utáni enyészetétől való félelmet jelöli. Az emberi psziché nehezen tudja feldolgozni és elfogadni a test biológiai bomlásával járó egzisztenciális megsemmisülés gondolatát. A test feltámadásában és a túlvilági életben való, a vallások által formált és fenntartott hit kapaszkodót nyújtott ebben a tekintetben, de a szekularizációval ez a hit egyre csökken és nincs megnyugtató, támaszt nyújtó alternatívája. A *Félelem a megsemmisüléstől* faktor jelzi ezt az ambivalenciát, amellyel a 21. század embere viszonyul a változó világhöz.

Békés összefoglaló tanulmányában – amely a halál iránti attitűdöt a nem, a kor és a vallásosság függvényében vizsgálja, és a részletes szakirodalmi áttekintés mellett saját kutatási eredményekre támaszkodik – az életkorral összefüggésben az MFODS skálával nyert eredményeinkkel ellentétben, a Lester skála eredményeivel viszont megegyezően a halálfélelem fordított U alakú változását fejt ki (Békés 2003). Eszerint a serdülőkorban bekövetkezett intellektuális fejlődés a fiatal felnőtteknél már lehetővé teszi a halál elkerülhetetlenségének megértését, de ebben a korban annak lehetséges bekövetkezését hajlamosak a távoli jövőbe képzelni, és igyekeznek inkább egyáltalán nem foglalkozni a halál gondolatával (Gesser et al. 1987-88). Az élet közepén megtörténik a jungi fordulat a halálhoz való viszonyulásban, a személy rádöbben, hogy „ettől kezdve már nem felnő, hanem megöregszik” (Gesser et al. 1987- 88), ami gyakran a halálfélelem erősödéséhez vezet. A halálfélelem empirikus vizsgálata során a középkorúaknál ennek megfelelően valóban nagyobb halálfélelmet találtak, mint a többi korcsoportban (Bengtson et al. 1977; Kumar – Mohan 1987). Ezen a válságos időszakon túljutva, az öregkor felé közeledve a félelmet a halál elfogadásának különböző formái váltják fel (Gesser et al. 1987-88; Stevens et al. 1980; Thorson et al. 1998). A Gesser és munkatársai (1987-88) által kidolgozott halálattitűd profil ötféle viszonyulást mérő skáláján a különböző korcsoportok vonatkozásában a következő különbségeket találták: a haláltól és a haldoklástól való félelem a fiataloknál viszonylag magas volt, majd a középkorúaknál csúcsosodott, a legalacsonyabb pedig az időseknél volt. Ezen kívül az idősebbekre kevésbé volt jellemző a halálfélelem tagadása, mint a fiatalabbak. A skála által mért másik három irányultság (a halálhoz való várakozásteli viszonyulás, menekülésként való, illetve semleges elfogadása) leginkább az idősebbekre volt jellemző (Westman et al. 1984). Az időskorúak ezek szerint differenciáltabb és kevésbé a félelem dominálta halál-felfogással rendelkeznek, mint a fiatalok és a középkorúak, akik a halál tényével – úgy tűnik – kevésbé akarnak (illetve képesek) szembenézni (Békés 2003).

Az eredmények összegzése során felmerül bennünk a kérdés, hogy a hazai és nemzetközi szakirodalom szerint egyértelműen a legintenzívebb félelmet generáló faktor, amely az önmagunk és családtagjaink elvesztése felett érzett félelem, nem alkot/hat/ja-e önálló – meghatározó elemét a halálfélelemnek. Az önmagunk megsemmisülésétől való félelem minden mástól különbözik minőségileg, táguló köre ennek minden közvetlenül személyiségünkhöz tartozó dolog elvesztése /tervek, célok stb/, utána jön a mások elvesztésétől való félelem. Ez utóbbiból elsősorban azok elvesztésétől félünk, akik génjeinket hordozzák, illetve akik génjeink – bennünk vagy rokonainkban – továbbélését szolgálják. A

haldoklástól való félelem a betegségtől/fájdalomtól és a megsemmisüléstől való félelmet egyaránt jelenti.

10.3. Nemek

Nemek szerinti összehasonlításban a nők magasabb halálfélelmét igazolják az eredmények. A nemek közötti különbségeket tekintve a mérési eredmények többségében megegyeznek a korábbi kutatások során tapasztaltakkal. A nemzetközi szakirodalmat tanulmányozva látjuk, hogy a kutatások többségében jelentős nemek közötti különbséget találtak a halálfélelemben, a nőkre jellemzően magasabb halálfélelem jellemző (például Martin és Wrightsman 1965, Templer és Ruff 1971, McMordie 1979, Jones, 1984, Pollak 1980). Bár néhányan, mint Swenson (1961), Jeffers et al. (1961) vagy Feifel és Branscomb (1973) nem találtak efféle eltérést, másoknál pedig a férfiak halálfélelméé tűnt nagyobbak (Marks 1986- 87). A nők nagyobb halálfélelmét mutató pontszámainak jelentésének differenciálását sokan megtették, a halálfélelem skála különböző dimenziókra bontott eredményeit Middleton közölte (1936, id. Lester, 1967) egy korai tanulmányában. A halálfélelem általános mértékében nem talált a nemek között szignifikáns különbséget, ám a nők többször gondoltak a saját halálukra mint a férfiak és ilyenkor nagyobb félelmet is éreztek, ám általánosságban a halál tényére kevesebbet gondoltak. Mások beszámolója szerint (Diggory és Rothman 1961, Thorson 1998) a nők a saját halállal kapcsolatban jobban tartottak testük pusztulásától, mint a férfiak (a szerzők ezt a fizikai vonzóságnak a női értékek között betöltött nagyobb szerepének tulajdonítják); ezenkívül (alátámasztva az érvelést) a férfiak számára a legriasztóbbnak a kiszolgáltatottság és a függőség tűnt, ezzel szemben a nők a haldoklás során fellépő fájdalomtól féltek a leginkább (a nők feltehetően nagyobb fájdalomtoleranciája ellenére). (Békés 2000)

Békés Wong, Reker és Gesser Revideált halálattitűd-profilját alkalmazó felmérésében (Békés 2003) a halál iránti attitűd – többek között – nemi különbségeit vizsgálta. Eredményei szerint enyhe eltérés mutatkozott ugyan a semleges elfogadás attitűdben, amelyre a nők hajlamosabbnak tűntek, ám a többi fajta halálattitűdben nem volt szignifikáns különbség a nemek között. A negatív eredmény magyarázatakor felmerülhet a vallásosság mint befolyásoló tényező szerepe: a mintában a nők jóval nagyobb része (66%) vallotta magát valamilyen mértékben vallásosnak, mint a férfiaké (42.2%), ezért előfordulhat, hogy ez a különbség hatott áttételesen az elemzés eredményére. „*A megközelítő elfogadás alskálán*

nyilvánvalónak tűnik ennek szerepe, hiszen az ilyen attitűd egyértelműen feltételezi a túlvilági élet és Isten létezésének elfogadását (a tételek között olyanok szerepelnek, mint „Érdeklődéssel várom a halál utáni életet” vagy „A halál Istennel való egyesülés az örök üdvösségben”). Egyes attitűdök – leginkább a halálfélelem skála tételei – impliciten szintén magában foglalnak a halál utáni életre vonatkozó elképzeléseket (pl. „Rémülettel tölt el az a tény, hogy a halál mindennek a végét jelenti, amit csak ismerek”, „Az aggaszt, hogy nem tudhatom, mi fog történni a halálom után”). Mindezen megfontolások alapján megismételtem a nemek és a halálattitűd összehasonlítását, de ezúttal – a vallásosság halálattitűdre tett hatását kiszűrendő – az értékelésből kihagytam a magukat egyáltalán nem vallásosnak feltűntető személyeket. Az újbóli elemzés összesített eredményeiben e változtatás ellenére sem mutatkoztak egyértelmű eltérések a nemek között. Ezen belül ugyanakkor az alskálák vizsgálatok szignifikáns különbség jelent meg a semleges elfogadásban, ahol ezúttal a férfiaknál jelent meg magasabb pontszám. Emellett a halálfélelem alskálán a nők átlagosan magasabb pontszámot adtak, ám ez a különbség sem ért el szignifikáns szintet.” (Békés 2003)

Összefoglalva tehát elmondható, hogy bár korántsem markánsan, de megjelent a nemzetközi szakirodalom által feltételezett nemek közötti eltérés, vagyis a nők erősebb szorongása a halállal kapcsolatban.

10.4. Depresszió és szorongás

A középiskolás korcsoportban kapott szignifikánsan magasabb depresszióértékek – amely figyelemkeltő eredmény, mivel a Hugarostudy reprezentatív felmérés (1995) eredményei szerint a depressziós tünetegyüttes gyakorisága az életkorral igen nagy mértékben emelkedik (Kopp 1997) – összefüggésben a magasabb vonásszorongás- és halálfélelem értékekkel magyarázata sokrétű lehet: az iskola okozta teljesítménykényszeren túl a családi kapcsolatok lazulására és a bizonytalan jövőképre is utalhat, amely a fogyasztói társadalom által diktált sikerességet és az életben való boldogulást a megszerzett anyagi javakon méri. Ezzel együtt feltételezhető a fiatal korra jellemző depressziós időszakok felbukkanása, amely a személyiség formálódásával és az identitás kialakulásával hozható összefüggésbe (Wong, 2004).

A fiatalokra és a nőkre jellemző magasabb szorongásszint megegyezik a szakirodalomban közölt eredményekkel (Cicirelli 2001, Abdel-Khalek 2004), amely utóbbi eredmény a nők jellemzően magasabb általános szorongásszintjével, pontosabban a femininitás személyiségjellemezőnek a szorongással – és ezáltal a halálfélelemmel – való szoros kapcsolatával magyarázható (Templer et al. 1974, Békés 2003).

11. Az új eredmények alkalmazása, intervenciós stratégiák kialakítása

A továbbiakban azt a – szintén kutatási célként meghatározott – kérdést vizsgáljuk, hogy az új eredményeket is hasznosítva (a már kialakított és működő modellekkel együtt) milyen intervenciós stratégiák alkalmazása járulhat hozzá a félelem és szorongás redukálásához és az egészségesebb, elfogadóbb halászemlélet kialakulásához az egészségügyi dolgozóknál és a társadalom egészében egyaránt. A téma intimitása felveti a kvalitatív kutatási módszertan - például antropológiai interjúk - alkalmazását a további vizsgálatok során, amely a kérdőíves felmérés eredményeivel összevetve árnyaltabb, teljesebb képet adhat.

A halállal, haldoklással kapcsolatos oktatás ma Magyarországon elsősorban az egészségügyi képzésben kap helyet. Magyarországon a 90-es évek közepén kezdődött a halállal és haldoklással kapcsolatos kérdések oktatása egészségügyi szakemberek számára, de csak a legutóbbi években indult fejlődésnek, amelyet elősegített a témával kapcsolatos előzetes felmérések publikálása is. Az Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, valamint a Magyar Hospice-Palliatív Egyesület által szervezett 40 órás *hospice alaptanfolyamokat* 1995 és 2007 között több mint 3500 egészségügyi dolgozó (orvos, ápoló, gyógytornász stb.) végezte el, és ennek mintájára egyre több oktatóközpontban indítanak ilyen jellegű képzéseket²⁸.

A tanfolyam fő témái:

- A halál és haldoklás kérdései a társadalomban
- A súlyos állapotú betegek fájdalomcsillapításának gyakorlati kérdései
- Előrehaladott rákbetegségben szenvedők tüneti kezelése

²⁸ www.hospice.hu, www.eti.hu

- A haldokló betegek pszichoszociális ellátása
- Kommunikáció a haldokló beteggel
- A gyász lélektana és a gyászolók segítése

A tanfolyam kiscsoportos, stressz-kezelő kommunikációs tréninget is tartalmaz 16 órában, amely a másik ember halálával való szembesülést, a veszteségek kezelését és a haldokló beteggel való kommunikációt célozza meg. A hospice alaptanfolyamot 2-3 hónap múlva egy szintén 40 órás *továbbképző tanfolyam* követi, amelynek tréning-blokkja esetbemutatókra, a nehéz esetek megvitatására fókuszál.

A legsúlyosabb betegek ellátása olyan sajátos szakmai ismereteket igényel, amelyeket elsősorban a graduális képzés során kellene elsajátítaniuk az orvosoknak, egészségügyi dolgozóknak. Ezen a téren is történt előrelépés: 2003-tól a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézete szervezésében, több egyetemi klinika előadójának részvételével félévente (egy szemeszterre kiterjedő), 30 órás, két kreditpontos Tanatológia, palliatív terápia kurzust vezettek be orvostanhallgatók számára. A résztvevők létszámát félévente 30 főben maximalizálák, mert a téma megkövetel bizonyos intimitást, és az egyik cél a közvetlen, interaktív kommunikáció lehetőségének biztosítása az előadók és a hallgatók között (Hegedűs et al. 2007).

11.1. A tanfolyamok mérése

Hegedűs és munkatársai egy 2005-2006-os kutatás során az egészségügyi dolgozók és a orvosok számára indított, halállal, haldoklással és gyással, valamint a haldokló betegek hospice szellemű ellátásával foglalkozó tanfolyamok, kurzusok hatását vizsgálták. A mérés célja a tanfolyamon résztvevő egészségügyi dolgozók és orvosok halállal kapcsolatos szorongásának esetleges csökkenésének kimutatása volt. A kérdőíves felmérésben már az általunk bemért MFODS kérdőívet használtuk a rövidített Beck skálával kiegészítve. A tanfolyamok hatását célzó, utánkövetéses vizsgálatok eredményei szerint a halállal, haldoklással, a haldokló beteg ellátásának javításával összefüggő képzéseknek van hatása a résztvevő egészségügyi dolgozók és orvosok halállal kapcsolatos attitűdjére. Elsősorban azokban az attitűdökben figyelhető meg javulás, amelyek összefüggésbe hozhatók a haldokló beteg minőségi ellátását célzó ismeretek növekedésével: mint a *„félelem a meghalás folyamatától”* és a *„félelem a halál tudatos átélésétől”*. Annak megértése tehát, hogy nem csak a szenvedésben való meghalás lehetséges, hogy van mit tenni a haldokló beteg

életminőségének javításáért, a halálfélelem bizonyos elemeire is hatással volt, és ezáltal – közvetve – javíthatja a legsúlyosabb betegek ellátását. Bizonyos faktorok – mint például a félelem a korai haláltól és az ismeretlentől – kisebb növekedése volt megfigyelhető, ami érthető, hiszen a tanfolyamon résztvevő áttekinti eddigi életútját, átérzi a veszteség lehetőségét, realitását; szembesül a halál, a gyógyíthatatlan betegség kortól független, váratlan voltával. Az összesített halálfélelemmel kapcsolatos eredmények rámutattak arra, hogy önmagában a tanfolyam nem elég: fontos a munkahely támogató funkciójának erősítése az egészségügyi személyzet mentálhigiénéjének ápolása terén az esetmegbeszélések, Bálint-csoportok, szupervíziók segítségével, amelyek lehetőséget biztosítanak arra, hogy a szakemberek kibeszélhessék a szorongásaikat és saját megküzdési stratégiát alakítsanak ki. Felmerült az igény arra is, hogy a hallgatók a graduális képzés során vegyenek részt tréning jellegű kiscsoportos foglalkozásokon (Hegedűs et al 2007).

A Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karán 2005-óta tartanak tanatológiai kurzusokat orvostanhallgatók és teológus hallgatók részvételével. A szemináriumokra féléven keresztül heti 2 órában kerül sor. A kurzus fő témái között a betegséget mint tárgyvesztést, illetve a krízist és az ezzel járó veszélyeket, valamint a haldoklás és halálfélelem formáival ismerkedhetnek meg a hallgatók. Továbbá olyan fontos témák, mint a gyógyíthatatlanság, a terminális állapot jellemzői, a kommunikáció a haldoklás különböző fázisaiban és a gyászolók segítése is kiemelt szerepet kapnak. 2006-ban Körtvélyesi és Barabás a kurzusok eredményességének hatásvizsgálatában másod- és harmadéves orvostanhallgatókat, valamint másodéves teológushallgatókat kérdeztek meg, hogy lemérjék a kurzus hallgatókra gyakorolt hatását. A kurzus házi dolgozat beadásával zárult, amelyben néhány, a témával kapcsolatos kérdés is megválaszolásra került. A kapott eredményeket összegezve a hallgatók pozitív attitűdjéről számolnak be a kutatók. (Körtvélyesi et al. 2006).

A nemzetközi szakirodalomban számos kutatást publikáltak, amely egészségügyi dolgozóknak és orvostanhallgatóknak tartott tanfolyamok hatásvizsgálatát mutatta be. Durlak és Burchard (1977) azt tapasztalta, hogy a halállal kapcsolatos oktatásban résztvevőknél csökkent a halálfélelem skálán elért pontérték, Durlak (1978-1979; 1994) pedig azt is megfigyelte, hogy az experimentális halállal kapcsolatos oktatási kurzus csökkentette a pontértéket, míg a didaktikus halállal kapcsolatos oktatás nem.

11.2. Kommunikáció az iskolában

A Magyar Hospice Alapítvány 2007 őszén „Méltóság mezeje” elnevezéssel új közvéleményformáló programot indított, melynek lényege, hogy a sárgán virágzó tavaszi nárciszhoz kapcsolódó rendezvényekkel hívják fel a figyelmet a szenvedő emberekre, az életvégre és arra, hogy az emberi méltóság az utolsó pillanatig megőrizhető. A programba a nemzetközi gyakorlatnak megfelelően iskolákat és óvodákat is bevontak, hogy már gyermekkorban elkezdődhessen az a tudatos nevelés, amely a szenvedő emberrel való együttérzést, a betegséghez, veszteségekhez való viszonyt természetessé teszi. Az őszi ültetéstől a tanév végéig a programhoz csatlakozott oktatási intézmények pedagógusai, valamint az alapítvány szakmai csoportja között folyamatos együttműködés zajlik. A program pedagógusok bevonásával célozza meg az általános iskolás korú gyermekeket annak érdekében, hogy az élet értékeiről, az elesettek iránti szolidaritásról, a segítség lehetőségeiről folytathassanak egymással és tanáraikkal jelentésteli beszélgetéseket, és részt vehessenek az emberi méltóságról, a segítőkészségről szóló nyilvános programokban. A 2007/2008-as tanév folyamán az iskolák olyan közösségi eseményeket is szerveztek, melyek tükrözték a program mondanivalóját az élet méltóságáról, a társadalmi összefogás szükségességéről.²⁹

A szemléletformáló médiabefolyás kiegyensúlyozására is történnek kísérletek. Az általános- és középiskolákban, az 1990-es évek elejétől oktatott vizuális kommunikáció tantárgy a vizuális nevelést az életkori sajátosságok figyelembevételével végzi (Szalontai 1994). Célja a vizuális kódok értelmezésének és a vizuális nyelv megismerésének elérése. Bár a tantárgy eredetileg a rajz tantárgyra épülő modul volt, ma, a vizuális ingerek dömpingjében, tematikájában a vizuális média sajátosságainak és értelmezésének magyarázó modelljei is megjelentek.

11.3. Kommunikáció a családban és a társadalomban

A halállal, haldoklással kapcsolatos kérdésekben sem működik még nyílt kommunikáció a családokban, ezért ez a probléma mindenképpen figyelmet igényel. A szülők, családtagok kötelessége, hogy adekvát válaszokat adjanak a gyerekeknek, de elsősorban a kérdezős

²⁹ Forrás: <http://www.hospicehaz.hu/cikkek.php?grp=meltosagmezeje>

lehetősége a legfontosabb kritérium. A probléma természetesen az, hogy az adekvát válaszok abban az esetben jöhetnek létre, ha a szülő rendelkezik egy viszonylag stabil világgéppel. Az a szülő, aki maga is bizonytalan, szorong, nehezen tud mintát adni – pontosabban ezt a mintát adja tovább gyermekének, ezért fontos, hogy mi felnőttek, szülők magunkba nézzünk és elgondolkodjunk azon, milyen értékeket vallunk, mi fontos számunkra az életben, mit gondolunk életről és halálról. A hagyományrendszer változásban van, az új helyzethez való megfelelő adaptáció – ez a felnőtt társadalom felelőssége.

A viselkedés társas meghatározója az együttes élmény. Szembe kell néznünk a médiaközpontú társadalom kihívásaival. A túlzott televíziózás elmagányosít, kiszakít a közösségből, ezért érdemes arra törekednie a szülőknek, hogy lehetőség szerint gyermekeikkel közösen tévézzenek (itt természetesen a közösen, gyerekekkel nézhető filmekről/műsorokról van szó), kommentálják, magyarázzák a látottakat.

Ezzel együtt nem elég a család vagy az iskola szintjén beszélni a médiában látott (mentálisan káros) minták hatásáról vagy azok értelmezéséről, ha az a társadalom, ahol tabuként kezelik a halált, nem képes segítséget nyújtani tagjainak abban, hogy a szorongást keltő kérdések nyílt kommunikációs formában történő megvitatása révén a szorongás oldódjék. A családi kommunikációs rendszer nyíltabbá válása a halált és haldoklást érintő témák esetében szoros kölcsönhatásban áll a társadalmi kommunikáció működésével. A társadalmi kommunikáció nemcsak a szorongást generáló vagy a tabuként kezelt kérdések esetében szükséges, hanem az új kor új értékeinek felismerésében, és az ehhez kapcsolódó stabil értékrend kialakításához is. A nyilvános viták a halál és haldoklás kérdésében még többnyire az eutanázia és az orvosi műhibák témakörei körül keringenek. A Magyar Hospice-Palliatív Egyesület felvállalt küldetése többek között, hogy a halálról és haldoklásról való nyílt társadalmi kommunikációt segítse, például figyelemfelhívó kampányok és kongresszusok rendezésével, információs és szakmai anyagok készítésével.³⁰

12. Összegzés és konklúzió

A dolgozat célja a halálhoz való viszonyulás interdiszciplináris: szociológiai, antropológiai és pszichológiai aspektusainak elemzése, a különböző megközelítésmódok rendszerben való áttekintése, a megváltozott halálkép illetve a változás tendenciájának bemutatása volt a mai

³⁰ <http://www.hospice.hu>

magyar társadalomban. Ezen kívül vizsgáltuk a halálfélelem különböző dimenzióit és a félelem mértékét különböző nemi, kor- és foglalkozási csoportok tekintetében.

Kiemelt figyelmet fordítottunk a halálfélelem és a halál iránti attitűd kvantitatív vizsgálatára. A halálfélelem és a halálhoz való viszonyulás pszichometriai méréséhez két, halálfélelemet illetve halál iránti attitűdöt mérő skálát adaptáltunk és mértünk be magyar nyelven. Célunk olyan mérőeszközök magyar nyelvű változatának kidolgozása volt, amelyeket a nemzetközi kutatásokban is széles körben alkalmaznak és a szakirodalmi beszámolók a skálák jó használhatóságáról számoltak be. Mivel Magyarországon eddig nem használtak szabályosan bemért és adaptált kérdőíveket a halálfélelem mérésére, a Neimeyer és Moore-féle Multidimenzionális Halálfélelem Skála és Lester Halál iránti Attitűd Skálája az első ebben a témakörben és reményeink szerint használatuk elősegíti a magyarországi halálfélelem kutatások módszertani szempontból korrekt alkalmazását.

Eredményeink alapján a Neimeyer és Moore-féle Multidimenzionális Halálfélelem Skála és a Lester Halál iránti Attitűd Skálája egyaránt validnak bizonyult, mindkét skála alkalmas a halálfélelem- illetve a halál iránti attitűd mérésére. Az MFODS skála reliabilitását a 0,91-es Cronbach-alfa érték támasztja alá, a Lester skála Cronbach-alfája 0,61. A skálákat a rövidített Beck Depresszió Kérdőívvel és Spielberger Vonásszorongást mérő skálájával mértük be. Összesítve a skálák egy irányba mérnek, a Pearson-féle korrelációk szerint szorosan együttjárnak, a reliabilitás vizsgálat során jó Cronbach-alfa értékeket kaptunk. A Lester Halál iránti Attitűd Skálája a negatív viszonyulást mérő tételekben mutatott együttjárást a kérdőívekkel. A Lester skála érdekessége, hogy a halálhoz való pozitív- (elfogadó), semleges- és negatív viszonyulást egyaránt méri. A skála bemérésekor szembesültünk a téma háritásának kézzelfogható jelenségével, a válaszadók – elsősorban az 55 év feletti korosztályból – erős háritással reagáltak a pozitív viszonyulást megfogalmazó kijelentésekre.

Azon feltevésünket, mely szerint a mai magyar társadalomban élő különböző generációk és társadalmi csoportok halálképének eltérő alakulását a családi kapcsolatok lazulásának, a hagyományok változásának, a technicizálódásnak és a média dominanciájának együttes hatásával magyarázhatjuk és igazolhatjuk, a szakirodalom áttekintése és a félelem különböző dimenzióinak vizsgálata alátámasztotta. Fontos hangsúlyoznunk, hogy nem a hagyományok végleges elvesztéséről van szó, amely kitölthetetlen űrt hagy maga után, hanem a szokások - például mindennapi tevékenységeink és a betegellátási szokások, az ezzel

kapcsolatos rítusok, a haldoklóval, halottal kapcsolatos teendők – változásáról, amely változás új rítusok kialakulásához vezet. A rítusokat itt már nem a hagyományos értelemben vett – elsősorban szakrális jelentéstartalmú szimbolikus cselekvési minták – jelentéskörben használjuk, a rítus vagy rituálé fogalma tágabb értelmet nyer és átformálódik. Itt többek között a betegellátás elsődleges helyszínein – a kórházakban – alakuló, szabályosan ismétlődő cselekvéssorok említhetjük, amelyek a professzionális ellátás kritériumának kívánván megfelelni, mellőzik a hagyományos rítusok protektív funkcióját. Mivel azonban a professzionális betegellátásban is, lassan ugyan, de a figyelem a betegek életminőségének javítására terelődik, megfigyelhetünk egyfajta tendenciát, amely a professzionális cselekvéssort kibővítve a cselekvések az emberi psziché számára támogató formáját erősíti – példának a hospice-palliatív ellátásban megjelenő, a betegek elkísérésének pszichoszociális aspektusát előtérbe helyező, személyre szabott stratégiák alkalmazását említhetjük, mint az otthonos környezet kialakítása, a közös ima, etc.

A kutatási eredményekből a leginkább figyelemreméltó tendenciákat emeljük ki. Az MFODS faktorai közül mindegyik vizsgált csoportban a *Jelentős társak féltése (4.)* bizonyult a legjelentősebb félelmet jelző faktornak. A másik két legerősebb félelmet jelző faktor a *Félelem a meghalás folyamatától (1.)* és a *Félelem a halottól (2.)* volt. Kiinduló hipotézisünknek és a nemzetközi szakirodalomban közölteknek megfelelően a nőkre és a fiatal korosztályra nagyobb halálfélelem és szorongás jellemző. A korcsoportos összehasonlításból kitűnik, hogy a fiataloknál az MFODS faktorai és összesített halálfélelem értékei valamint a Lester skálával mért halálfélelem, a depresszió és a szorongás egyaránt jelentősebb, mint a 26-54 éves korosztályban, de a legnagyobb különbség az 55 éven felüliekkel történt összehasonlítás során mutatkozik. A nemek szerinti különbséget vizsgálva szignifikáns különbséget találtunk az MFODS *Jelentős társak féltése (4.)*, a *Félelem a meghalás folyamatától (1.)*, a *Félelem a halottól (2.)*, a *Félelem a halál tudatos átélésétől (6.)*, a *A test féltése a halál után (7.)* faktoraiban, az MFODS összesített halálfélelemben és a vonásszorongásban. A nőknél és a férfiaknál egyaránt a *Jelentős társak féltése (4.)* faktor mutatja a legmagasabb félelmet, ezt követi a *Félelem a meghalás folyamatától (1.)* és a *Félelem a halottól (2.)* faktor.

Azon hipotézisünk, mely szerint az egészségügyi dolgozók halálfélelme magasabb a normál populációénál, nem igazolódott be, a korábbi mérések egy részével ellentétben alacsonyabb félelem- illetve szorongásszintet tapasztaltunk, a nem egészségügyi dolgozók

halálfélelme minden faktorban szignifikánsan magasabbnak bizonyult az egészségügyi dolgozókénál. Az eredmény nem feltétlenül kisebb félelmet, inkább erősebben megnyilvánuló szorongás, háritást is jelezhet. Ebben a kérdésben a szakirodalom álláspontja is ambivalensnek bizonyult, nemzetközi és magyar kutatási eredmények egyaránt szólnak az egészségügyi dolgozók magasabb illetve alacsonyabb félelem-értékei mellett. Az egészségügyi dolgozók alcsoportjainak eredményeivel összevetve a orvosoknál az MFODS összesített halálfélelem nem szignifikánsan, de magasabbnak bizonyult a rezidensek és orvosok csoportjénál, míg az ápolóknál alacsonyabb értékeket adott.

12.1. Valóban tabu még a halál?

„Mondd, mit gondolsz valójában arról, amire gondolni sem akarsz?” kérdezi Reynolds és Kalish A Kulturális változások a halál iránti attitűdben, a haldoklásban és gyászban című könyv előszavában (Hayslip és Peveto, 2005).

A halál misztikuma, teljesen soha meg nem ismerhető (mert át nem élhető) jelensége az emberi kultúrák egyik legnagyobb dilemmája. A halálhoz való viszonyulás vizsgálata során a kutatóban elsősorban az a kérdés merül föl, hogy vajon a halálfélelem alapvető emberi tapasztalata milyen mértékben rendelődik alá a kulturális összefüggéseknek. A halál jelentése, amely leginkább a vallások világképein, értelmezési tartományain belül értelmezhető és amely a tradicionális és a hagyományokat jobban konzerváló társadalmakban világosabban megjelenik, kultúránként alapvetően más lehet. (Ezzel kapcsolatban a különböző vallásúak halálhoz való viszonyulását vizsgálva azt találták, hogy nincs jelentős különbség a halálfélelem mértékében, például európai és indiai egyetemisták között) (Békés 2000). Ettől függetlenül, bár a félelem maga egyetemesnek tűnik, mégis kérdéses, hogy a makroszinten mutatkozó hasonlóságot mikrotársadalmi szinten befolyásolja-e az egyén szerepe, státusza, befolyásolja-e a félelmet a szociális körülmények vagy valóban olyan mélyen gyökerező, egyetemes emberi érzés ez, amelyre az efféle külsődleges tényezők kevésbé, illetve egyáltalán nincsenek befolyással? Azt mindenesetre elmondhatjuk, hogy a halálhoz való viszonyulás az adott kultúra és társadalmi rendszer hatására folyamatos változásban van, azonban két jelenség mégis állandónak bizonyul. Az ember, bár fél a haláltól – Kübler-Ross szerint nem elsősorban a haláltól, hanem a haldoklással járó szenvedéstől – mégis folyamatos kíváncsiság gyötri, míg a középkor embere tömegben tolongva nézte a kivégzéseket, addig a modern korban élő a televízióban izgulja végig a másik – valóságos vagy eljátszott – halálát. Tehát az

emberi természet mit sem változott evvel kapcsolatban az évszázadok során. A haláltól való irtózás és a kutató érdeklődés kettőssége egyaránt jellemzi. Ezért a halál sosem volt és sohasem lehet igazán tabu, erre az embert halandóságának tudata – a tudomány mai állása szerint – rákényszeríti.

Az intézményesülés és medikalizáció jelensége, amely lehetőséget ad arra, hogy a haldoklót elrejtse a társadalom elől, szintén változóban van. Egyelőre nem tudni, hogy egyszerű specializációval oldják-e meg a kérdést, amennyiben a hospice és palliatív osztályok veszik át e betegek nagy részét (eltekintve az akut esetektől), vagy az egyéb társadalmi változásoknak köszönhetően a civil szervezetek és polgári mozgalmak kezdeményezései, nyilvánosságot kapó viták és beszélgetések segítségével, amelyek hozzájárulnak a társadalmi értékítélet-változáshoz, a betegek visszakerülnek a lokális közösségbe, ahol az ápolás és elkísérés módosult és új szokásai alakulnak ki. Bár a természetes közösségek megszűnése nem kedvez ez utóbbi folyamatnak, mégis azt látjuk, hogy az emberekben továbbra is erősen él az igény a támogató kapcsolatok létrehozására és fenntartására. A Magyar Hospice-Palliatív Egyesület 2007-es felmérése szerint (Hegedűs 2008) növekedőben van az otthonápolási szolgálatot igénybevevő végstádiumban lévő daganatos betegek száma, amely azt jelenti, hogy egyre több család vállalja a súlyosan beteg hozzátartozó otthoni ellátását. Hayslip és Peveto könyvében beszámol egy felmérésről, amelyben különböző korú embereket kérdeztek arról, hogyan szeretnék eltölteni az utolsó hat hónapjukat. Kiemeltük a korra leginkább jellemző válaszokat: a fiatal válaszadók ideálisnak a családban, szeretteikkel való együttlétet tartják; a középkorosztályba tartozó válaszadók nem változtatnának semmit az életmódjukon; az idős korosztályba tartozók visszavonultan imádkoznának, és magukba fordulva, elmélkedéssel töltenék el az utolsó időszakot (Hayslip és Peveto, 2005).

Ma ellátni egy súlyos beteget otthon sokkal nagyobb kihívást jelent, mint akár ötven évvel ezelőtt. A család nehezen engedheti meg magának, hogy egyik tagja – aki az ápolást végzi – kimaradjon a munkából. Az egyre magasabb technikai fejlettségi szinten működő betegellátás olyan professzionális tudást igényelne a családtagoktól, amelyet ők nem sajátítottak el, egy infúzió bekötésétől kezdve a megfelelő fájdalomcsillapító technikák alkalmazásáig. Nem beszélve a – betegnek és családtagoknak egyaránt nyújtott – pszichés támogatás terheiről és a beteg elkísérésének hiányzó hagyományairól, rítusairól. A keretet adó vallási rítusok és közösségi hagyományok hiánya a professzionális ellátás igényével együttesen hatnak az emberekre, az ebből következő elbizonytalanodás és szorongás pedig meggátolja a megfelelő kommunikációt.

Más megközelítésben az egészségügyi dolgozók – orvosok, ápolók - pszichéjére legalább ekkora (vagy nagyobb) terhet ró a súlyos és a haldokló betegek ellátása. Esetükben nem a szeretett személy elvesztésétől való félelem dominál – bár a felmérésből lesűrhető az a konklúzió is, hogy a haldokló betegek látványa áttételesen erősíti a saját és a családtagok elvesztésétől való félelmet – hanem a mások szenvedése látványától való félelem és a gyógyítás kudarca felett érzett szorongás. Az egészségügyi ellátórendszer keretein belül azonban – kevés kivételtől eltekintve – még nincs olyan kidolgozott intervenciós stratégia, amely célzottan az ellátó személyek mentális egészségét védené. A komolyan vett szupervízió, a stresszkezelő és kommunikációs tréningek, a témához kapcsolódó előadások és továbbképzések, az orvoslás holisztikus felfogásának visszatérése változtathatnak a helyzeten és távolabbi célként hozzájárulhatnak az egészségesebb halálhoz való viszonyulás alakulásához.

A kutatás eredményei kapcsán egyértelműen a család, a támogató közösség megléte bizonyult a legfontosabb tényezőnek az ember életében. Valamennyien keressük a választ arra a kérdésre, hogy mi lesz velünk a halálunk után, de talán azt kellene kérdeznünk: hogyan éljünk, amely áttételesen segítséget nyújthat életünk értékeléséhez és ezáltal saját sorsunk tudatosabb alakításához.

13. Irodalom

1. Abdel-Khalek A. M. (2002): Why do we fear death: The construction and validation of the Reasons for Death Scale. *Death Studies*, 26: 669-680.
2. Abdel-Khalek A. M. (2004): A general factor of death distress in seven clinical and non-clinical groups. *Death Studies*, 28: 889-898.
3. Abdel-Khalek A. M., Lester D. (2003): Death obsession in Kuwaiti and American college students. *Death Studies*, 27: 541-553.
4. Abdel-Khalek A. M., Tomás-Sábado J. (2005): Anxiety and death anxiety in Egyptian and Spanish nursing students. *Death Studies*, 29: 157-169.
5. A francia felvilágosodás és materializmus filozófiája a XVIII. Században (1958), Központi Pedagógus Továbbképző Intézet, Budapest
6. Amenta M. M., Weiner, A. W. (1981): Death anxiety and general anxiety in hospice workers. *Psychological Reports*, 49 (3), 962. In: Békés V. (2000): Ki fél a haláltól?
7. A Pallas Nagy Lexikona – teljes online adatbázis. Forrás: <http://www.pallaslexikon.hu/pallas/lpext.dll?f=templates&fn=default.htm>
8. Agárdi P. (2007): A mai magyar média néhány jelensége és fejlődési irányai. Forrás: <http://www.feek.pte.hu/tudasmenedzsment/index.php?ulink=1327>
9. Aries P. (1977): A halál iránti attitűdjeink – a fejlődés főbb állomásai és értelmezése. *Mérleg*, 13 (4): 339-354 In: Pilling J. (szerk.) (1999): A halál és haldoklás kultúrantropológiája. SOTE. Budapest
10. Balogh Béla (1997): A film lélektana, *Filmspirál* 6. (4) 91-96.
11. Bazin A. (1995): Mi a film? Osiris Kiadó, Budapest, 1995
12. B. Egey K. (szerk.) (1967): *Filmek könyve*. Magvető Könyvkiadó, Budapest
13. Bengtson V., Cuellar, J., Ragan, P. (1977): Stratum Contrasts and Similarities in Attitudes Toward Death. *Journal of Gerontology*, 32 (1), 76- 88. In: Békés V. (2000): Ki fél a haláltól?
14. Békés V. (2000): Ki fél a haláltól? *Kharón Thanatológiai Szemle*, 4: 5-65.
15. Békés V. (2003): A halál iránti attitűd az életkor, a nem és a vallásosság függvényében. *Kharón Thanatológiai Szemle*. 7 (1-2) 30-49.
16. Békés V. (2004): A félelem megszelídítése – a rettegéskezelés elmélete. *Kharón Thanatológiai Szemle*, 2004/1-2: 5-14.

17. Berta P. (szerk.) (2001): Halál és kultúra - Tanulmányok a társadalomtudományok köréből, Janus/Osiris, Budapest
18. Buda B. (1997): A halál és a haldoklás szociálpszichológiai tényezői és folyamatai. In: *Kharón Thanatológiai Szemle*, 1 (1): 5-15
19. Bryant, S.-W. Rakowski 1992. Predictors of mortality among elderly African Americans. *Research on Aging*, 14, 50-67. In: Pikó B. (1993): A vallás és egészség kapcsolatának szociológiai értelmezése
20. Cella D. F., Tross S. (1987): Death anxiety in cancer survival: A preliminary crossvalidation study. *Journal of Personality Assessment*. 51 (3), 451-461. (Abstract)
In: Békés V. (2000): Ki fél a haláltól?
21. Cicirelli V. G. (2001): Personal meanings of death in older adults and young adults in relation to their fears of death. *Death studies*, 25: 663-683.
22. Comstock, G. W.-K. B. Partridge (1972): Church attendance and health. *Journal of Chronic Disease*, 25, 665-672. In: Pikó B. (1993): A vallás és egészség kapcsolatának szociológiai értelmezése
23. Dickstein, L. S. (1972): Death concern: measurement and correlates. *Psychological Reports*, 30, 563-571. In: Békés V. (2000): Ki fél a haláltól?
24. Durlak JA, Burchard JA. (1977): Preliminary evaluation of a hospital-based continuing education workshop on death and dying. *Journal of Medical Education*, 52 (5): 423-4.
25. Durlak J. A. (1978-1979): Comparison between Experimental and Didactic Methods of Death Education. *Omega*, 9, 57-66. In: Lester D. (1991): The Lester Attitude Toward Death Scale
26. Durlak, JA. (1994): Changing Death Attitudes through Death Education. In: Neimeyer, RA. (Ed.): *Death anxiety Handbook. Research, Instrumentation, and application*. Taylor and Francis, Washington, pp 243-260. In: Hegedűs K., Zana Á., Szabó G. (2008): Stresszkezelő módszerek az egészségügyi dolgozók és a orvosok halállal, haldoklással kapcsolatos attitűdjeinek javítására. A tanfolyamok hatásvizsgálata
27. Eliade M. (1987): A szent és a profán. *Európa Könyvkiadó*. Budapest
28. Elias, N. (2000): A haldoklók magányossága. Helikon Kiadó, Budapest
29. Feifel H. (1963): Taboo on Death. *American Behavioral Scientist*. Forrás: <http://www.deathreference.com/Sy-Vi/Taboos-and-Social-Stigma.html>

30. Fodor-Szlovencsák K. (2000): A gyermekek halálképének fejlődése. *Kharón Thanatológiai Szemle*, IV. (4) 89-135.
31. Frazer J. G. (1994): *Aranyág*. Századvég, Budapest
32. Gálik M. (2005): A média átváltozásai – visszatekintés és jövőkép. *Jel-kép*. (4) 44-52.
33. Genep v. A. (2007): *Átmeneti rítusok*. L'Harmattan Kiadó, Budapest
34. Gesser G., Wong P. T. P., Reker G. T. (1987-88): Death Attitudes Across the Life-Span: The Development and Validation of the Death Attitude Profile (DAP). *Omega*, 18 (2), 113-159. In: Heyslip B. Jr., Peveto C. A. (2005): Cultural changes in attitudes toward death, dying and bereavement
35. Gilliland J. C., Templer D. I. (1985-86): Relationship of Death Anxiety Scale factors to subjective states. *Omega*, 16 (2), 155-167. (Abstract) In: Békés V. (2000): Ki fél a haláltól?
36. Gyukits Gy. (2002): A palliatív ellátás társadalmi és kulturális háttere. In: Hegedüs K. (szerk.): *A palliatív ellátás alapjai*. Semmelweis Egyetem, Budapest
37. Hayslip B. Jr., Peveto C. A. (2005): *Cultural changes in attitudes toward death, dying and bereavement*. Springer Publishing Company, 11 W 42nd Street, New York, NY 10036
38. Hegedüs K. (2000): *Az emberhez méltó halál*. Osiris Kiadó, Budapest
39. Hegedüs K., Pilling J., Kolosai N., Bognár T. (2001): Ápolók és orvosok halállal és haldoklással kapcsolatos attitűdje. *Lege Artis Medicinae*, 11 (6-7): 492-499.
40. Hegedüs K., Pilling J., Kolosai N., Bognár T., Békés V. (2002): Orvosok halállal és haldoklással kapcsolatos attitűdjei. *Orvosi Hetilap*, 143 (42): 2385-2391.
41. Hegedüs K., Riskó Á., Mészáros E. (2004): A súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi és lelkiállapota. *Lege Artis Medicinae*, 14 (11): 786-793.
42. Hegedüs K. (2006): *A hospice ellátás elmélete*. Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet
43. Hegedüs K., Zana Á., Szabó G. (2006): *Orvosok halálképe és a halállal, haldoklással foglalkozó kurzusok hatásai*. *Kharón Thanatológiai Szemle*, Budapest, 10. 3-4 sz. 46-58 o.
44. Hegedüs K., Zana Á., Szabó G. (2007): Az élet végével kapcsolatos ismeretek oktatásának hatása a orvosok és az egészségügyi dolgozók halállal kapcsolatos attitűdjére. *Lege Artis Medicinae*, 17 (2): 165-70.

45. Hegedűs K., Zana Á., Szabó G. (2008): Stresszkezelő módszerek az egészségügyi dolgozók és a orvosok halállal, haldoklással kapcsolatos attitűdjeinek javítására. A tanfolyamok hatásvizsgálata. In: Kopp Mária (szerk.): Esélyteremtés és esélyegyenlőség. Semmelweis Kiadó, Budapest (in press)
46. Dr. Hegedűs K. (2008): Összefoglalás a 2007. évi hospice betegellátásról. Forrás: <http://www.hospice.hu/hhirek.php?kinyit=2#2>
47. Heidegger M (2004): Lét és idő. Osiris Kiadó, Budapest
48. Helman C. B. (1998): Kultúra, egészség, betegség. Medicina Kk. Budapest
49. Hoelter J. W. (1979): Multidimensional treatment of fear of death. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 47 (5): 996–999.
50. Hoppál M., Jankovics M., Nagy A. – Szemadám Gy. (1995): Jelképtár. Helikon Kiadó, Budapest
51. Jelenits István (2003): “Mint huzat a házon”. *Vigilia*, (9) 9-11.
52. Jung, C. G. (1997): Gondolatok az életről és a halálról. Kossuth Kiadó, Budapest
53. Józán P. (1978): A halállal szembeni magatartás változása a középkortól napjainkig. *Orvosi Hetilap* 119 (32)
54. Kastenbaum, R. and Costa, P. J. (1977): Psychological perspectives on death. *Annual Review of Psychology*, 28, 225-249. In Békés V. (2000): Ki fél a haláltól? *Kharón Thanatológiai Szemle*, 4: 5-65.
55. Kopp M., Skrabski Á. (1990): Összehasonlító mentálhigiénés vizsgálatokhoz ajánlott módszertan. *Végeken*, 2: 4-24.
56. Kopp M., Szedmák S., Lőke J., Skrabski Á. (1997): A depressziós tünetegyüttes gyakorisága és egészségügyi jelentősége a magyar lakosság körében. *Lege Artis Medicinae*, 7, 3, 136-144.
57. Körtvélyesiné S. Gy., Barabás K., Mari A. (2006): Tanatológiai kurzuson részt vett orvostanhallgatók tapasztalatai. *Kharón Thanatológiai Szemle*, 3-4.
58. Kosztolányi D. (2001): Azon az éjjel. In: Irodalmi szöveggyűjtemény a középiskolák III. osztálya számára, Krónika Nova Kiadó, Budapest, 245-246 o.
59. Kulcsár Zs. (1998): Egészségpszichológia. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 140.
60. Kulcsár Zs., Rózsa S., Reinhardt M. (2006): A poszttraumás növekedés feltételei és empirikus vizsgálata. Trefort Kiadó, Budapest, 13.
61. Kunt E. (1981): A halál tükrében. Magvető Kiadó, Budapest

62. Kunt E. (1987): Az utolsó átváltozás - magyar parasztság halálképe. *Gondolat*, Budapest
63. Kumar G. és Mohan S. N. (1987): A study of death anxiety among heart attack patients. *Indian Psychological Review*, 32 (1), 29-34. (Abstract) In: –Békés V. (2000): Ki fél a haláltól?
64. Kübler-Ross E. (1988): A halál és a hozzá vezető út. Gondolat Kiadó, Budapest
65. Lakner J. (1993): Halál a századfordulón. MTA Történettudományi Intézete, Budapest
66. Leming, M.: Religion and Death (1980): A Test of Homan's Thesis. *Omega*, 10 (4), 347-363. In: Békés (2000): Ki fél a haláltól? *Kharón Thanatológiai Szemle*, 4: 5-65.
67. Leming M. R. – Dickinson G. E. (1998): Dying, death and bereavement. In: Berta P. (szerk.) (2001): Halál és kultúra - Tanulmányok a társadalomtudományok köréből
68. Lester D. (1967): A Suggested Approach to the Study of Animism in Adults, *Psychological Reports*, 20, p. 934. In: Lester D. (1991): The Lester Attitude Toward Death Scale
69. Lester D. (1991): The Lester Attitude Toward Death Scale. *Omega*. 23 (1): 67–75.
70. Lester D. (1994): The Collett-Lester Fear of Death Scale. . In: Neimeyer, R.A. (Ed.): *Death Anxiety Handbook. Research, Instrumentation, and Application*. Taylor and Francis, Washington. 103-119.
71. Littlefield, Ch., Fleming, S. (1984-85): Measuring Fear of Death: a Multidimensional Approach. *Omega*, 15 (2), 131-138. In: Békés (2000): Ki fél a haláltól? *Kharón Thanatológiai Szemle*, 4: 5-65.
72. Long D. D. (1986): A cross-cultural examination of fears of death among Saudi Arabians. *Omega*, 16 (1): 43–50.
73. Loo R., Shea L. (1996): Structure of the Collett-Lester Fear of Death and Dying Scale. *Death Studies*, Nov-Dec; 20(6):577-86.
74. Magyar Néprajzi Lexikon (1977-82): 7-75.
75. Mahábhárata – Bharata nagy nemzetsége (ford. Dr. Baktay Ervin) (1994): Tericum Kiadó, Budapest, 227 o.
76. Malinowsky B. (1972): Baloma. Válogatott írások. Budapest, Gondolat
77. Mérei F. – Binét Á. (1970): Gyermeklélektan. Gondolat – Medicina, Budapest
78. Nagy P. G. (2005): Iskolázottság és vallásosság Budapesten. *Educatio* 1. 75-94.
79. Neimeyer, R. A., & Chapman, K. M. (1980): Self/ideal discrepancy and fear of death: testing an existential hypothesis. *Omega*, 11, 233-240. In: Tomer és Eliason (2000): A halálfélelem átfogó modelljének alapjai *Kharón Thanatológiai Szemle*. 4 (4): 66-89.

80. Neimeyer, R. A. (1985): Actualization, integration and fear of death: A test of the additive model. *Death Studies*, 9, 235- 250. in: Tomer és Eliason (2000): A halálfélelem átfogó modelljének alapjai. *Kharón Thanatológiai Szemle*. 4 (4): 66-89.
81. Neimeyer R. A., Moore M. K. (1994): Validity and reliability of the Multidimensional Fear of Death Scale. In: Neimeyer, R.A. (Ed.): *Death Anxiety Handbook. Research, Instrumentation, and Application*. Taylor and Francis, Washington. 103-119.
82. Neimeyer, R. A., Van Brunt, D. (1995): Death anxiety. In H. Wass, & R. A. Neimeyer (Eds.), *Dying: Facing the facts* (3rd ed., pp. 49-88). Washington, DC: Hemisphere. In: Tomer és Eliason (2000): A halálfélelem átfogó modelljének alapjai. *Kharón Thanatológiai Szemle*. 4 (4): 66-89.
83. Neimeyer R. A., Wittkowski, J., Moser, R. P. (2004): Psychological research on death attitudes: an overview and evaluation. *Death Studies*. 28 (4): 309–340.
84. Noppe I.C., Noppe L.D. (1997): Evolving meanings of death during early, middle, and later adolescence. *Death Studies*. 21 (3): 253-75
85. Pikó B. (1993): A vallás és egészség kapcsolatának szociológiai értelmezése. Forrás: <http://www.mtapti.hu/mszt/19993/piko.htm>
86. Pilling J. (szerk.) (1999a): a halál és haldoklás kultúranropológiája. SOTE. Budapest
87. Pilling J. (szerk.) (1999b): A haldoklás és a gyász pszichológiája. SOTE, Budapest
88. Pilling J. (szerk.) (2001): A XX. Század magyar nyelvű tanatológiai szakirodalmának bibliográfiája. Forrás: <http://www.hospice.hu/docu/tanatologia.pdf>
89. Polcz A. (1989): A halál iskolája. Magvető, Budapest
90. Riskó Á. (1995): A terminális állapotban lévő rákbetegek életminőségét javító nem verbális módszerek ismertetése. In: Halálközelen II., Magyar Hospice Alapítvány, Budapest
91. Roff L. L., Butkeviciene R., Klemmack D. L. (2002): Death anxiety and religiosity among Lithuanian health and social service professionals. *Death Studies*. 26 (9): 731–742.
92. Rózsa S., Nagybányai N. O., Oláh A. (szerk.) (2006): A pszichológiai mérés alapjai. Elmélet, módszer és gyakorlati alkalmazás. Forrás: http://nti.btk.pte.hu/dogitamas/BHF_FILES/pdf/110Rozsa/A%20pszichologiai%20mérés%20alapjai%20_Rozsa,%20Nagybanyai%20es%20Olah_2006.pdf

93. Schiappa E., Gregg P. B., Hewes D. E. (2004): Can television series change attitudes about death? A study of college students and six feet under. *Death Studies*, 28: 459-474.
94. Sipos K., Sipos M., Spielberg C. D. (1998): A State-Trait Anxiety Inventory (STAI) magyar változata. In: Mérei F. - Szakács F. (szerk.): *Pszichodiagnosztikai vademecum. I. Explorációs és biográfiai módszerek, tünetbecslő skálák, kérdőívek. 2. rész. Kézirat.* ELTE-BTK, Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 123-135.
95. Stevens S. J., Cooper P. E. és Thomas L. E. (1980): Age norms for Templer's Death Anxiety Scale. *Psychological Reports*, 46 (1), 205-206. (Abstract) In: Békés V. (2000): Ki fél a haláltól?
96. Szalontai Gy. (1994): Vizuális nevelés. Tárogató Kiadó, Budapest
97. Szapphó (2003): Boldog ember, mint Uranos lakói. In: (Juhász A. – Barabás K. szerk): „Lépten-nyomon házunk előtt vonul el a gyászmenet...”. Jatepress, Szeged
98. Temesváry B. (1996): A halálfélelem néhány sajátos aspektusa. In: *Orvosi hetilap*, 137. 26. 1419-1425.
99. Templer D. I. (1970): The construction and validation of a death anxiety scale. *Journal of General Psychology*, 82, 165-177. In: Tomer és Eliason (2000): A halálfélelem átfogó modelljének alapjai
100. Thorson J. A., Powell F. C. (1984): Revision and Factor Analysis of a Death Anxiety Scale. Paper presented at the Annual Scientific Meeting of the Gerontological Society, 37th, San Antonio, TX, November 16-20, 1984
101. Tolsztoj L. (2007): Ivan Iljics halála. Európa Diákkönyvtár sorozat, Európa könyvkiadó, Budapest
102. Tomer A., Eliason E. (2000): A halálfélelem átfogó modelljének alapjai. *Kharón Thanatológiai Szemle. 4 (4): 66-89.*
103. Tramill J. L., Davis S. F., Bremer S., Dudeck M. M., Elsbury D. L. (1982): A proposed relationship between the unidimensional short form of the TMAS and the DAS: The effects of embedding vs. Separate administration. *Bulletin of the Psychonomic Society*, 19 (4), 209-211. (Abstract) In: Békés V. (2000): Ki fél a haláltól?
104. Turcsányi M., Rigó A. (2006): Az orvostanhallgatók halálfélelme és ennek hatása az empátiára az orvosképzés során. *Kharón Thanatológiai Szemle*, 1-2.
105. Yalom I. D. (2006): Egzisztenciális pszichoterápia. Animula Kiadó

106. Vas J. P. (2004): A trauma feldolgozása hipnoanalízissel. *Lege Artis Medicinae*, 14(12): 898-903.
107. Walkey F. H. (1982): The Multidimensional Fear of Death Scale: An independent analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 50, 466-467.
108. Westman A. A., Canter F. M., és Boitos T. M. (1984): Denial of Fear or of Death in Young and Elderly Populations. *Psychological Reports*, 55, 413-414. In: Békés V. (2000): Ki fél a haláltól?
109. Wong W. S. (2004): Attitudes toward life and death among Chinese adolescents: The Chinese version of the Multi-attitude Suicide Tendency scale. *Death Studies* 28: 91-110.
110. Zana Á., Gecse A. (2006): A középiskolás korosztály halálról alkotott elképzeléseinek vizsgálata. *Előadás, VII. Hospice Konferencia, Pécs*
111. Zana Á., Hegedűs K., Szabó G. (2006): A Neimeyer és Moore féle Multidimenzionális halálfélelem skála validálása magyar populáción. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*. 7 (3): 257-265.
112. Zana Á., Hegedűs K., Szabó G. (2007): Rítusok és szokások változásainak szerepe a társas kapcsolatok alakulásában. A mai magyar lakosság halálképe. In: Kopp Mária (szerk.): Magyar lelkiállapot 2008. Esélyteremtés és esélyegyenlőség. Semmelweis Kiadó, Budapest, 382-389.
113. Zana Á. (2008): A halál és a haldoklás megjelenítése a médiában. *Kharón Thanatológiai Szemle* XI. 3-4.
114. Zuckerman, D. M., Kasl S. V., Ostfeld A. M. (1984): Psychosocial predictors of mortality among the elderly poor. *American Journal of Epidemiology*, 119, 410-423. In: Pikó B. (1993): A vallás és egészség kapcsolatának szociológiai értelmezése

A témában megjelent saját publikációk jegyzéke

Folyóiratban megjelent közlemények:

1. Zana Á., Hegedűs K., Szabó G. (2006): A Neimeyer és Moore féle Multidimenzionális halálfélelem skála validálása magyar populáción. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7 (3) 257-265.
2. Hegedűs K., Zana Á., Szabó G. (2006): Medikusok halálképe és a halállal, haldoklással foglalkozó kurzusok hatásai. *Kharón Thanatológiai Szemle*, X. évf. 3-4 sz. 46-58 o.
3. Hegedűs K., Zana Á., Szabó G. (2007): Az élet végével kapcsolatos ismeretek oktatásának hatása a medikusok és az egészségügyi dolgozók halállal kapcsolatos attitűdjére. *Lege Artis Medicinae*, 17 (2): 144-148.
4. Zana Á., Hegedűs K., Szabó G. (2008): A halálfélelem, a halál iránti attitűd és a mentális egészség kapcsolatának korosztályos összehasonlító vizsgálata. *Lege Artis Medicinae* 18 (4): 319-320.
5. Zana Á. (2008): A halál és a haldoklás megjelenítése a médiában. *Kharón Thanatológiai Szemle*, XI. évf. 3-4 sz. 53-68.
6. Hegedűs K., Zana Á., Szabó G. (2008): Effect of end of life education on medical students' and health care workers' death attitude. *Palliative Medicine*, 22 (3) 264-269
IF: 1,8
7. Zana Ágnes (2009): Attitudes toward death in Hungary using the Multidimensional Fear of Death Scale. *Clinical and Experimental Medical Journal* Volume 3, Number 2. 327-335.
8. Zana Ágnes (2009): A halálkép alakulása és változása Magyarországon, a korosztályos értékítélet-különbségek és a lehetséges mérési módszerek vizsgálata. *Tabu-e még a halál? Tézisek. Orvosi Hetilap*, 150. évfolyam, 25. szám, 1183–1187.
9. Zana Ágnes (2009): The development and change of death image in Hungary. Differences in value judgement according to age and analysis of possible measurement methods. Is death still a taboo? Ph.D. Theses. *Clinical and Experimental Medical Journal* Volume 3, Number 2. 353-359.
10. Zana Ágnes- Hegedűs Katalin (2009): Intervencióstratégiák kialakítása a halál és haldoklás témájában. *Mentálhigiéné és pszichoszomatika*. (közlésre elfogadva)

11. Zana Ágnes – Szabó Gábor – Hegedűs Katalin (2009): Validity and reliability of the Multidimensional Fear of Death Scale in the Hungarian population. *Journal of Medical Ethics* (közlésre elfogadva) **IF: 1,3**

Könyvfejezetek:

1. Zana Á., Hegedűs K., Szabó G. (2007): Rítusok és szokások változásainak szerepe a társas kapcsolatok alakulásában. A mai magyar lakosság halálképe. In: *Esélyteremtés és esélyegyenlőség* In: Kopp Mária (szerk.): *Magyar lelkiállapot 2008. Esélyteremtés és esélyegyenlőség*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 382-389.
2. Hegedűs K., Zana Á., Szabó G.(2007): Stresszkezelő módszerek az egészségügyi dolgozók és a orvosok halállal, haldoklással kapcsolatos attitűdjeinek javítására. A tanfolyamok hatásvizsgálata. In: Kopp Mária (szerk.): *Magyar lelkiállapot 2008. Esélyteremtés és esélyegyenlőség*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 114-120.
3. Zana Ágnes – Pilling János (2008): Tanatológia az orvosi antropológiában. In: *Pikó Bettina – Lázár Imre (szerk.): Orvosi antropológia, Medicina Kk. (előkészületben)*

14. Köszönetnyilvánítás

Őszinte hálával tartozom Kopp Mária professzor asszonynak, aki tudásával és emberségével példát mutatott nekem az évek során, mindvégig segített és támogatott, Túry Ferenc igazgató úrnak a támogatásáért és a belém vetett bizalmáért, Dr. Hegedűs Katalinnak, aki témavezetőként és barátként egyaránt mellettem állt, hihetetlen energiával, tudással és türelemmel segített az évek során, szakmai és emberi példát mutatott nekem, Szabó Gábornak a statisztikai munkában nyújtott pótolhatatlan segítségéért és szakértelméért, a Magatartástudományi Intézet minden munkatársának, akikben a sok hasznos tanács és segítség mellett igazi baráti és támogató közösséget találtam, többek között: Dr. Kovács Józsefnek, Raduch Csillának, Dévainé Hajdu Katalinnak, Keresztes Józsefné Dzsiniének, Dr. Lőrincz Jenőnek, Dr. Lázár Imrének, Jónás Zsoltnak, Gerencsér Ákosnak, Somorjai Noéminek, Bíróné Szabó Editnek, a Doktori Iskola részéről Kiss Hajnalnak és a titkárság munkatársainak hasznos tanácsaikért, kedvességükért és a sok segítségért. És végül a családomnak: édesanyámnak, aki töretlenül hitt és bízott bennem, édesapámnak a hasznos tanácsokért, férjemnek és gyerekeimnek, valamint nővéremnek, akik szeretetükkel mellettem álltak és türelemmel viselték a disszertáció megszületésének megpróbáltatásait.

15. Melléklet

I. Serdülő kérdőívsomag

JELSZÓ:
Kitöltés dátuma:

TANATOLÓGIA KÉRDŐÍV

Köszönjük, hogy kitölti kérdőívünket! A válaszokat titkosan és névtelenül, összesített formában dolgozzuk fel. Kérjük, mindenki őszintén, saját gondolatait tükrözve válaszoljon!

Születési éve:..... Osztálya:.....

Neme: Testvérek száma:

Apa legmagasabb iskolai végzettsége:

- általános iskola
- szakmunkásképző
- középiskolai érettségi
- főiskola, egyetem

Anya legmagasabb iskolai végzettsége:

- általános iskola
- szakmunkásképző
- középiskolai érettségi
- főiskola, egyetem

Amennyiben kedvet érez egy személyes beszélgetéshez, kérem, adja meg adatait!

Tanuló neve: Telefonszáma:.....

I. A betegségek okai között lelki és magatartási tényezők is szerepelhetnek. Erre vonatkoznak alábbi kérdéseink.

Hogyan érezte magát az elmúlt időszakban? **(Az elmúlt két hétben?)**

Kérem, válaszoljon az alábbiak szerint:

0. egyáltalán nem jellemző 1. alig jellemző 2. jellemző 3. teljesen jellemző

1.	Minden érdeklődésemet elvesztettem mások iránt	0	1	2	3
2.	Semmiben sem tudok dönteni többé	0	1	2	3
3.	Több órával korábban ébredek mint szoktam, és nem tudok újra elaludni	0	1	2	3
4.	Túlságosan fáradt vagyok, hogy bármit is csináljak	0	1	2	3
5.	Annyira aggódom a testi- fizikai panaszok miatt, hogy másra nem tudok gondolni	0	1	2	3
6.	Semmiféle munkát nem vagyok képes ellátni	0	1	2	3
7.	Úgy látom, hogy a jövőm reménytelen és a helyzetem	0	1	2	3

	nem fog változni	0	1	2	3
8.	Mindennel elégedetlen vagy közömbös vagyok	0	1	2	3
9.	Állandóan hibáztatom magam	0	1	2	3

STAI-T

Néhány olyan megállapítást olvashat az alábbiakban, amelyekkel az emberek önmagukat szokták jellemezni.

Figyelmesen olvassa el valamennyit, és karikázza be a számok közül a megfelelőt attól függően, hogy **ÁLTALÁBAN HOGYAN ÉRZI MAGÁT**

Nincsenek helyes vagy helytelen válaszok. Ne gondolkodjon túl sokat, hanem a jelenlegi érzéseit a legjobban kifejező választ jelölje meg.

		egyáltalán nem	vala- mennyire	eléggé	nagyon, teljesen
1.	Jól érzem magam	1	2	3	4
2.	Gyorsan elfáradok	1	2	3	4
3.	A sírás ellen küszködnöm kell	1	2	3	4
4.	A szerencse engem elkerül	1	2	3	4
5.	Sokszor hátrányos helyzetbe kerülök, mert nem tudom elég gyorsan elhatározni magam	1	2	3	4
6.	Kipihentnek érzem magam	1	2	3	4
7.	Nyugodt, megfontolt és tettekész vagyok	1	2	3	4
8.	Úgy érzem, hogy annyi megoldatlan problémám van, hogy nem tudok úrrá lenni rajtuk	1	2	3	4
9.	A semmiségeket is túlzottan a szívemre veszem	1	2	3	4
10.	Boldog vagyok	1	2	3	4
11.	Hajlamos vagyok túlságosan komolyan venni a dolgokat	1	2	3	4
12.	Kevés az önbizalmam	1	2	3	4
13.	Biztonságban érzem magam	1	2	3	4
14.	A kritikus helyzeteket szívesen elkerülöm	1	2	3	4
15.	Csüggedtnek érzem magam	1	2	3	4
16.	Elégedett vagyok	1	2	3	4
17.	Lényegtelen dolgok is sokáig foglalkoztatnak és nem hagynak nyugodni	1	2	3	4
18.	A csalódások annyira megviselnek, hogy nem tudom a fejemből kiverni őket	1	2	3	4
19.	Kiegyensúlyozott vagyok	1	2	3	4
20.	Feszült lelki állapotba jutok és izgatott leszek, ha az utóbbi időszak gondjaira, bajaira gondolok	1	2	3	4

Neimeyer és Moore-féle Multidimenzionális skálája

Kérjük, jelölje meg, hogy mennyire ért egyet az alábbi állításokkal!

(1=teljesen egyetértek; 5=egyáltalán nem értek egyet)

1. Félek a lassú haláltól.	1	2	3	4	5
2. Rettegek a ravatalozótól.	1	2	3	4	5
3. Szívesen felajánlanám a holttestemet tudományos célra.	1	2	3	4	5
4. Félek a családtagjaim haldoklásától.	1	2	3	4	5
5. Félek, hogy nincs túlvilág.	1	2	3	4	5
6. Valószínű, hogy sokakat halottá nyilvánítanak, bár még élnek.	1	2	3	4	5
7. Félek, hogy a testem eltorzul, amikor meghalok.	1	2	3	4	5
8. Félek, hogy nem érem el kitűzött céljaimat, mielőtt meghalok.	1	2	3	4	5
9. Félek, hogy találkozom a Teremtőmmel.	1	2	3	4	5
10. Félek, hogy élve temetnek el.	1	2	3	4	5
11. Rettegek a gondolattól, hogy holttestemet egyszer bebalzsamozzák.	1	2	3	4	5
12. Félek, nem fogok olyan sokáig élni, hogy élvezhessem nyugdíjas éveimet.	1	2	3	4	5
13. Félek, hogy tűzben halok meg.	1	2	3	4	5
14. Nem zavarna, ha meg kellene érintenem egy holttestet.	1	2	3	4	5
15. Nem akarom, hogy orvostanhallgatók tanulmányozzák a testemet, miután meghalok.	1	2	3	4	5
16. Ha szeretteim közül valaki hirtelen halna meg, nagyon sokáig szenvednék.	1	2	3	4	5
17. Ha holnap meghalnék, a családom hosszú ideig nem tudna megnyugodni.	1	2	3	4	5
18. Félek, hogy a halál létezésünk végét jelenti.	1	2	3	4	5
19. Minden esetben boncolást kellene végezni, hogy megbizonyosodjanak a halál beálltáról.	1	2	3	4	5
20. Félelemmel tölt el a gondolat, hogy egyszer holtan találnak.	1	2	3	4	5
21. Félek, nem lesz elég időm, hogy mindazt megtapasztaljam, amit szeretnék.	1	2	3	4	5
22. Félek, hogy nagyon sok fájdalmat fogok érezni a haldoklás során.	1	2	3	4	5
23. Holttestet találni szörnyű élmény lehet.	1	2	3	4	5
24. Nem szívesen foglalkozom a hamvasztás gondolatával.	1	2	3	4	5
25. Egyszer mindenkinek meg kell halnia, ezért nem dűlna föl barátaim halála.	1	2	3	4	5
26. Félnék, ha éjjel, egyedül, temetőben kellene sétálnom.	1	2	3	4	5
27. Félek attól, hogy rákban fogok meghalni.	1	2	3	4	5
28. Nem számít, hogy koporsóban vagy kriptában temetnek el.	1	2	3	4	5
29. Iszonyattal tölt el, ha arra gondolok, hogy eszméletemnél vagyok, miközben a halottasházban fekszem	1	2	3	4	5
30. Félek, hogy nincs Isten.	1	2	3	4	5
31. Félek a fulladástól (és a vízbefüléstől).	1	2	3	4	5
32. Zavarna, ha egy állattemet kellene eltávolítanom az útról.	1	2	3	4	5
33. A szememet nem ajánlanám fel szervátültetésre halálom után.	1	2	3	4	5
34. Olykor felzaklat, ha egy ismerősöm meghal.	1	2	3	4	5
35. Rémmülettal tölt el a gondolat, hogy halálom után be leszek zárva egy koporsóba.	1	2	3	4	5
36. Senki sem tudja megmondani biztosan, hogy mi fog történni a halál után.	1	2	3	4	5
37. Ha meghalnék, a barátaim sokáig zaklatottak lennének.	1	2	3	4	5
38. Remélem, több orvos is megvizsgál majd, mielőtt holtá nyilvánítanak.	1	2	3	4	5
39. Félek mindentől, ami halott.	1	2	3	4	5
40. Elrémít a gondolat, hogy halálom után a testem felbomlik.	1	2	3	4	5
41. Félek, hogy sosem láthatom a gyermekeimet felnőni.	1	2	3	4	5
42. Félek az erőszakos haláltól.	1	2	3	4	5

Lester halál iránti attitűd skála

Kérjük jelölje meg, egyetért-e vagy sem az alábbi állításokkal!

- | | | |
|--|---|---|
| 1. Amit halálnak hívunk, az csupán a lélek új és örömteli életre való születése. | I | N |
| 2. Nem kellene gyászolni a halottakat, mert ők örökké boldogok a mennyben. | I | N |
| 3. A halál vigaszt hoz. | I | N |
| 4. A halál életem egyik legérdekesebb élménye lesz. | I | N |
| 5. A békés halál egy sikeres élet méltó befejezése. | I | N |
| 6. Nem akarok e percben meghalni, de örülök, hogy meg fogok halni valamikor. | I | N |
| 7. Egy fájdalmas életnél jobb a halál. | I | N |
| 8. Kész lennék meghalni azért, hogy megmentsem a legjobb barátomat. | I | N |
| 9. A halálban minden ember egyenlő. | I | N |
| 10. A halál a legnagyobb rejtély. | I | N |
| 11. A halál se nem jó, se nem rossz, mivel nem vagyunk halálunk tudatában. | I | N |
| 12. Amikor meghalsz, semmit nem vihetsz magaddal. | I | N |
| 13. Könnyebben elfogadnám a halált, ha tudnám, hogy milyen lesz. | I | N |
| 14. Sajnálatos, ha egy tehetséges ember meghal, még akkor is, ha már nem alkotott. | I | N |
| 15. A halál nem kívánt álom. | I | N |
| 16. A halál azért félelmetes, mert bánatot okoz. | I | N |
| 17. Azért félek a haláltól, mert odaát büntetés várhat rám. | I | N |
| 18. Semmi sem szörnyűbb egy egészséges ember öngyilkosságánál. | I | N |
| 19. A halál a végső és legszörnyűbb inzultus, mi embert érhet. | I | N |
| 20. Mindenáron el szeretném kerülni a halált. | I | N |
| 21. A halál a legrosszabb dolog, ami történhet velem. | I | N |

II. Adatlap a serdülő kérdőívcsomaghoz

Kód:

Adatlap

Köszönjük, hogy kitölti kérdőívünket! A felmérésben nincs jó, vagy rossz válasz, így kérjük, hogy őszintén, saját gondolatait tükrözve válaszoljon!

1. Születési éve:

2. Neme:

3. Osztálya:

4. Testvérei száma:

5. Apa legmagasabb iskolai végzettsége:

- általános iskola
- szakmunkásképző
- középiskolai érettségi
- főiskola, egyetem

6. Anya legmagasabb iskolai végzettsége:

- általános iskola
- szakmunkásképző
- középiskolai érettségi
- főiskola, egyetem

Amennyiben a kérdőív kitöltése után kedvet érez magában egy személyes beszélgetéshez – interjú keretein belül - kérem, töltsse ki az alábbi sorokat!

Tanuló neve:

Elérhetősége (telefonszám):

III. Felnőtt kérdőívcsomag (fedőlap)

JELSZÓ:

TANATOLÓGIA KÉRDŐÍV

Az adatszolgáltatás nem kötelező. A válaszokat titkosan és névtelenül, összesített formában dolgozzuk fel.

Kitöltés időpontja:.....év hó..... nap

Neme: férfi / nő (szíveskedjen aláhúzni)

Születési év:

Legmagasabb iskolai végzettsége: 1. kevesebb, mint nyolc általános, 2. nyolc általános, 3. szakmunkásképző, 4. szakközépiskolai érettségi, 5. gimnáziumi érettségi, 6. főiskolai vagy egyetemi diploma

Jelenlegi foglalkozása:

Jelenleg milyen helyen dolgozik:.....

Amennyiben kedvet érez egy személyes beszélgetéshez a témában, kérem, adja meg adatait:

Név: **Telefonszám:**.....

IV. Egészségügyi dolgozók – kérdőívcsomag (fedőlap)

JELSZÓ:

TANATOLÓGIA KÉRDŐÍV

Az adatszolgáltatás nem kötelező. A válaszokat titkosan és névtelenül, összesített formában dolgozzuk fel.

Kitöltés időpontja:.....év hó..... nap

Neme: férfi / nő (szíveskedjen aláhúzni)

Születési év.....

Legmagasabb iskolai végzettsége: 1. kevesebb, mint nyolc általános, 2. nyolc általános, 3. szakmunkásképző, 4. szakközépiskolai érettségi, 5. gimnáziumi érettségi, 6. főiskolai vagy egyetemi diploma

Jelenlegi foglalkozása:.....

Jelenleg milyen helyen dolgozik:

V. Item History – MFODS

Multidimensional Fear of Death Scale (MFODS) Item History

Cím	Neimeyer és Moore-féle Multidimenzionális Halálfélelem Skála
Forrás	Robert A. Neimeyer - Marlin K. Moore (1994): Validity and Reliability of the Multidimensional Fear of Death Scale. Death Anxiety Handbook. Philadelphia: Taylor & Francis, Chapter 5
Fordító 1	Zana Ágnes
Fordító 2	Ferenczi Enikő
Fordító 3	Harmat László
Lektor	Berghammer Rita

Tételek

1.

Eredeti verzió I am afraid of dying very slowly

(Eng)

I. Fordítás Attól félek, hogy lassú halálom lesz

(Fwd 1)

II. Fordítás Félek a nagyon lassú haláltól

(Fwd 2)

III. Fordítás Félek a lassú haláltól

(Fwd 3)

Összevonás Félek a lassú haláltól

(Rec)

Visszafordítás I am afraid of dying slowly

(BT)

Végső Félek a lassú haláltól

változat

(Final (Rec))

2.

Eng I dread visiting a funeral home

Fwd 1 Rettegek elmenni egy ravatalozóba

Fwd 2 Rettegek a ravatalozótól

Fwd 3 Rettegek attól, hogy ellátogassak egy halottas házba

Rec Rettegek a ravatalozótól

BT A mortuary terrifies me
Final (Rec) **Rettegek a ravatalozótól**

3.

Eng **I would like to donate my body to science**
Fwd 1 Szívesen felajánlanám a testemet tudományos célra
Fwd 2 A testemet tudományos célra ajánlanám fel
Fwd 3 Szeretném felajánlani a testemet a tudománynak
Rec Szívesen felajánlanám a holttestemet tudományos célra
BT I am inclined to offer my corpse for scientific aims
Final (Rec) **Szívesen felajánlanám a holttestemet tudományos célra**

4.

Eng **I have a fear of people in my family dying**
Fwd 1 Félek a családtagjaim haldoklásától
Fwd 2 Félek a családtagjaim haldoklásától
Fwd 3 Aggódok a családtagjaim halála miatt
Rec Félek a családtagjaim haldoklásától
BT I am afraid of my relatives' dying
Final (Rec) **Félek a családtagjaim haldoklásától**

5.

Eng **I am afraid that there is no afterlife**
Fwd 1 Félek, hogy nincs túlvilág
Fwd 2 Félek, hogy nincs halál utáni élet
Fwd 3 Félek, hogy nincs túlvilág
Rec Félek, hogy nincs túlvilág
BT I am afraid that the other world does not exist
Final (Rec) **Félek, hogy nincs túlvilág**

6.

Eng **There are probably many people pronounced dead that are really still alive**
Fwd 1 Lehet, hogy sokakat halottnak mondanak, bár még élnek
Fwd 2 Valószínű sokakat halottnak nyilvánítanak, bár még élnek
Fwd 3 Valószínűleg sok ember van halottnak nyilvánítva, akik még élnek

Rec Valószínű, hogy sokakat halottá nyilvánítanak, bár még élnek
BT Many people are probably declared legally dead, though they are still living
Final (Rec) **Valószínű, hogy sokakat halottá nyilvánítanak, bár még élnek**

7.

Eng **I am afraid of my body being disfigured when I die**

Fwd 1 Félek, hogy a testem eltorzul, amikor meghalok

Fwd 2 Félek, hogy a testem eltorzul, amikor meghalok

Fwd 3 Félek attól, hogy a testem eltorzul amikor meghalok

Rec Félek, hogy a testem eltorzul, amikor meghalok

BT I am afraid that my body will be distorted after death

Final (Rec) **Félek, hogy a testem eltorzul, amikor meghalok**

8.

Eng **I have a fear of not accomplishing my goals in life before dying**

Fwd 1 Félek, hogy nem érem el kitűzött céljaimat, mielőtt elér a halál

Fwd 2 Félek, hogy nem érem el kitűzött céljaimat, mielőtt meghalok

Fwd 3 Félek, hogy nem tudom beteljesíteni a céljaimat mielőtt meghalok

Rec Félek, hogy nem érem el kitűzött céljaimat, mielőtt meghalok

BT I am afraid of failing to reach my goals before I die

Final (Rec) **Félek, hogy nem érem el kitűzött céljaimat, mielőtt meghalok**

9.

Eng **I am afraid of meeting my creator**

Fwd 1 Félek, hogy találkozom a teremtőmmel

Fwd 2 Félek, hogy találkozom a teremtőmmel

Fwd 3 Félek találkozni a Teremtőmmel

Rec Félek, hogy találkozom a Teremtőmmel

BT I am afraid of meeting my Creator

Final (Rec) **Félek, hogy találkozom a Teremtőmmel**

10.

Eng **I am afraid of being buried alive**

Fwd 1 Félek, hogy élve temetnek el

Fwd 2 Félek, hogy élve temetnek el

Fwd 3 Félek, hogy élve leszek eltemetve
Rec Félek, hogy élve temetnek el
BT I am afraid of being buried alive
Final (Rec) **Félek, hogy élve temetnek el**

11.

Eng **I dread the thought of my body being embalmed some day**
Fwd 1 Elrettent a gondolat, hogy holttestemet egyszer bebalzsamozzák
Fwd 2 Elrettent a gondolat, hogy holttestemet egyszer bebalzsamozzák
Fwd 3 Rettegek a gondolattól, hogy a testem be lesz balzsamozva néhány napig
Rec Rettegek a gondolattól, hogy holttestemet egyszer bebalzsamozzák
BT I am terrified by the thought that my corpse would be embalmed
Final (Rec) **Rettegek a gondolattól, hogy holttestemet egyszer bebalzsamozzák**

12.

Eng **I am afraid I will not live long enough to enjoy my retirement**
Fwd 1 Félek, nem fogok olyan sokáig élni, hogy élvezhessem nyugdíjas éveimet
Fwd 2 Félek, hogy nem fogok olyan sokáig élni, hogy élvezhessem nyugdíjas éveimet
Fwd 3 Félek, hogy az életem nem lesz elég hosszú ahhoz, hogy élvezzem a nyugdíjas éveimet
Rec Félek, nem fogok olyan sokáig élni, hogy élvezhessem nyugdíjas éveimet
BT I am afraid that I don't live so long as to be able to enjoy my pensioner's years
Final (Rec) **Félek, nem fogok olyan sokáig élni, hogy élvezhessem nyugdíjas éveimet**

13.

Eng **I am afraid of dying in a fire**
Fwd 1 Félek, hogy tűzben pusztulok el
Fwd 2 Félek, hogy tűz által halok meg
Fwd 3 Félek, hogy meghalok egy tűzesetben
Rec Félek, hogy tűzben halok meg.
BT I am afraid of dying in a fire
Final (Rec) **Félek, hogy tűzben halok meg**

14.

Eng **Touching a corpse would not bother me**
Fwd 1 Nem okozna számomra kellemetlenséget egy holttest megérintése
Fwd 2 Minden további nélkül meg tudnék érinteni egy holttestet

Fwd 3 Nem zavarna, ha megérintenék egy halottat
Rec Nem zavarna egy holttest megérintése
BT I would not be bothered by touching a corpse
Final (Rec) **Nem zavarna, ha meg kellene érintenem egy holttestet**

15.

Eng **I do not want medical students using my body for practice after I die**
Fwd 1 Nem akarom, hogy orvostanhallgatók tanulmányozzák a holttestemet, miután meghalok
Fwd 2 Nem akarom, hogy orvostanhallgatók tanulmányozzák a holttestemet
Fwd 3 Nem akarom, hogy halálom után orvostanhallgatók felhasználják a testem gyakorlás céljából
Rec Nem akarom, hogy orvostanhallgatók tanulmányozzák a testemet, miután meghalok
BT I don't want my body to be studied by medical students after I die
Final (Rec) **Nem akarom, hogy orvostanhallgatók tanulmányozzák a testemet, miután meghalok**

16.

Eng **If the people I am very close to were to die suddenly, I would suffer for a long time**
Fwd 1 Ha szeretteim közül valaki hirtelen halna meg, hosszú ideig szenvednék
Fwd 2 Ha szeretteim közül valaki hirtelen halna meg, nagyon sokáig szenvednék
Fwd 3 Ha szeretteim közül valaki hirtelen halna meg, hosszú ideig szenvednék
Rec Ha szeretteim közül valaki hirtelen halna meg, nagyon sokáig szenvednék
BT If one of my loved persons died suddenly I would suffer for a very long time
Final (Rec) **Ha szeretteim közül valaki hirtelen halna meg, nagyon sokáig szenvednék**

17.

Eng **If I were to die tomorrow, my family would be upset for a long time**
Fwd 1 Ha holnap meghalnék, a családom nagyon sokáig nem tudna megnyugodni.
Fwd 2 Ha holnap meghalnék, családom hosszú ideig nem tudna megnyugodni
Fwd 3 Ha holnap meghalnék, a családom hosszú ideig zaklatott lenne
Rec Ha holnap meghalnék, a családom hosszú ideig nem tudna megnyugodni
BT If I died tomorrow my family could not calm down for a long time
Final (Rec) **Ha holnap meghalnék, a családom hosszú ideig nem tudna megnyugodni**

18.

Eng **I am afraid that death is the end of one's existence**
Fwd 1 Félek, hogy a halál az egyén létezésének végét jelenti

Fwd 2 Félek, hogy a halál minden létezés végét jelenti
Fwd 3 Félek, hogy a halál a létünk végét jelenti
Rec Félek, hogy a halál létezésünk végét jelenti
BT I am afraid that death means the end of our existence
Final (Rec) **Félek, hogy a halál létezésünk végét jelenti**

19.

Eng **People should have autopsies to ensure that they are dead**
Fwd 1 Minden ember számára biztosítani kell a boncolást, ahhoz, hogy megállapítsák a halál beálltát
Fwd 2 Szükséges a boncolás ahhoz, hogy megállapítsák a halál beálltát
Fwd 3 Az embereket tetemvizsgálatnak (boncolásnak) kellene alávetni, hogy meggyőződjenek arról, hogy valóban halottak
Rec Minden esetben szükséges a boncolás ahhoz, hogy megállapítsák a halál beálltát
BT Dissection is always necessary to ascertain the fact of death
Final (Rec) **Minden esetben boncolást kellene végezni, hogy megbizonyosodjanak a halál beálltáról**

20.

Eng **The thought of my body being found after I die scares me**
Fwd 1 Félelemmel tölt el az a gondolat, hogy egyszer holtan találnak
Fwd 2 Megrémít az a gondolat, hogy egyszer holtan találnak
Fwd 3 A gondolat, hogy a testem megtalálják a halálom után, rémülettel tölt el
Rec Félelemmel tölt el a gondolat, hogy egyszer holtan találnak
BT I am terrified by the thought that I'll be found dead
Final (Rec) **Félelemmel tölt el a gondolat, hogy egyszer holtan találnak**

21.

Eng **I am afraid I will not have time to experience everything I want to**
Fwd 1 Félek, nem lesz elég időm, hogy mindazt megtapasztaljam, amit szeretnék
Fwd 2 Félek, nem lesz elég időm, hogy mindazt megtapasztaljam, amit szeretnék
Fwd 3 Félek, hogy nem lesz elég időm, hogy mindent megtapasztaljak amit szeretnék
Rec Félek, nem lesz elég időm, hogy mindazt megtapasztaljam, amit szeretnék
BT I am afraid of not having enough time to experience all that I'd like to
Final (Rec) **Félek, nem lesz elég időm, hogy mindazt megtapasztaljam, amit szeretnék**

22.

Eng	I am afraid of experiencing a great deal of pain when I die
Fwd 1	Félek, hogy nagyon sok fájdalmat fogok érezni a haldoklás során
Fwd 2	Félek, hogy nagyon sok fájdalmat fogok érezni a haldoklás során
Fwd 3	Félek, hogy hatalmas fájdalmat fogok érezni amikor meghalok
Rec	Félek, hogy nagyon sok fájdalmat fogok érezni a haldoklás során
BT	I am afraid of havng a lot of pain during dying
Final (Rec)	Félek, hogy nagyon sok fájdalmat fogok érezni a haldoklás során

23.

Eng	Discovering a dead body would be a horrifying experience
Fwd 1	Holttestet találni szörnyű élmény lehet
Fwd 2	Megrettentő tapasztalat lehet egy holttestet találni
Fwd 3	Felfedezni egy hullát borzasztó élmény lenne
Rec	Holttestet találni szörnyű élmény lehet
BT	It can be a terrible experience to find a dead body
Final (Rec)	Holttestet találni szörnyű élmény lehet

24.

Eng	I do not like the thought of being cremated
Fwd 1	Nem szívesen foglalkozom a hamvasztás gondolatával
Fwd 2	Nem szívesen foglalkozom a hamvasztás gondolatával
Fwd 3	Nem szeretem az elhamvasztás gondolatát
Rec	Nem szívesen foglalkozom a hamvasztás gondolatával
BT	I am reluctant to think of cremation
Final (Rec)	Nem szívesen foglalkozom a hamvasztás gondolatával

25.

Eng	Since everyone dies, I won't be too upset when my friends die
Fwd 1	Egyszer mindenkinek meg kell halnia, ezért nem borítana ki (dúlna föl) barátaim halála
Fwd 2	Mindenkinek meg kell halnia, ezért nem nagyon szomorítana el barátaim halála
Fwd 3	Bár mindenki meghal, mégis rendkívül zaklatott leszek ha barátaim meghalnak
Rec	Egyszer mindenkinek meg kell halnia, ezért nem dúlna föl barátaim halála
BT	Everyone has to die one day, so my friends' death would not upset me
Final (Rec)	Egyszer mindenkinek meg kell halnia, ezért nem dúlna föl barátaim halála

26.

Eng	I would be afraid to walk through a graveyard, alone, at night
Fwd 1	Félnék, ha éjjel, egyedül, sírok között kellene sétálnom
Fwd 2	Félek, ha éjjel, egyedül kellene temetőben sétálnom
Fwd 3	Félnék egyedül a temetőben sétálni éjszaka
Rec	Félnék, ha éjjel, egyedül, temetőben kellene sétálnom
BT	I would be afraid of having to walk alone in a cemetery by night
Final (Rec)	Félnék, ha éjjel, egyedül, temetőben kellene sétálnom

27.

Eng	I am afraid of dying of cancer
Fwd 1	Félek, hogy rákban fogok meghalni
Fwd 2	Félek, hogy rákban fogok meghalni
Fwd 3	Félek attól, hogy rákban halok meg
Rec	Félek attól, hogy rákban fogok meghalni
BT	I am afraid that I will die of cancer
Final (Rec)	Félek attól, hogy rákban fogok meghalni

28.

Eng	It doesn't matter whether I am buried in a wooden box or a steel vault
Fwd 1	Nem számít, hogy koporsóban vagy kriptában temetnek-e el
Fwd 2	Nem számít, hogy koporsóban vagy kriptában temetnek el
Fwd 3	Nem zavar akár fa koporsóba, akár kriptába temetnek el
Rec	Nem számít, hogy koporsóban vagy kriptában temetnek el
BT	It does not matter that I will be buried in a coffin or in a tomb
Final (Rec)	Nem számít, hogy koporsóban vagy kriptában temetnek el

29.

Eng	It scares me to think I may be conscious while dying in a morgue
Fwd 1	Iszonyattal tölt el, ha arra gondolok, hogy élve fekszem a halottasházban
Fwd 2	Iszonyattal tölt el, ha arra gondolok, hogy élve fekszem a halottasházban
Fwd 3	Rémülettel tölt el a gondolat, hogy lehet, hogy tudatomnál leszek halottként
Rec	Iszonyattal tölt el, ha arra gondolok, hogy élve fekszem a halottasházban
BT	I am terrified by the thought that I am lying alive in the mortuary
Final (Rec)	Iszonyattal tölt el, ha arra gondolok, hogy eszméletemnél vagyok, miközben a

halottasházban fekszem

30.

Eng	I am afraid that there may not be a Supreme Being
Fwd 1	Félek, hogy nincs Isten
Fwd 2	Félek, hogy nem létezik egy felsőbbrendű lény
Fwd 3	Félek, hogy nincs egy legfelsőbb lény
Rec	Félek, hogy nincs Isten
BT	I am afraid that God does not exist
Final (Rec)	Félek, hogy nincs Isten

31.

Eng	I have a fear of suffocating (including drowning)
Fwd 1	Félek a fulladástól (beleértve a vízbefúlást)
Fwd 2	Félek a fulladásos haláltól
Fwd 3	Félek a fulladástól (és a vízbefúlástól)
Rec	Félek a fulladástól (és a vízbefúlástól)
BT	I am afraid of suffocation and drowning
Final (Rec)	Félek a fulladástól (és a vízbefúlástól)

32.

Eng	It would bother me to remove a dead animal from the road
Fwd 1	Zavarna, kellemetlen lenne, ha egy állattetemet kellene eltávolítani az útról
Fwd 2	Kényelmetlen lenne, ha egy állattetemet kellene eltávolítani az útról
Fwd 3	Zavarna, hogy eltávolítsak egy állat tetemét az útról
Rec	Zavarna, ha egy állattetemet kellene eltávolítanom az útról
BT	I would be bothered by having to remove a dead animal from the road
Final (Rec)	Zavarna, ha egy állattetemet kellene eltávolítanom az útról

33.

Eng	I do not want to donate my eyes after I die
Fwd 1	A szememet nem ajánlanám fel szervátültetésre halálom után
Fwd 2	A szememet nem ajánlanám fel szervátültetésre halálom után
Fwd 3	Én nem akarom felajánlani a szemeimet miután meghalok
Rec	A szememet nem ajánlanám fel szervátültetésre halálom után

BT I would not offer my eyes for transplantation after death
Final (Rec) **A szememet nem ajánlanám fel szervátültetésre halálom után**

34.

Eng **I sometimes get upset when acquaintances die**

Fwd 1 Olykor felzaklat, ha meghal egy ismerősöm

Fwd 2 Olykor elszomorít, ha valamely ismerősöm meghal

Fwd 3 Néha felzaklat az ismerőseim halála

Rec Olykor felzaklat, ha egy ismerősöm meghal

BT I am sometimes upset by an acquaintance's death

Final (Rec) **Olykor felzaklat, ha egy ismerősöm meghal**

35.

Eng **The thought of being locked in a coffin after I die scares me**

Fwd 1 Rémmülettel tölt el a gondolat, hogy halálom után be leszek zárva egy koporsóba

Fwd 2 Félelemmel tölt el a tudat, hogy halálom után be leszek zárva egy koporsóba

Fwd 3 A gondolat, hogy be leszek zárva egy koporsóba a halálom után, rémmülettel tölt el

Rec Rémmülettel tölt el a gondolat, hogy halálom után be leszek zárva egy koporsóba

BT I am terrified by the thought that I will be closed in a coffin after death

Final (Rec) **Rémmülettel tölt el a gondolat, hogy halálom után be leszek zárva egy koporsóba**

36.

Eng **No one can say, for sure, what will happen after death**

Fwd 1 Senki nem tudja megmondani biztosan, hogy mi fog történni a halál után

Fwd 2 Senki sem tudhatja biztosra, hogy mi történik a halál után

Fwd 3 Senki sem tudja megmondani mi fog történni a halál után

Rec Senki sem tudja megmondani biztosan, hogy mi fog történni a halál után

BT No one can tell surely what will happen after death

Final (Rec) **Senki sem tudja megmondani biztosan, hogy mi fog történni a halál után**

37.

Eng **If I die, my friends would be upset for a long time**

Fwd 1 Ha meghalnék, a barátaim hosszú ideig nem tudnának megnyugodni

Fwd 2 Ha meghalok, barátaim sokáig szomorúak lennének

Fwd 3 Ha meghalok a barátaim hosszú ideig zaklatottak lesznek

Rec Ha meghalnék, a barátaim sokáig zaklatottak lennének
BT If I died my friends would be upset for a long time
Final (Rec) **Ha meghalnék, a barátaim sokáig zaklatottak lennének**

38.

Eng **I hope more than one doctor examines me before I am pronounced dead**
Fwd 1 Remélem, több orvos is megvizsgál majd, mielőtt holtta nyilvánítanak
Fwd 2 Remélem, több orvos is meg fog vizsgálni, mielőtt halottnak nyilvánítanak
Fwd 3 Remélem, hogy több orvos is megvizsgál mielőtt halottnak nyilvánítanak
Rec Remélem, több orvos is megvizsgál majd, mielőtt holtta nyilvánítanak
BT I hope to be examined by several doctors before being declared dead
Final (Rec) **Remélem, több orvos is megvizsgál majd, mielőtt holtta nyilvánítanak**

39.

Eng **I am afraid of things which have died**
Fwd 1 Félek mindentől, ami halott
Fwd 2 Félek mindentől, ami halott
Fwd 3 Félek a halott dolgoktól
Rec Félek mindentől ami halott
BT I am afraid of everything that is dead
Final (Rec) **Félek mindentől, ami halott**

40.

Eng **The thought of my body decaying after I die scares me**
Fwd 1 Félelemmel tölt el az a gondolat, hogy halálom után a testem felbomlik
Fwd 2 Rémít a gondolat, hogy testem felbomlik a halál után
Fwd 3 Annak a gondolata, hogy a testem elenyészik a halálom után, rémülettel tölt el
Rec Elrémít a gondolat, hogy halálom után a testem felbomlik
BT I am terrified by the thought that my body will dissolve after death
Final (Rec) **Elrémít a gondolat, hogy halálom után a testem felbomlik**

41.

Eng **I am afraid I may never see my children grow up**
Fwd 1 Félek, hogy sosem látom a gyermekeimet felnőni
Fwd 2 Félek, hogy nem láthatom gyerekeim felnőni

Fwd 3 Félek, hogy soha sem láthatom a gyerekeimet felnőni
Rec Félek, hogy sohasem láthatom a gyermekeimet felnőni
BT I am afraid that I can never see my children to grow up
Final (Rec) **Félek, hogy sosem láthatom a gyermekeimet felnőni**

42.

Eng **I have a fear of dying violently**
Fwd 1 Félek az erőszakos haláltól
Fwd 2 Félek az erőszakos haláltól
Fwd 3 Félek az erőszak általi haláltól
Rec Félek az erőszakos haláltól
BT I am afraid of a violent death
Final (Rec) **Félek az erőszakos haláltól**

VI. Eredeti faktorok – MFODS

F1: Fear of the Dying Process (including painful and violent deaths)

F2: Fear of the Dead (including avoidance of both human and animal remains)

F3: Fear of Being Destroyed (including dissection and cremation of the body)

F4: Fear for Significant Others (including apprehension about the impact of the respondent's death on significant others and of their deaths on the respondent)

F5: Fear of the Unknown (including fear of nonexistence)

F6: Fear of Conscious Death (including anxieties about falsely being declared dead)

F7: Fear for the Body after Death (including concern about decay and isolation of the body)

F8: Fear of Premature Death (including concern that death will prevent one from accomplishing important life goals or having significant experiences)

VII. Item History – Lester

Lester Attitude Toward Death Scale (LATDS) Item History

Cím	Lester Halál iránti Attitűd Skálája
Forrás	Lester, David (1991): The Lester Attitude Toward Death Scale, In: Omega 23, 67-75.
Fordító 1	Zana Ágnes
Fordító 2	Ferenczi Enikő
Fordító 3	Raduch Csilla
Lektor	Raduch Csilla, Berghammer Rita

Tételek

1.

Eredeti verzió **What we call death is only the birth of the soul into a new and delightful life**
(Eng)

I. Fordítás Amit halálnak hívunk, az nem más, mint a lélek új és örömteli életre való születése
(Fwd 1)

II. Fordítás Amit halálnak nevezünk, az nem más, mint a lélek új és örömteli életre való születése
(Fwd 2)

III. Fordítás Amit mi halálnak hívunk az csupán a lélek születése egy új és elbűvölő életbe
(Fwd 3)

Összevonás *Amit halálnak hívunk, az csupán a lélek új és örömteli életre való születése*
(Rec)

Visszafordítás What we call death is only the new and happy birth in the life of the soul
(BT)

Végső változat **Amit halálnak hívunk, az csupán a lélek új és örömteli életre való születése**
(Final (Rec))

2.

Eng **One should not grieve over the dead, because they are eternally happy in heaven**

Fwd 1 Nem kellene gyászolnunk a halottakat, mert ők örök boldogságot nyernek a mennyben

Fwd 2 Nem kellene gyászolni a halottakat, mivel örök boldogságot találnak a mennyben

Fwd 3 Nem kellene gyászolni a halottakat, mert ők örökké boldogok a mennyben

Rec *Nem kellene gyászolni a halottakat, mert ők örökké boldogok a mennyben*

BT We shouldn't grieve the deceased because they are eternally happy in heaven

Final (Rec) **Nem kellene gyászolni a halottakat, mert ők örökké boldogok a mennyben**

3.

Eng **Death comes to comfort us**

Fwd 1 A halál megnyugvást hoz

Fwd 2 A halál vigaszt hoz

Fwd 3 A halál vigasztalni jön minket

Rec *A halál megnyugvást hoz*

BT Death brings solace

Final (Rec) **A halál vigaszt hoz**

4.

Eng **Death will be one of the most interesting experiences of my life**

Fwd 1 A halál az egyik legérdekesebb élmény lesz az életemben

Fwd 2 A halál életem legérdekesebb élménye lesz

Fwd 3 A halál életem egyik legérdekesebb tapasztalata lesz

Rec *A halál életem egyik legérdekesebb élménye lesz*

BT Death will be the most exciting experience of my life

Final (Rec) **A halál életem egyik legérdekesebb élménye lesz**

5.

Eng **A peaceful death is a fitting end to a successful life**

Fwd 1 A békés halál méltó befejezése egy sikeres életnek

Fwd 2 A békés halál egy sikeres élet méltó vége

Fwd 3 A békés halál egy sikeres élet méltó vége

Rec *A békés halál egy sikeres élet méltó befejezése*

BT Peaceful death is a dignified way of ending a successful life

Final (Rec) **A békés halál egy sikeres élet méltó befejezése**

6.

Eng **I don't want to die right now, but I'm glad that I will die someday**

Fwd 1 Nem akarok most meghalni, de örülök, hogy egy napon meg fogok halni

Fwd 2 Nem akarok ebben a percben meghalni, de örülök, hogy valamikor meghalok

Fwd 3 Nem akarok ebben a pillanatban meghalni, de örülök, hogy egy szép napon meghalok

Rec *Nem akarok e percben meghalni, de örülök, hogy meg fogok halni valamikor*

BT I don't want to die this minute, but I am happy, that I will die sometime
Final (Rec) **Nem akarok e percben meghalni, de örülök, hogy meg fogok halni valamikor**

7.

Eng **Death is better than a painful life**
Fwd 1 A halál jobb, mint egy fájdalommal teli élet
Fwd 2 A halál jobb, mint egy boldogtalan élet
Fwd 3 Egy fájdalmas életnél jobb a halál
Rec *Egy fájdalmas életnél jobb a halál*
BT Death is better than a painful life
Final (Rec) **Egy fájdalmas életnél jobb a halál.**

8.

Eng **I would be willing to die to save my best friend**
Fwd 1 Feláldoznám az életem, hogy megmentsem a legjobb barátomat
Fwd 2 Kész lennék meghalni, hogy megmentsem a legjobb barátomat.
Fwd 3 Életemet adnám, hogy megmentsem legjobb barátomat
Rec *Kész lennék meghalni azért, hogy megmentsem a legjobb barátomat*
BT I would be ready to die to save my best friend
Final (Rec) **Kész lennék meghalni azért, hogy megmentsem a legjobb barátomat**

9.

Eng **Death makes all men equal**
Fwd 1 A halál minden embert egyenlővé tesz
Fwd 2 A halál nem válogat
Fwd 3 A halál szemében minden ember egyenlő
Rec *A halálban minden ember egyenlő*
BT Everyone is equal in death
Final (Rec) **A halálban minden ember egyenlő**

10.

Eng **Death is a great mystery**
Fwd 1 A halál a legnagyobb rejtély
Fwd 2 A halál a legnagyobb rejtély
Fwd 3 A halál egy nagy rejtély

Rec *A halál a legnagyobb rejtély*
BT Death is the biggest mystery
Final (Rec) **A halál a legnagyobb rejtély**

11.

Eng **Death is neither good nor bad since there's no consciousness is it**
Fwd 1 A halál se nem jó, se nem rossz, mivel nem vagyunk tudatában
Fwd 2 A halál nem jó vagy rossz, mivel nem tudatos
Fwd 3 A halál se nem jó se nem rossz, mivel nincs benne tudatosság
Rec *A halál se nem jó, se nem rossz, mivel nem vagyunk halálunk tudatában*
BT Death is neither good, nor bad, because we are not conscious of our death
Final (Rec) **A halál se nem jó, se nem rossz, mivel nem vagyunk halálunk tudatában**

12.

Eng **You can't take it with you when you die**
Fwd 1 Nem vihetsz magaddal semmit, amikor meghalsz
Fwd 2 Nem tudsz semmit magaddal vinni, amikor meghalsz
Fwd 3 Nem tudod magaddal vinni, amikor meghalsz
Rec *Amikor meghalsz, semmit nem vihetsz magaddal*
BT When you die, you can't take anything with you
Final (Rec) **Amikor meghalsz, semmit nem vihetsz magaddal**

13.

Eng **I would feel better about death if I knew what it was going to be like**
Fwd 1 Jobban elfogadnám a halált, ha tudnám, milyen lesz
Fwd 2 Könnyebben megbarátkoznék a halál gondolatával, ha tudnám, milyen lesz
Fwd 3 Jobban érezném magam a halál gondolatától, ha tudnám mire számítsak
Rec *Könnyebben elfogadnám a halált, ha tudnám, hogy milyen lesz*
BT I would be able to accept death easier if I would know what it would be like
Final (Rec) **Könnyebben elfogadnám a halált, ha tudnám, hogy milyen lesz**

14.

Eng **It is a pity when a talented man dies, even if he has stopped creating**
Fwd 1 Szomorú, ha egy tehetséges ember meghal, akkor is, ha már nem alkotott
Fwd 2 Nagy kár, ha egy tehetséges ember meghal, még akkor is, ha már nem alkotott

Fwd 3 Sajnálatos, amikor egy tehetséges ember meghal, még akkor is, ha már nem alkotott
Rec *Sajnálatos, ha egy tehetséges ember meghal, még akkor is, ha már nem alkotott*
BT It is sad if a talented person dies, even if he or she didn't create
Final (Rec) **Sajnálatos, ha egy tehetséges ember meghal, még akkor is, ha már nem alkotott**

15.

Eng **Death is an unwanted sleep**
Fwd 1 A halál nem kívánt álm
Fwd 2 A halál egy nem kívánt álm
Fwd 3 A halál nem kívánt álm
Rec *A halál nem kívánt álm*
BT Death is an unwanted dream
Final (Rec) **A halál nem kívánt álm**

16.

Eng **Death is to be feared for it brings grief**
Fwd 1 A halál félelmetes, mert gyászt hoz.
Fwd 2 Azért félünk a haláltól, mert bánatot okoz az ittmaradóknak
Fwd 3 A haláltól félni kell, mert gyászt hoz magával
Rec *A halál félelmetes, mert bánatot okoz*
BT Death is scary, because it causes grief
Final (Rec) **A halál azért félelmetes, mert bánatot okoz**

17.

Eng **I am afraid to die because there may be a future punishment**
Fwd 1 Félek a haláltól, mert odaát büntetés várhat rám
Fwd 2 Félek meghalni, mert büntetés várhat rám
Fwd 3 Félek meghalni, mert büntetés várhat a másvilágon
Rec *Azért félek a haláltól, mert odaát büntetés várhat rám*
BT I am afraid of death because punishment might await me overthere
Final (Rec) **Azért félek a haláltól, mert odaát büntetés várhat rám**

18.

Eng **Nothing can be so bad that a sane man would commit suicide**
Fwd 1 Semmi sem lehet rosszabb egy egészséges ember öngyilkosságánál

Fwd 2 Semmi sem lehet olyan rossz, mint egy egészséges ember öngyilkossága
Fwd 3 Semmi sem lehet annyira rossz, ami miatt egy épeszű ember öngyilkosságot követne el
Rec *Semmi sem szörnyűbb egy egészséges ember öngyilkosságánál*
BT Nothing is worse, than the suicide of a healthy person
Final (Rec) **Semmi sem szörnyűbb egy egészséges ember öngyilkosságánál**

19.

Eng **Death is the last and worst insult to man**
Fwd 1 A halál az utolsó és legrosszabb sérelem, mi embert érhet
Fwd 2 A halál a végső és legszörnyűbb inzultusa az embernek
Fwd 3 Az ember számára a halál az utolsó és legrosszabb sérelem
Rec *A halál a végső és legszörnyűbb inzultus, mi embert érhet*
BT Death is the final and worst insult which can affect a person
Final (Rec) **A halál a végső és legszörnyűbb inzultus, mi embert érhet**

20.

Eng **I would avoid death at all costs**
Fwd 1 Mindenáron elkerülném a halált
Fwd 2 Mindenáron elkerülném a halált
Fwd 3 Minden áron elkerülném a halált.
Rec *Mindenáron el szeretném kerülni a halált*
BT I would like to avoid death at any cost
Final (Rec) **Mindenáron el szeretném kerülni a halált**

21.

Eng **Death is the worst thing that could possibly happen to me**
Fwd 1 A halál a legszörnyűbb dolog, ami történhet velem
Fwd 2 A halál a legrosszabb dolog, ami velem történhet
Fwd 3 A halál a legrosszabb dolog, ami velem történhet
Rec *A halál a legrémesebb dolog, ami történhet velem*
BT Death is the worst thing that could happen to me
Final (Rec) **A halál a legrosszabb dolog, ami történhet velem.**

VIII. Kérdőívek együttjárása - HADS adatbázis N=839

		MFODS									Lester Halálfélelem				BDI	STAI-T
		Félelem a meghalás folyamatától (6-30)	Félelem a halottól (6-30)	Félelem a megsemmisüléstől (4-20)	Jelentős társak féltése (6-30)	Félelem az ismeretlentől (5-25)	Félelem a halál tudatos átélésétől (5-25)	A test féltése a halál után (6-30)	Félelem a korai haláltól (4-20)	Összesített halálfélelem (42-210)	Lester Halálfélelem Skála (negatív tételek) (0-88,10)	Lester Halálfélelem Skála (semleges tételek) (0-16,87)	Lester Halálfélelem Skála (pozitív tételek) (0-26,81)	Lester Halálfélelem Skála (0-131,78)	Beck Depresszió (0-63)	Vonásszorongás (20-80)
MFODS	Félelem a meghalás folyamatától (6-30)	1,00	0,40	0,18	0,32	0,38	0,45	0,40	0,57	0,74	0,44	0,24	-0,06	0,44	0,16	0,13
		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	0,392	,000	,004	,036
	Félelem a halottól (6-30)	0,40	1,00	0,29	0,27	0,32	0,38	0,45	0,34	0,69	0,34	0,12	-0,07	0,32	0,15	0,19
		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	0,069	0,341	,000	,006	,003
	Félelem a megsemmisüléstől (4-20)	0,18	0,29	1,00	0,17	0,27	0,20	0,27	0,18	0,48	0,38	0,19	-0,18	0,34	0,13	0,20
		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,006	,008	,000	,021	,001
	Jelentős társak féltése (6-30)	0,32	0,27	0,17	1,00	0,20	0,16	0,08	0,35	0,50	0,39	0,21	-0,18	0,36	0,13	0,17
		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,044	,000	,000	,000	,002	,008	,000	,015	,006
	Félelem az ismeretlentől (5-25)	0,38	0,32	0,27	0,20	1,00	0,34	0,50	0,45	0,66	0,50	0,36	-0,19	0,48	0,17	0,10
		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,006	,000	,002	,111
	Félelem a halál tudatos átélésétől (5-25)	0,45	0,38	0,20	0,16	0,34	1,00	0,45	0,38	0,65	0,29	0,25	0,11	0,35	0,14	0,13
		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	0,097	,000	,008	,032
A test féltése a halál után (6-30)	0,40	0,45	0,27	0,08	0,50	0,45	1,00	0,40	0,70	0,43	0,16	-0,08	0,41	0,16	0,11	
	,000	,000	,000	,044	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,019	0,258	,000	,004	,079	
Félelem a korai haláltól (4-20)	0,57	0,34	0,18	0,35	0,45	0,38	0,40	1,00	0,71	0,49	0,29	-0,11	0,49	0,24	0,13	
	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	0,117	,000	,000	,032	
Összesített halálfélelem (42-210)	0,74	0,69	0,48	0,50	0,66	0,65	0,70	0,71	1,00	0,59	0,32	-0,13	0,57	0,24	0,21	
	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	0,061	,000	,000	,001	
Lester Halálfélelem	Lester Halálfélelem Skála (negatív tételek) (0-88,10)	0,44	0,34	0,38	0,39	0,50	0,29	0,43	0,49	0,59	1,00	0,35	-0,20	0,94	0,02	0,06
		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,003	,000	0,820	0,373
	Lester Halálfélelem Skála (semleges tételek) (0-16,87)	0,24	0,12	0,19	0,21	0,36	0,25	0,16	0,29	0,32	0,35	1,00	0,03	0,53	-0,04	0,08
		,000	0,069	,006	,002	,000	,000	,019	,000	,000	,000	,000	,0714	,000	0,514	0,261
	Lester Halálfélelem Skála (pozitív tételek) (0-26,81)	-0,06	-0,07	-0,18	-0,18	-0,19	0,11	-0,08	-0,11	-0,13	-0,20	0,03	1,00	0,08	0,14	0,03
	0,392	0,341	,008	,008	,006	0,097	0,258	0,117	0,061	,003	0,714	,000	0,226	,048	0,620	
Lester Halálfélelem Skála (0-131,78)	0,44	0,32	0,34	0,36	0,48	0,35	0,41	0,49	0,57	0,94	0,53	0,08	1,00	0,04	0,08	
	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	0,226	,000	,0226	,0271	
BDI	Beck Depresszió (0-63)	0,16	0,15	0,13	0,13	0,17	0,14	0,16	0,24	0,24	0,02	-0,04	0,14	0,04	1,00	0,54
		,004	,006	,021	,015	,002	,008	,004	,000	,000	0,820	0,514	,048	0,567	,000	,000
STAI-T	Vonásszorongás (20-80)	0,13	0,19	0,20	0,17	0,10	0,13	0,11	0,13	0,21	0,06	0,08	0,03	0,08	0,54	1,00
		,036	,003	,001	,006	0,111	,032	0,079	,032	,001	0,373	0,261	0,620	0,271	,000	,000

