

HALÁLFÉLELEM A FOGLALKOZÁS TÜKRÉBEN

Tóth Viktória¹, Simon-Zámbori Petra²

¹ SZTE BTK Pszichológiai Intézet, tothviktorial2@gmail.com

² SZTE BTK Pszichológiai Intézet

A kutatás célja feltárni a halálfélelem mértékét az egészségügyi dolgozók és a rendvédelmi szervek hivatásos tagjainak körében, egy „civil” kontrollcsoporttal összehasonlítva. A minta elemszáma 500 fő volt, ebből 272 fő a rendvédelmi szervek hivatásos állományú tagja, 141 fő egészségügyi dolgozó és 87 fő a kontroll csoportba sorolt vizsgálati személy. Az eredmények csupán részben mutattak összefüggést a korábbi vizsgálatokban nyert eredményekkel. Az első hipotézisünk, mely szerint a „civil” foglalkozásúak nagyobb mértékű halálfélelmet tanúsítanak, csak a Neimeyer és Moore-féle Multidimenzionális Halálfélelem Skála vonatkozásában került alátámasztásra, azonban a Lester Halál Iránti Attitűd Skálán a rendvédelmi állomány ért el magasabb pontszámot. A kutatás eredményei hozzájárulhatnak preventív jellegű, terápiás vagy rehabilitációs stratégiák kidolgozásához a rendvédelmi és egészségügyi dolgozók körében, akik foglalkozásuk természetéből fakadóan és a magas fokú mentális megterhelés következtében fokozottan veszélyeztetettek a mentális egészség szempontjából.

Kulcsszavak: : halálfélelem, foglalkozás, egészségügy, rendvédelem

Köszönetnyilvánítás: Köszönetet szeretnénk mondani az Akut Szakasznak és a Zsaruellátó Egyesületnek, mert megosztásukkal hozzájárultak a magas kitöltőszám eléréséhez.

Vizsgálatunk azt kutatja, hogy a foglalkozás, hivatás mennyiben befolyásolja a halálról alkotott világgépet és a halálfélelemmel kapcsolatos attitűdöt, különös tekintettel az egészségügyi dolgozók és a rendvédelmi szervek hivatásos állományú tagjaira. A foglalkozás tükrében megjelenő halálfélelmet vagy halállal kapcsolatos attitűdöt számos kutatás vizsgálta, azonban kifejezetten az általunk kiválasztott célcsoportok eredményeinek összevetésével foglalkozó cikket nem sikerült felkutatni. Kiemelten fontosnak tartjuk, hogy a két említett csoport mentális egészsége és szellemi jólléte górcső alá kerüljön, hiszen hivatásukból kifolyólag fokozottan ki vannak téve olyan megterhelő tapasztalatoknak, mint a halálesetek és holttestek látványa, a gyászolókkal történő kommunikáción, a haldoklás folyamatának követése. Mindezek kapcsán indokolt a halálfélelem-szintjüket felmérni, azt esetlegesen tudatosítani, és a lehetőségekhez mérten szervezetszichológiai keretek között foglalkozni vele, hiszen ez közvetve vagy közvetlenül nemcsak a saját életminőségüket befolyásolhatja, de a munkájuk hatékonyságát és végrehajtását is.

A HALÁLFÉLELEM ÉS A HALÁLSZORONGÁS

A félelem és a szorongás különválasztása a halálfélelem értelmezése során meglehetősen problémásnak bizonyul, ugyanis halálfélelem és halálszorongás meghatározásukat tekintve nem egységesek (Tóthné Zana, 2009). Kierkegaard (Yalom, 1980, 2019 interpretálásában) elsőként akképpen különböztette meg a félelmet a szorongástól, hogy míg a félelem rendelkezik konkrét tárggyal, addig a szorongás tárgy nélküli, a semmitől való félelem. A halált konkretizálni, lokalizálni nem lehet, ezért tevődik át az elsődleges halálfélelem a gyermekkortól jelenlévő elhárítási mechanizmusainknak köszönhetően valamely más tárgyra, annak érdekében, hogy „valamitől való félelemmé” válhasson. Az így lokalizált, konkretizált halálszorongás könnyebben kezelhetővé, tolerálhatóvá szelídül. Choron felosztása alapján a halálfélelemnek 3 típusát különíthetjük el: mi történik a halált követően; a meghalás eseménye; a lét megszűnése. Ezeken belül a halálfélelem központi eleme a „lét megszűnésétől” való félelem (v.ö. Yalom, 1980, 2019).

A halálszorongást értelmező elméletek közös jellemzője, hogy egy, a tudatalatti által irányított mozzanatként, az elmúlásra adott egyfajta reflexióként magyarázza a halál iránti viszonyunkat, mely a jungi halálfelfogás alappillére (Jung, 1997, idézi Tóthné Zana, 2009). Az egzisztencialista pszichoanalitikus hozzáállás egy személy jelenben munkálkodó tüneteit a halálszorongás, és nem valamely múltban elszenvedett trauma vagy megpróbáltatás következményeként értelmezi. Eszerint a halál minden szorongás elsődleges „ősforrása”, ezáltal minden tünet forrása is, amely már az élet egészen korai szakaszában megjelenik, a személyiség struktúrázásának aktív alakítójaként (Yalom, 1980, 2019). Tomer és Eliason (2000) modelljének értelmezése szerint három közvetlen eleme létezik a halálfélelemnek: a múlttal kapcsolatos megbánás, a jövővel kapcsolatos megbánás, és a halálnak tulajdonított jelentés. A halálfélelem

szintjének csökkenésével járhat, ha értelmet tudunk adni a halálnak és ekként felfogni, míg az értelmetlennek és abszurdnak vélt halál növelheti a halálfélelmet.

Békés (2000) magától értetődőnek véli a halálfélelem és a szorongás közötti összefüggést, hiszen az emberi szorongás számára a halál a legideálisabb vászon, melyre minden tárgy nélküli szorongás kivetíthető. Az egzisztencialista pszichoanalitikus megközelítésben megkülönböztethető az ember saját halálától, mások halálától vagy általánosságban az elmúlástól való félelem. Tóthné Zana (2009) úgy véli, hogy a halálfélelem vizsgálatakor el kell különíteni a konkrét dolgokra vonatkozó halálfélelmet az általános, egzisztenciális szorongástól, kiegészítve azzal, hogy a szorongás a félelem része. Nem érdemes figyelmen kívül hagyni azonban annak a lehetőségét sem, hogy a halálfélelem elismerése társadalmilag nem kívánatos, és ez a társadalmi nem-kívánatosság befolyásolhatja a halálfélelmet és annak mértékét. Yalom (1980, 2019) Gregory Zilboorgot idézve kitér arra, hogy amennyiben a halálfélelem egy állandóan tudatosuló érzés lenne, akkor az egyének képtelenek lennének megfelelő szinten funkcionálni a mindennapokban, ugyanis a nyugodt életvitelhez és egészségünk fenntartása érdekében szükség van bizonyos fokú elfojtásra. Akiknél ezen mechanizmusok nem működnek adaptívan, és a megküzdési módok nem bizonyulnak sikeresnek, szélsőséges elhárítási módok, klinikai tünetek fordulhatnak elő, például depresszió, skizofrénia. Yalom (1980, 2019) szerint fontos hangsúlyozni, hogy a halálszorongás a lét legmélyebb szintjein húzódik meg, és erős elfojtás alatt áll, amelynek következtében ritkán manifesztálódik halálfélelemként. A halálfélelem kezelése a kettős védelem modelljének értelmében jellemzően egy proximális és egy disztális pszichológiai védekezési módon keresztül történhet; előbbi esetén egy aktuális ingerre elfojtással, hárítással vagy racionalizálással reagálunk, míg utóbbi az értelmes életet, az önbecsülés-erősítést, világképünk védelmét helyezi a középpontba a tudattalan halálfélelem „segítségével” (Tóthné Zana, 2009).

A halálszorongás különbözik más elméletek szorongás definíciójától, melynek oka, hogy szorosan a létezéshez kapcsolódik. Több kutatás (Amenta & Weiner, 1981; Cella & Tross, 1987; Tramill et al. 1982, idézi Tóthné Zana, 2009) jutott arra a megállapításra, hogy a különböző szorongást mérő tesztek eredményei között magasabb korreláció mutatható ki, mint a vonás jellegű szorongás skálák és a halálfélelem-skálák között. Erre alapozva kijelenthető, hogy nem ajánlatos egyenlőségjelet tenni szorongás és halálfélelem közé, ezek nem kezelendők egymás szinonimáiként; a halálfélelem pedig nem csupán egy konkrét tárgyra irányuló szorongás (Tóthné Zana, 2009).

Különösen megkérdőjelezhető, hogy a direkt módon történő önbevallásos mérések használhatóak-e a halálfélelem mutatóiként. A magas pontszámok egy ilyen mérésen magas halálfélelmet jelezhetnek, de ez definíció szerint különbözik a nem-tudatos halálszorongástól. A közvetlen önbevallásos mérések korábbi áttekintéseiből az a következtetés vonható le, hogy a magas manifeszt halálfélelem viszonylag ritkán kerül kifejezésre, hiába általánosan elfogadott nézet a kutatók körében, hogy a halálfélelem minden egyénre valamilyen

univerzális formában jellemző jelenség (Kastenbaum & Costa, 1977).

A halállal kapcsolatos attitűdök kutatásának hasznára válna a közvetlen és közvetett mérések szisztematikus összehasonlítása és keresztellenőrzése, illetve amennyiben a halálfélelmet nem általános szorongásként értelmezzük, hanem konkrét tárgyra irányuló félelemként, akkor ennek a tárgyát és dimenzióit vizsgálnunk kell, valamint a tudatos és nem tudatos elemek közti különbségeket is górcső alá kellene venni. A tudatos halálfélelem a verbalizálható aspektust vizsgálja közvetlen, önbeszámoláson alapuló eljárásokkal, míg a nem tudatos dimenziók feltérképezésére projektív vagy indirekt módszereket alkalmaznak, például szóasszociációs tesztek, szín-szó interferencia teszt, bőrgalván-reakció vizsgálata közben (Varga et al., 2009).

Feifel és Branscomb (1973) a halálfélelem három szintjét különbözteti meg egymástól: tudatos –, fantázia–, és tudatosság alatti szint. Léteznek tudatos reflexiók a halál gondolatára és a halálfélelemre, illetve létezik egy tudattalan szinten lévő primer halálszorongás, mely már csecsemőkorban megjelenik 4–6 éves kor környékén szeparációs szorongás formájában (Polcz, 1989). Freud úgy vélte, hogy minden szorongás az anya elvesztésére – szeparációs szorongás –, illetve a pénisz elvesztésére – kasztrációs szorongás – vezethető vissza. Yalom szerint a „szorongás igyekszik félelemmé válni”, azonban gyakran ez nem manifesztálódik vegytiszta halálfélelemként, hanem a mindennapi élethez szorosabban kapcsolódó szorongások, szokások formájában jelenik meg, például anyagi javak halmozása, a fiatal külső megrögzött üldözése különböző akár radikálisabb szépművészeti beavatkozásokon vagy emlékművek állíttatásán keresztül (Yalom, 1980, 2019, idézi Geiszbühl-Szimon, 2016).

A HALÁLFÉLELEM ÉS A FOGLALKOZÁS KAPCSOLATA

Servaty és munkatársai (2007) rámutattak arra, hogy az egészségügyi dolgozók halállal kapcsolatos attitűdjénél nem lehet figyelmen kívül hagyni a kialakulás mikéntjét, mely akár már a szakmai pályafutást megelőzően bekövetkezik. A halállal kapcsolatos attitűd befolyásolhatja egyrészt az egészségügyi pályaválasztást (pl. azért szeretne valaki orvosként dolgozni, mert elvesztette fiatalon egyik szülőjét és mindenáron gyógyítani akar, megmenteni az embereket), illetve azon személyek halálfélelmét, akik foglalkozás körében gyakran találkoznak a halállal. Utóbbiakhoz sorolhatóak az egészségügyi dolgozókon túl a rendvédelem hivatásos állományú tagjai is. Ford és munkatársai (1971) kutatásukban nem találtak különbséget három foglalkozási csoport – postások, egyetemisták és rendőrök – halálfélelem pontszámai között. Ugyanezt az eredményt erősíti Lattaner és Hayslip (1984, 1985) kutatása is, akik tanárok, titkárnők és egyéb „civil” területen dolgozók halálfélelmét hasonlította össze a halállal kapcsolatos foglalkozásúakkal (tűzoltók, temetői dolgozók). Míg a két csoport között a tudatos halálfélelem szintjén nem mutatkozott különbség, addig az utóbbi csoport tagjai magasabb halálfélelemet mutattak tudattalan és fantázia szinten. A szerzők magyarázata szerint azon személyek, akik mindennap

szembesülnek az elmúlással, elnyomják az újra és újra felbukkanó halálfélelmet. A halálfélelem és az ezzel kapcsolatos szorongás a halállal munkájukból kifolyólag nap mint nap találkozó segítő foglalkozásúak körében a legjellemzőbb, különösen olyan kórházi osztályokon, ahol a betegek halála mindennapos. Ilyen pl. az intenzívterápiás osztály, ahol a nemzetközi adatok alapján a lélegeztetett betegek hozzávetőleg 50%-a meghal (Pénzes & Lorr, 2004).

Feifel és munkatársai (1967), valamint Lattinar és Hayslip (1984, 1985) az orvosi pályát választókat, illetve gyógyíthatatlan betegekkel dolgozókat érintő kutatási eredményeik azt mutatják, hogy más „semleges”-nek nevezhető szakmákkal szemben az orvosok magasabb halálfélelmet mutatnak. Későbbi tanulmányok ezt az eredményt cáfolták, vagy nem találtak szignifikáns különbséget, vagy az orvosok szakmai előmenetelével csökkent a halálfélelmük (Lester et al., 1972; Yeatworth et al., 1974, idézi Békés, 2000). Oláh (2014) kutatásában azt a hipotézist állította fel, hogy az ápolók alacsonyabb halálfélelmet élnek át, azonban nem tudott kimutatni szignifikáns különbséget köztük és egy egészségügyi végzettséggel nem rendelkező csoport halál iránti attitűdje között. Az orvosok és a nővérek mindennapos küzdelmet vívnak a halál ellen az élet megtartása érdekében. Az embereken való segítség pozitív hozadéka mellett azonban mindez súlyos fizikai, intellektuális és pszichés megterheléssel jár. Az ápolószemélyzet fizikai és pszichés terhei, a stressz, valamint az ennek következtében kialakuló testi és lelki tünetek szignifikánsan jelentősebb lehet, mint az orvosok esetében (Hegedűs et al., 2004). Az ún. „konténerfunkció” kifejezés jól megragadja ezeket a terheket, hogy a betegek fájdalmukat, rossz közérzetüket, hiányait, szorongásaikat, halálfélelmüket tudattalanul kivetítik a közelben lévő ápolókra, gyógytornászokra, orvosokra (Hegedűs et al., 2004).

A vonatkozó szakirodalom egymásnak ellentmondó eredményekkel szolgál a témában: egyes tanulmányok – Hegedűs et al., 2001, 2002, idézi Zana, 2014 – szerint a segítő foglalkozásúaknál, különösen az egészségügyi dolgozóknál a halálfélelem magasabb szintje figyelhető meg, más esetben – Roff, 2002; Zana et al., 2009, idézi Zana, 2014 – az mutatható ki, hogy a halálfélelem éppen a nem egészségügyben dolgozóknál nagyobb. Hegedűs (2004) kutatásában megállapítja, hogy a foglalkozás és a halálfélelem között szignifikáns összefüggés érhető tetten, mely a Neimeyer és Moore-féle Multidimenzionális Halálfélelem Skála (MFODS; Hoelter, 1979) összesített halálfélelem-eredményeivel és a skála egyes faktoraival is fennáll, kivéve a hetedik, a *„test féltése a halál után”* faktort. A további legerősebb összefüggések a foglalkozási csoportokkal való összehasonlításban a *„félelem a holttesttől”* és a *„félelem az ismeretlentől”* faktorokban tapasztalhatók. Az orvosok és egyéb egészségügyi dolgozók félelemértékei a *„jelentős társak féltése”* és a *„félelem a meghalás folyamatától”* faktorban bizonyultak a legjelentősebbnek. A második – *„félelem a halottól”* – faktor jelentősen alacsonyabb eredményt mutat a lelkeszeknél, orvosoknál és más egészségügyi dolgozóknál, a pszichológusokkal és nem egészségügyi dolgozókkal összehasonlítva.

Zana és munkatársai (2014) kutatásukban rávilágítottak arra, mennyire kulcsfontosságú feltárni, hogy az egészségügyi szakterületen dolgozók

esetlegesen elfojtott halálfélelme milyen mértékben befolyásolja a hatékony munkavégzést, a veszteségfeldolgozást, illetve a páciensekkel történő kommunikációt, és mennyire kulcsfontosságú lenne számukra az ezzel kapcsolatos pszichoedukáció. Yalom (1980, 2019) is hasonlóan vélekedik, több olyan esetet bemutatva, mely arra enged következtetni, hogy jelentős különbség fedezhető fel abban, hogyan vélekedünk általánosságban a halálról, és annak bekövetkeztéről azzal szemben, amikor az „én halálommal” kell szembenézni, mely haldokló betegeknél az áttolt düh célpontjává változtathatja a diagnózist közlő orvosokat. Trent és munkatársai (1981) eredményei alapján az alacsonyabb halálfélelmet tapasztaló személyek komfortosabbnak találják a halálos betegekkel folytatott kommunikációt.

A HALÁLFÉLELEM MÉRÉSI LEHETŐSÉGEI

Az önbevalláson alapuló kitöltős kérdőíveket az 1930-as évektől kezdték el alkalmazni az USA-ban, és ezekben fontos lépésként könyvelhető el a két fogalom – a halálszorongás (death anxiety) és halálfélelem (fear of death) – kettéválasztása és tisztázása. „A halálfélelemnek és a halálszorongásnak mérhetőség szempontjából történő elkülönítése a konkrét dologra vonatkozó halálfélelem megragadásával lehetséges úgy, hogy a félelem része az egzisztenciális szorongás is” (Zana, 2009, idézi Geiszbühl-Szimon, 2016, 27.o.). Ehhez kapcsolódóan Tomer és Eliason (2000) megalkották a halálfélelem átfogó modelljét, mely részben a Multidimenzionális Halálfélelem Skála (MFODS) tanulmányozására, valamint Neimeyer és munkatársai (1994) kutatására épült.

Békés (2000) véleménye szerint az önkítöltős kérdőívek nem alkalmasak a halál iránti attitűd minden rétegének feltárására, mert verbális szinten nem fejezünk ki erős szorongást a halállal kapcsolatban. Fontos szem előtt tartani, hogy az alkalmazott mérési módszer nagymértékben befolyásolhatja a kutatás kimenetelét, ezen belül egy adott kérdés megfogalmazása is sokat számíthat. A halálfélelem kifejezése összefüggésben áll a szenzitizáció és represszió (elhárítás vagy megküzdés módja) mértékével. A különböző tesztekben tanúsított halálfélelem mértéke inkább a szorongás okainak tudatba engedésre való hajlamot mutatja, és nem feltétlenül a személy tényleges halálfélelmét (Békés, 2000). Fontos leszögezni, hogy a halálfélelem pillanatnyi mértékét is befolyásolják aktuális körülményeink, az elmúlt időszak történései, lelkiállapotunk. Littlefield és Fleming (1985) tanulmánya alapján a halálfélelem két „típusát” lehet megkülönböztetni, létezik egy ún. vonás-jellegű halálfélelem, mely független a külső hatásoktól, inkább az egyén állandó jellemzője; illetve egy olyan állapot-jellegű halálfélelem, melyet az adott körülmények, történések befolyásolnak. Ennek ismeretében érdemes a halálfélelem vizsgálatakor e két dimenziót külön választani, tehát számolhatunk egy állandó jellegű halálfélelemmel és egy szituáció- vagy körülmény-érzékeny halálfélelemmel.

A KUTATÁSI KÉRDÉS ÉS A HIPOTÉZISEK

A kutatás fő kérdése tehát az, hogy az egészségügyhöz, illetve a rendvédelemhez kapcsolódó foglalkozások, – mint olyan foglalkozások, amelyek gyakran magukban foglalják a halál különböző formáival való találkozást – mennyiben befolyásolják a halálfélelemmel kapcsolatos attitűd, halálszorongás mértékét. A vizsgálat során a fenti két foglalkozási csoportot egy (heterogén) „civil” csoporttal hasonlítottuk össze. Kizárólag a halálfélelem tudatos szintjét mértük önbevalláson alapuló kérdőívek segítségével.

Korábbi eredmények alapján arra számítottunk, hogy a hivatásukból kifolyólag a halállal gyakran találkozó személyek – egészségügyben és rendvédelemben dolgozók – alacsonyabb szintű halálfélelem rendelkeznek, mint a kontrollcsoportban szereplők (H_1). Ehhez kapcsolódóan a második hipotézisünk szerint a halálszorongás mértékében nem figyelhető meg jelentős különbség az egészségügyben és rendvédelemben dolgozók között (H_2).

MÓDSZEREK

RÉSZTVEVŐK

A toborzás egyrészt ismerősi körön keresztül történt a közösségi média segítségével igénybe véve. Ezen felül megszólításra került az egészségügyi szakma a Magyar Orvosi Kamara Fogorvosok Területi Szervezete Országos Küldöttközgyűlés egy tagjának közreműködésével, valamint a közösségi média felületén keresztül az Akut Szakaszcsoport oldal segítségével. A rendvédelmi szervek hivatásos állományát szintén a közösségi média felületén értük el a Zsaruellátó Egyesület oldalán keresztül.

A vizsgálatban résztvevő célpopuláció első csoportjába a következő egészségügyben dolgozók tartoztak: orvosok, ápolók, asszisztensek, mentősök, pszichológusok, illetve orvostanhallgatók. A második csoportba soroltuk a rendvédelmi szervek hivatásos állományának tagjait: ide tartoztak a rendőrök, tűzoltók, katonák, de a kitöltők között akadt nyomozó ügyész is. A kontrollcsoportba bármilyen egyéb foglalkozású vizsgálati személyek bekerülhettek.

A kérdőívcsomagot összesen 509 személy töltötte ki 18 és 76 év között, melyből végül 500 fő – 185 férfi és 315 nő – válaszait tudtuk figyelembe venni, mert ők feleltek meg minden kritériumnak. A résztvevő vizsgálati személyek közül 272 rendvédelmi dolgozó (130 nő, 142 férfi), 141 egészségügyben foglalkoztatott (125 nő, 16 férfi) és 87 a kontrollcsoportnak szánt „civil” foglalkozású (61 nő, 26 férfi). A civil foglalkozású csoport átlag életkora $M = 37,7$ év, a rendvédelmi dolgozóké $M = 38,9$ év, az egészségügyi dolgozóké pedig $M = 45,4$ év volt.

VIZSGÁLATI ESZKÖZÖK

Szociodemográfiai kérdőív

A szociodemográfiai adatok tekintetében az alábbi információkat kérdeztük meg a vizsgálati személyektől: nem, életkor, legmagasabb iskolai végzettség, foglalkozás, lakhely, továbbá az észlelt egészségi állapot (Lundberg & Manderback, 1996) önbevallás alapján („Összességében hogyan minősítené a saját egészségi állapotát?”).

Neimeyer és Moore-féle Multidimenzionális Halálfélelem Skála (MFODS)

Az MFODS 8 dimenzióon keresztül igyekszik felmérni a halálfélelem mértékét, amely átfedést mutat Tomer és Eliason (2000) halálfélelem modelljével. Az eredetileg Hoelter (1979) által megalkotott Neimeyer és Moore-féle Multidimenzionális Halálfélelem skála a következő 8 faktort tartalmazza:

1. *Félelem a meghalás folyamatától* (beleértve a fájdalmas és erőszakos halált)
2. *Félelem a halottól* (az emberi és állati tetemtől való félelmet egyaránt jelzi)
3. *Félelem a megsemmisüléstől* (beleértve a test oszlását vagy elégetését)
4. *Jelentős társak féltése* (a számunkra fontos személyek halálától való félelem és a hozzátartozóink ránk irányuló aggodalma egyaránt beletartozik)
5. *Félelem az ismeretlentől* (félelem a létezés megszűnésétől és a halál utáni élettől vagy annak hiányától)
6. *Félelem a halál tudatos átélésétől* (szorongás attól, hogy valakit tévesen holttnak nyilvánítanak, bár még él)
7. *A test féltése a halál után* (félelem a test bomlásától és izolációjától)
8. *Félelem a korai haláltól* (miszerint nem érjük el kitűzött céljainkat, nem valósíthatjuk meg vágyainkat)

A skála érdekessége, hogy fordítottan mér egy 1–5 fokozatú Likert skálán, tehát az alacsonyabb pontszám jelöli a magasabb halálfélelmet, azonban a szakirodalomban feltárt cikkek mintáját követve az egyértelműség és a könnyebb összehasonlíthatóság érdekében „visszafordított” értékekkel dolgoztunk, tehát a magasabb értékek magasabb halálfélelmet jelölnek.

LESTER HALÁL IRÁNTI ATTITÚD SKÁLÁJA

A Lester Halál Iránti Attitűd Skálája (Lester, 1991) egy egyenlő léptékű beosztással ellátott kérdőív, fokozatokra osztott értékmegközelítést tartalmazó kontinuum, egydimenziós skála. A tételek sorba állíthatók aszerint, hogy mennyire fejeződik ki bennük a 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”) halálszemléletű kijelentései felé (Tóthné Zana, 2009).

Lester (1991) cikkének függelékében lévő skála tételei mellett láthatóak az azokhoz rendelt értékek. A válaszadók értékelése alapján megállapítható a halál elfogadásának mértéke a halál iránti attitűdre vonatkozó állítások rangsorolásával. A vizsgálati személyek összpontszáma azon tételek átlagértéke, melyekre igenlő válasszal feleltek, s ezek minél magasabb értéket mutatnak, annál magasabb halálfélelmet jelölnek. A skála nemcsak az átlagos halál iránti attitűdöt képes felmérni, melyet a kitöltők összes válaszával szerzett pontok átlagai adják, hanem az egyén tudatos attitűdtartományát is méri. A válaszadó által elfogadott attitűdtartományok azon tételek elhelyezkedését jelentik a skála kontinuumon, amelyekkel egyetért a válaszadó. Minden tétel egy a kontinuum adott tartományába tartozik. A Lester-skála pontértéke az általános halálfélelmen felül, elsősorban az egyén saját halálától való félelmét tükrözi. A pontértékek összefüggésbe hozhatóak az életcélok csökkenésével, az öngyilkossági gondolatokkal vagy fenyegetésekkel, az álmokra való visszaemlékezés csökkenésével, valamint az egyén élettel, elidegenedéssel és animisztikus hiedelmekkel kapcsolatos attitűdjével (Lester, 1967).

A VIZSGÁLAT LEÍRÁSA

Az online adatfelvétel 2022 decembere és 2023 márciusa között zajlott. A kérdőívcsomag kitöltésének megkezdését megelőzően részletes írásbeli tájékoztatást adtunk a vizsgálat menetéről, a kutatás témájáról és céljáról, a visszalépés jogáról, az adatok anonim formában történő elemzéséről, valamint arról, hogy a kutatás során az etikai szabályoknak megfelelően jártunk el, az SZTE BTK Pszichológiai Intézet által előírt etikai eljárásokat betartva. A kérdőív összeállítása során figyeltünk arra, hogy a halálfélelemmel foglalkozó, esetlegesen szorongást okozó kérdések mellett az erőforrások feltárása is megjelenjen. A szociodemográfiai adatok és az észlelt egészségi állapot megkérdezését követően a kérdőívek az alábbi fix sorrendben kerültek kitöltésre a vizsgálati személyek által: MFODS, Élet Értelme Kérdőív, Lester Halál Iránti Attitűd Skála, WHO Jólét Kérdőív, amelyek közül a jelen tanulmány során a MFODS és a Lester Halál Iránti Attitűd Skála eredményeire helyezük a hangsúlyt.

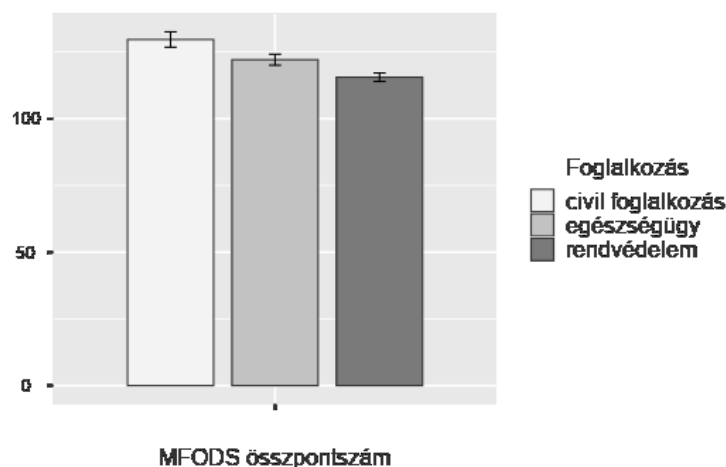
EREDMÉNYEK

A HALÁLFÉLELEM MÉRTÉKÉNEK KÜLÖNBSEGE A FOGLALKOZÁS FÜGGVÉNYÉBEN

Az MFODS skála összes kérdését figyelembe vevő megszerzett MFODS összpontszám a halálfélelem mértékét mutatja, tehát az alacsony pontszám

alacsony halálfélelmet jelöl, míg a magas pontszám magas halálfélelmet. Az MFODS kérdőíven elért összpontszámok tekintetében egyértelműen kirajzolódik foglalkozások szerint megmutatkozó különbség. Első hipotézisünk értelmében (H_1) a hivatásukból kifolyólag halállal gyakrabban találkozó személyek – egészségügyben és rendvédelemben dolgozók – alacsonyabb halálfélelem szinttel rendelkeznek, mint a kontrollcsoportban szereplő „civil” foglalkozásúak, illetve ehhez kapcsolódóan a második hipotézisünk (H_2), hogy halálszorongás mértékében nem figyelhető meg jelentős különbség az egészségügyben és rendvédelemben dolgozók között.

A foglalkozás változó és a megszerzett MFODS összpontszám vizsgálatánál szignifikáns különbség mutatkozott ($F(2, 215) = 10,1, p < 0,001$). A civil csoport és egészségügyi dolgozók vonatkozásában tendenciaszintű az eltérés ($t(497) = 2,15, p = 0,081$). A civil csoport és a rendvédelmi dolgozók között szignifikáns különbség rajzolódik ki ($t(497) = 4,44, p < 0,001$). A civil foglalkozásúak átlaga $M = 130$ pont, rendvédelmi dolgozók átlaga $M = 116$ pont, melynek értelmében a civil csoportba tartozók magasabb halálfélelmet mutatnak a rendvédelemben dolgozóknál (1. ábra).



1. ábra A MFODS kérdőíven elért összpontszámok a foglalkozás tükrében

Az MFODS 8 alskáláját egyesével összehasonlítva a foglalkozás változóval a „Félelem a meghalás folyamatától” alskálán az eredmény szignifikáns eltérést mutat ($H(2) = 18,0, p < 0,001$). A különbség a civil foglalkozást gyakorlók és a rendvédelmi dolgozók pontszámai között jelentős ($W = -4,917, p < 0,001$). Ez a csoportok alskálán elért összpontszámának medián különbségét összevetve (civil foglalkozásúak $Med_{civil} = 22$ pont, rendvédelmi dolgozók $Med_{rendvédelem} = 19,5$ pont) azt mutatja, hogy a civil csoport nagyobb mértékű a meghalás folyamatától tartó félelmet sugall.

A „Félelem a halál tudatos átélésétől” alskálán a foglalkozás

vonatkozásában szintén szignifikáns eltérés figyelhető meg ($H(2) = 21,0$, $p < 0,001$). A csoportok közötti pontos viszonyok feltárásához a DSCF többszörös összehasonlítást alkalmaztuk, mely során a *civil foglalkozásúak* ($Med_{civil} = 13$ pont) eltérést mutattak mind az *egészségügyi dolgozókhoz* ($Med_{egészségügy} = 10$ pont) viszonyítva ($W = -6,39$, $p < 0,001$), mind a *rendvédelmi dolgozókhoz* ($Med_{rendvédelem} = 11$ pont) képest ($W = -5,36$, $p < 0,001$). Ez úgy értelmezhető, hogy a három csoport közül a *civil foglalkozásúak* mutatják a legkimagaslóbb félelmet a halál tudatos átélésével szemben.

A „A test féltése a halál után” alszállán szintén jelentős különbség mutatható ki ($H(2) = 14,6$, $p < 0,001$), melyet a *civil foglalkozású csoport* ($Med_{civil} = 12$ pont) és a *rendvédelmi dolgozók* ($Med_{rendvédelem} = 9$ pont) közötti különbség ad ($W = -5,26$, $p < 0,001$). Ennek értelmében a *civil csoportot* inkább foglalkoztatja a gondolat, hogy mi történik testükkel a halál után.

Következő lépésként feltártuk a *Lester Halál Iránti Attitűd Skála* eredményeit a *foglalkozás* vonatkozásában, és a három foglalkozás-csoport között szignifikáns különbség mutatkozott ($F(2,201) = 31,5$, $p < 0,001$), melynek pontosításához Tukey Post-Hoc tesztet végeztünk. A *civil foglalkozásúak* ($M_{civil} = 5,44$ pont) és az *egészségügyi dolgozók* ($M_{egészségügy} = 4,60$ pont) közötti különbség szignifikáns ($t(494) = 0,848$, $p < 0,001$), melynek értelmében a *civil foglalkozásúak* magasabb halálfélelmet élnek át, mint az *egészségügyben dolgozók*.

A HALÁLFÉLELEM MÉRTÉKÉNEK KÜLÖNBSÉGE A RENDVÉDELMI ÉS EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK KÖZÖTT

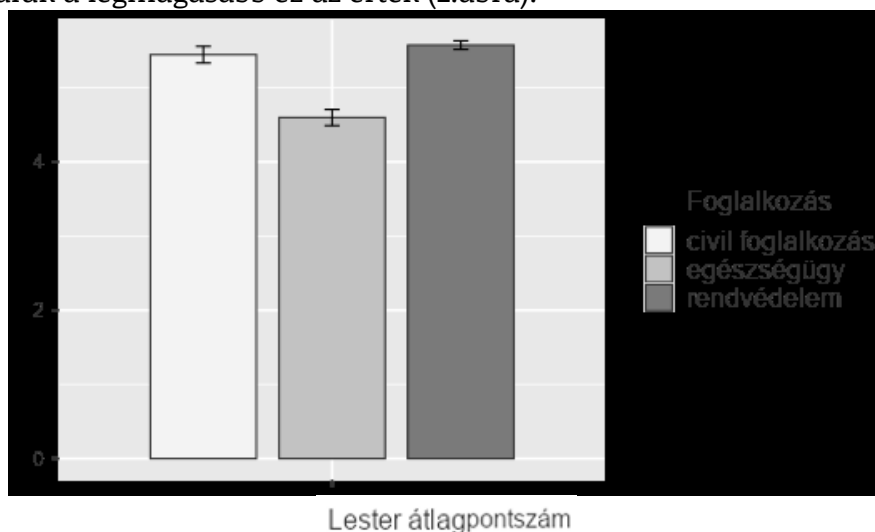
A *foglalkozás* változó és a megszerzett MFODS összpontszám vizsgálatánál szignifikáns különbség mutatkozott a három csoport között ($F(2, 215) = 10,1$, $p < 0,001$). Az *egészségügyi dolgozók* és a *rendvédelmi dolgozók* vonatkozásában jelentős eltérést detektáltunk ($t(497) = 2,45$, $p = 0,039$).

A „Félelem a meghalás folyamatától” alszállán szignifikáns eredményt kaptunk ($H(2) = 18,0$, $p < 0,001$), az *egészségügyi és rendvédelmi dolgozók* között ($W = -4,690$, $p = 0,003$). Ez a csoportok alszállán elért összpontszám medián különbségének segítségével értelmezhető, *egészségügyi dolgozók* ($Med_{egészségügy} = 21$ pont), míg a *rendvédelmi dolgozók* ($Med_{rendvédelem} = 19,5$ pont). Ez alapján kijelenthető, hogy a meghalás folyamatával kapcsolatban az *egészségügyi dolgozók* mutatnak magasabb halálfélelmet.

A „Félelem a halottól” alszálla vonatkozásában a statisztikai próba eredménye ($H(2) = 46,6$, $p < 0,001$) szintén szignifikáns eltérést jelez. Az *egészségügyi dolgozók* és a *rendvédelmi dolgozók* közül az *egészségügyben dolgozók* élnek meg magasabb félelmet a halottakkal szemben ($W = -5,07$, $p < 0,001$).

A *Lester Halál Iránti Attitűd Skála* eredményeit is megvizsgáltuk a *foglalkozás* vonatkozásában, és a három csoport között szignifikáns különbség mutatkozott ($F(2,201) = 31,5$, $p < 0,001$), mely az *egészségügyi dolgozók* ($M_{egészségügy} = 4,60$ pont) és a *rendvédelmi dolgozók* ($M_{rendvédelem} = 5,57$ pont) között is szignifikáns

eltérést ($t(494) = -0,977, p < 0,001$) mutat, mely szerint a *rendvédelmi dolgozók* magasabb halálfélelmet éreznek az *egészségügyi dolgozóknál*, és a három csoport közül náluk a legmagasabb ez az érték (2.ábra).

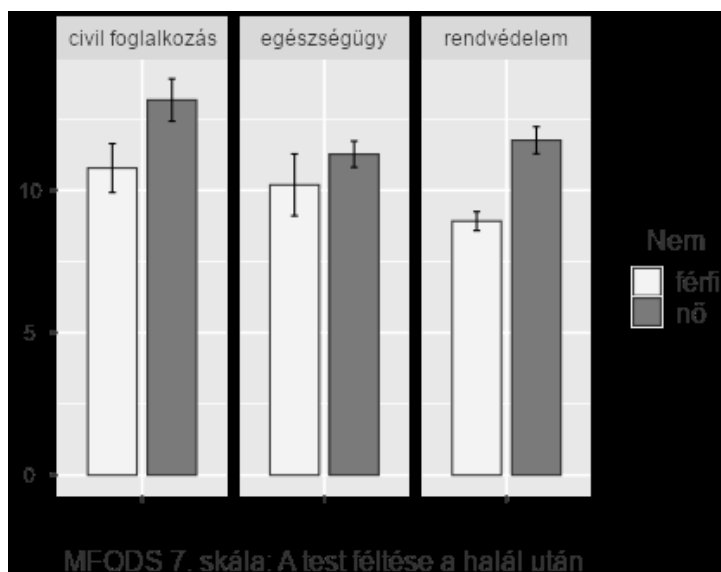


2. ábra A Lester Halál Iránti Attitűd Skála foglalkozás szerinti pontszámai

A HALÁLFÉLELEM MÉRTÉKÉNEK KÜLÖNBSÉGE A NEMEK FÜGGVÉNYÉBEN

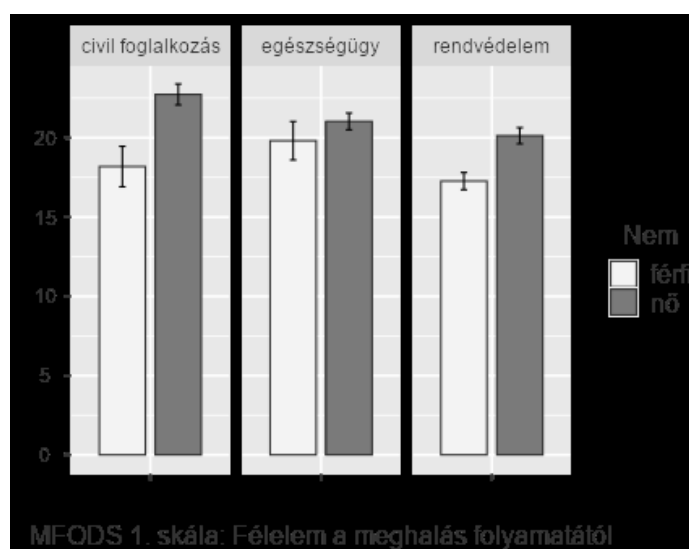
Megvizsgáltuk a halálfélelem mértékét nemcsak a foglalkozás, hanem a nem vonatkozásában is. A rendvédelmi szférában dolgozó férfiak átlaga érte el a legalacsonyabb pontszámot $M = 108$ pont, összehasonlítva az egészségügyben dolgozó és civil foglalkozású férfiak átlag pontszámával $M = 114$ pont ($SD_{civil} = 26,1$; $SD_{egészségügy} = 20,8$). Ugyan az eltérés nem szignifikáns, de megfigyelhető, hogy mindhárom csoportban mért átlag halálfélelem pontszáma magasabb értéket mutat a nőknél, mint a férfiaknál: az egészségügyben és rendvédelemben dolgozó nők átlagos pontszáma egyaránt $M = 123$ pont ($SD_{egészségügy} = 24,8$; $SD_{rendvédelem} = 26,5$), míg a civil foglalkozású nők átlaga mutatja a legmagasabb pontszámot $M = 136$ pont ($SD_{civil} = 24,5$) a halálfélelem skálán.

A "A test féltése a halál után" skála és a *nem* és a *foglalkozás* változók együttes vizsgálatának eredményeként nem mutatható ki szignifikáns eltérés ($F(2,494) = 0,755, p = 0,471$). Ennek ellenére a Tukey Post hoc tesztet alkalmaztuk az esetleges szignifikáns eltérések feltárása érdekében, melynek köszönhetően kirajzolódott, hogy a *férfi rendvédelmi* dolgozók mindhárom női foglalkozási csoporthoz képest számottevő különbséget mutatnak: a *civil foglalkozású nők*höz viszonyítva ($t(494) = -5,597, p < 0,001$), az *egészségügyben* dolgozó *nők*hez képest ($t(494) = -3,882, p = 0,002$), valamint a *rendvédelem* hivatásos állományú *női* tagjaival összehasonlítva is ($t(494) = -4,741, p < 0,001$) (3. ábra).



3. ábra Az MFODS “A test féltése a halál után” alskála nemek és foglalkozások szerinti pontszámai

A “Félelem a meghalás folyamatától” skálát a *nem* és a *foglalkozás* változó vonatkozásában együttesen megvizsgálva a statisztikai próba nem mutatott szignifikáns eltérést ($F(2,494) = 1,27, p = 0,282$). Ettől függetlenül Tukey Post Hoc tesztet alkalmaztunk a részletek feltárása érdekében, mely során több szignifikáns különbség is megjelent. A *civil foglalkozású* férfiak és *civil foglalkozású* nők között ($t(494) = -3,288, p = 0,014$), illetve a *rendvédelemben dolgozó* férfiak és mindhárom női foglalkozási csoport között szignifikáns eltérés látható: a *civil foglalkozású* nők esetén ($t(494) = -5,947, p < 0,001$), az *egészségügyben dolgozó* nőkhöz képest ($t(494) = -5,142, p < 0,001$), valamint a *rendvédelem hivatásos állományában dolgozó* nőkkel szemben is ($t(494) = -3,952, p < 0,001$). A civil foglalkozású nők és a rendvédelemben dolgozó nők közötti különbség tendenciaszintű ($t(494) = -2,794, p = 0,060$) (4. ábra).



4. ábra Az MFODS „Félelem a meghalás folyamatától” alskála nemek és foglalkozások szerinti pontszámai

MEGVITATÁS

Zana és munkatársai (2014) kutatásukban szignifikáns különbséget találtak a halál és a foglalkozás közötti összefüggés tekintetében: a halálfélelem jobbra olyan foglalkozású embereknél magas, akik közvetlenül nem találkoznak holttestekkel, halottakkal, haldoklókkal. Ezt támasztja alá Tóthné Zana (2009) doktori értekezésében is, miszerint a nem egészségügyi dolgozók halálfélelme szignifikánsan magasabb az egészségügyi dolgozókénál. Első hipotézisünk (H_1) ezekre alapozva támogatta, hogy a „civil” foglalkozású kontroll csoportnál detektálható magasabb halálfélelem, a másik két foglalkozás-csoporthoz képest. Az MFODS skálán elért összpontszám és a foglalkozás vonatkozásában egyértelmű szignifikáns eltérés rajzolódott ki: a legmagasabb halálfélelmet a „civil” csoport mutatja, míg a legalacsonyabbat a rendvédelmi szervek hivatásos állományú tagjai, így a hipotézisünket (H_1) részben megtartjuk. A Lester Halál Iránti Attitűd egydimenziós skálán elért eredmények azonban másként alakultak: a rendvédelmi dolgozók esetében jelent meg a legmagasabb pontszám, míg az egészségügyi dolgozók esetében a legalacsonyabb, tehát ezen skála eredményeit figyelembe véve a hipotézisünk (H_1) ezen kérdőívénél nem teljesül. Fontos azonban megemlíteni, hogy a kérdőív elsősorban a saját halállal kapcsolatos attitűdöt méri (Zana, 2006), így elképzelhető, hogy ez a tényező áll a különbség hátterében. Ehhez kapcsolódóan érdemes lenne a jövőbeni további kutatások fókuszába helyezni a két kérdőív eredménye közötti eltérést és mélyebben megvizsgálni ennek esetleges okait.

Második hipotézisünk (H_2) azt feltételezte, hogy az egészségügyben és rendvédelemben dolgozók között nem mutatható ki szignifikáns különbség a halálfélelem mértékében. Az MFODS skálán elért összpontszám tekintetében számottevő eltérés figyelhető meg, valamint a kérdőív első két alskáláját – *„Félelem a meghalás folyamatától”* és *„Félelem a halottól”* – illetően is az egészségügyi dolgozók mutatnak magasabb halálfélelem szintet, tehát a hipotézisünket (H_2) elvetjük. Pénzes és Lörx (2004) kutatása alapján a halálfélelem és az ezzel kapcsolatos szorongás a halállal munkájukból kifolyólag nap mint nap találkozó segítő foglalkozásúak körében a legjellemzőbb, különösen olyan kórházi osztályokon, ahol a betegek halála mindennapos. A jövőben egy kutatás keretében érdemes lenne elkülöníteni, hogy az egészségügyben ki melyik osztályon dolgozik, hiszen elképzelhető, hogy azon dolgozók, akik egy krónikus vagy ápolási osztályon napi szinten haldoklókkal foglalkoznak, illetve magához a folyamathoz nyújtanak asszisztenciát, magasabb halálfélelmet tapasztalnak.

Eredményeink alapján kirajzolódott, hogy nem és a foglalkozás együttes vonatkozásában a rendvédelmi szférában dolgozó férfiak jellemezhetőek a legalacsonyabb mértékű halálfélelemmel, amely a *„Félelem a meghalás*

folymatától” és „*A test féltése a halál után*” alkálák esetében szignifikáns különbséget mutatott mindhárom női foglalkozási csoporttal szemben. Ennek esetleges oka lehet, hogy Yalom (1980, 2019) szerint a nők saját halálfélelmüknek sokkal inkább tudatában vannak, mint a férfiak, így esetükben manifeszt halálfélelemről beszélhetünk. A kutatás során több női vizsgálati személy is jelezte, hogy nagyon szívesen töltik ki a kérdőívcsomagot, mert tisztában vannak azzal, hogy ők rettegenek a haláltól, és kíváncsiak az eredményekre.

Az eredmények hozzájárulhatnak a rendvédelmi szervek hivatásos állományú tagjainak, továbbá az egészségügyi dolgozóknak, illetve a „civil” csoport halállal kapcsolatos attitűdjeinek feltárásához, amely a jövőben esetleges segítséget nyújthat a különböző prevenciós és intervenciós programok kialakításához. A tréningekkel, előadásokkal párhuzamosan fontos lenne hangsúlyt helyezni az egyéni pszichoterápia lehetőségére, traumafeldolgozásra, különböző esetmegbeszélésekre, megküzdési stratégiák elsajátítására, melyhez megfelelő szakemberek jelenléte szükséges a különböző szervezeti struktúrákban, amely nemcsak a munkavállalók, hanem a munkáltatók szempontjából is előnyös lenne.

A rendvédelmi prevenciós beavatkozások felsorolásánál csupán harmadik – és egyben utolsó – helyen kerül felsorolásra a krízisintervenció, valamint mentálhigiénés gondozás; pedig a szerző maga is rávilágít arra, hogy a személyi állomálynak szüksége lenne krízisintervencióra a munka specifikussága miatt olyan fokozott stresszel és megterheléssel járó esetek megélését követően, mint az öngyilkosság, az arra tett kísérlet, gyilkosság, a különös kegyetlenséggel elkövetett bűncselekmények helyszínelése, a gyerekbántalmazás, a halálos vagy súlyos sérüléssel járó baleset vagy a szolgálati lőfegyverhasználat (Kováts, 2015). Szervezeti szinten lenne szükség átalakításra és reformokra, szoros együttműködésre például a rendvédelmi munkavállalók parancsnokai és a pszichológusok között. Ezen felül jelentős problémaként került beazonosításra az ebben a szférában dolgozók stigmatizálása mentálhigiénés gondozás igénybevétele esetén (Kováts, 2015).

Az egészségügyi dolgozók szempontjából rendkívül hasznos és aktuális kezdeményezésnek tekinthető az Angliában és az Egyesült Államokban már sikeres Halál Kávéház (Death Café) beszélgetések – mely ugyan nem kifejezetten egészségügyi szakembereknek szól, hanem nyitott bármely érdeklődő személy számára –, ahol kötetlen eszmecsere folyik például halál és időskor kapcsolatáról, fiatalkori halál gyógyíthatatlan betegség következtében és időskorban bekövetkező halál összehasonlításáról, idős emberek halálhoz való viszonyulásáról (Geiszbühl-Szimon & Nemes, 2017). Ennek vagy egy ehhez hasonló kezdeményezésnek érdemes lenne egy alternatív célzottan egészségügyi szakemberekre szabott változatát is kipróbálni. Sipiczki (2003) kutatása is erősíti ezt a javaslatot, mely a hospice- és fekvőbeteg ellátást, otthoni szakápolást végző szakemberek körében végzett felméréséből derül ki, miszerint az egészségügyi dolgozók kevésnek ítélik meg a szakmai képzéseket, és az új szakemberek bevonásával történő minden munkacsoportnak szóló felkészítés, valamint a pszichés támogatás hiányzó szükséglet. Ezen felül a munkavállaló és munkáltató

viszonyában megemlítették, hogy több, rendszeresebb munkamegbeszélésre lenne igényük, mely biztonságos, megtartó környezetet biztosítana nekik a „kibeszélés”, „érzelmi ventilláció” és a viselt terhek megosztásának lehetőségével.

A kutatás gyakorlati relevanciájának tekinthető, hogy meg tudtunk szólítani két olyan csoportot nagyobb létszámban, akiknek valószínűsíthető túlterheltségből, időhiányból, erőforráshiányból fakadóan, illetve a rendvédelemben a munkahelyi parancsuralmi rendszerből kifolyólag nem túl gyakran kéri ki a véleményüket, nem kérdezik meg, mennyire félnek a haldoklástól vagy hogyan érezték magukat az elmúlt két hét során. Mind az egészségügyi dolgozók, mind a rendvédelmi szervek hivatásos állományú tagjai rendkívül fontos feladatot látnak el, így kiemelt figyelmet kellene fordítani a – például halállal kapcsolatos – félelmük és szorongásuk tudatosítására, illetve a mentális jóllétük megőrzésére.

IRODALOMJEGYZÉK

- Ambrusz, A. Petlyánszki, G., & Malét-Szabó, E. (2022). Egészségfejlesztés és egészségvédelem a Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei Rendőrkapitányság állományában. *Belügyi Szemle*, 70(7), 1507–1527.
- Békés, V. A. (2000). Ki fél a haláltól? A halálfélelem és korrelátumai. *Kharón Thanatológiai Szemle*, 4(4), 5–65.
- Békés, V. A. (2003). A halál iránti attitűd az életkor, a nem és a vallásosság függvényében. *Kharón Thanatológiai Szemle*, 7(1-2), 30–48.
- Feifel, H., & Branscomb, A. B. (1973). Who's afraid of death? *Journal of Abnormal Psychology*, 81(3), 282–288.
- Ford, R.E., Alexander, M., Lester, D. (1971). Fear of death of those in a high stress occupation. *Psychological Reports*, 29(2), 502.
- Geiszbühl-Szimon, P. (2016). Beszéljessünk-e a halálról? A csoportos beszélgetés hatása a halálfélelemre és a halál iránti attitűdre. *Kharón Thanatológiai Szemle*, 20(3), 20–39.
- Geiszbühl-Szimon, P., & Nemes, L. (2017). Halál Kávéház. *Kharón Thanatológiai Szemle*, 21(4), 32–46.
- Hegedűs, K. (2000). A haldokló betegeket kísérő személyzet mentálhigiénéje. A kiegészítés és a pszichés terhek csökkentésének lehetőségei. *Lege Artis Medicinae*, 10(5), 448–452.
- Hegedűs, K., Pilling, J., Kolosai, N., & Bognár, T. (2001). Ápolók és orvosok halállal és haldoklással kapcsolatos attitűdje. *Lege Artis Medicinae*, 11(6–7), 492–499.
- Hegedűs, K., Riskó, Á., & Mészáros, E. (2004). A súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi és lelkiállapota. *Lege Artis Medicinae*, 14(11), 786–793.
- Hoelter, J. W. (1979). Multidimensional treatment of fear of death. *Journal of*

- Consultung and Clinical Psychology*, 47(5), 996–999.
- Kastenbaum, R., & Costa, P. (1977). Psychological perspectives on death. *Annual Review of Psychology*, 28, 225–249.
- Kováts, D. (2015). A rendészeti munka mentálhigiénés kérdései. *Magyar Rendészet*, 15(1), 21–38.
- Lattaner, B., & Hayslip, B. (1985). Occupation-Related Differences in Levels of Death Anxiety. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 15(1), 53–66.
- Lester, D. (1972). Religious behaviors and attitudes toward death. In A. Godin (Ed.), *Death and Presence: Studies in the Psychology of Religion* (pp. 107–124). Lumen Vitae Press.
- Lester, D. (1991). The Lester Attitude Toward Death Scale. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 23(1), 67–75.
- Littlefield, C., & Fleming, S. (1985). Measuring Fear of Death: A Multidimensional Approach. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 15(2), 131–138. <https://doi.org/10.2190/K32K-CT6Q-1CTC-U6R5>
- Lundberg, O., & Manderback, K. (1996). Assessing reliability of a measure of self-rated health. *Scandinavian Journal of Public Health*, 24(3), 218–224.
- Kane, A. C., & Hogan, J. D. (1985–1986). Death anxiety in physicians: Defensive style, medical specialty, and exposure to death. *Omega: Journal of Death and Dying*, 16(1), 11–22.
- Neimeyer, R. A., & Moore, M. K. (1994). Validity and reliability of the Multidimensional Fear of Death Scale. In R. A. Neimeyer (Ed.), *Death Anxiety Handbook. Research, Instrumentation and Application* (pp. 61–102). Taylor and Francis.
- Polcz, A. (1989). *A halál iskolája*. Magvető Kiadó.
- Oláh, M. (2014). Halálszemlélet és halálfélelem az ápolásban. *Menedzsment, Ápolásmenedzsment*, 13(2), 46–49.
- Pénzes, I., & Lorx, A. (2004). *A lélegeztetés elmélete és gyakorlata*. Medicina Kiadó.
- Servaty, H. L., Krejci, M. J., & Hayslip, B. Jr. (1996). Relationships among death anxiety, communication apprehension with the dying, and empathy in those seeking occupations as nurses and physicians, *Death Studies*, 20(2), 149–161.
- Sipiczki, V. (2003). Dolgozói közérzet felmérés a hospice betegellátást végző munkatársak körében. *Kharón Thanatológiai Szemle*, 7(4), 21–51.
- Tomer, A., & Eliason, E. (2000). A halálfélelem átfogó modelljének alapjai. *Kharón Thanatológiai Szemle*, 4(4), 66–89.
- Tóthné Zana, Á. (2009). *A halálkép alakulása és változása Magyarországon, a korosztályos értékítélet- különbségek és a lehetséges mérési módszerek vizsgálata. Tabu-e még a halál?* Doktori értekezés. Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola.
- Zana, Á., Hegedűs, K., & Szabó, G. (2006). A Neimeyer és Moore-féle Multidimenzionális Halálfélelem skála validálása magyar populáción. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7(3), 257–266.
- Zana, Á., Konkoly Thege, B., Limpár, I., Henczi, E., Golovics, P., Pilling, J., & Hegedűs, K. (2014). Összefüggésbe hozható-e a halálfélelem a

- foglalkozással? *Orvosi Hetilap*, 155(31), 1236–1240.
- Varga, Zs. K., Zsófia, K., Baksa, D., & K. Szilágyi, A. (2009). A halál iránti attitűd és összefüggéseinek vizsgálata kritikus állapotú betegek ápolásával foglalkozó populációkban: intenzív- terápiás osztályon, illetve hospice-ellátásban dolgozó nővérek körében. *Kharón Thanatológiai Szemle*, 2, 8–54.
- Wong, P. T. P., Reker, G. T., & Gesser, G. (1994). Death Attitude Profile—Revised: A multidimensional measure of attitudes toward death. In R. A. Neimeyer (Ed.), *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application* (pp. 121–148). Taylor & Francis.
- Yalom, I. D. (2019). *Egzisztenciális pszichoterápia*. Park Könyvkiadó.