

Szembekerülve a halállal

RADNAI ANNA

Az egészségügy munkavállalói az ápolásra, gyógyításra teszik fel életüket, ám a betegség legnagyobb kockázata maga a halál, ami sajnos sokszor elkerülhetetlen.

A különböző kultúrák más és más rituálékkal veszik körül az elmúlást. Napjaink sikerorientált társadalmában a halál tabuvá vált, így azonban csorbát szenved méltósága mint a földi élethez tartozó szerves befejező aktus. Ez a hozzáállás – a társadalomban és az egészségügyben különösképp – az eltávozót magányra, környezetét elfojtott traumákra ítéli. Ma már vannak a világon és Magyarországon is olyan szakemberek, akik az orvosok és egészségügyi szakdolgozók halállal és haldoklással kapcsolatos hozzáállását kutatják és kurzusokat szerveznek, hogy azokat újra természetessé formálják. Dr. Hegedűs Katalint, a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetének igazgatóhelyettesét kérdeztük a témáról.

– Milyen múltra tekint vissza a halál tudományos megközelítése?

– A válasz sokrétű, hiszen a halál problémaköre is szerteágazó. Filozófiai aspektusból már az ókorban is foglalkoztak az elmúlással. Ez a téma mindig is izgatta a filozófusokat és a kutatókat egyaránt. Az eutanázia témája a XVII. században merült fel, és a különböző halálképek tudományos kutatása a XX. század első felében megkezdődött.

– Ön a téma szaktekintélye, és több kutatást is végzett arról, hogy Magyarországon mennyire felkészültek az orvosok és az egészségügyi szakdolgozók a halállal, haldoklással kapcsolatban. Összefoglalná az ezen a téren szerzett tapasztalatait?

– Kutatásaink alapján joggal jelenthetem ki, hogy sem az orvosok, sem a szakdolgozók nem készültek fel a halállal, haldoklással kapcsolatos tendőkre és traumákra. Erről azonban nem ők tehetnek, hiszen az oktatásban rendkívül kevés szó esik e témáról.

– Mi ennek az oka?

– Az egészségügyre mindig mint sikerághatra gondoltak az emberek, és ez nem változott az idők folyamán. Orvosnak lenni annyit tesz, mint gyógyítani, a betegséggel szemben sikert aratni. A hippokratészi esküben is kizárólag az orvos gyógyítói attitűdje kap hangsúlyt. A halál témáját napjainkig igyekszik mindenki elkerülni, így az orvostudományt tekintve vannak, akik még min-



Dr. Hegedűs Katalin

dig megkérdőjelezzik a tanatológia – a halállal, haldoklással gyásszal foglalkozó tudomány – oktatásának szükségességét. Jelenleg a képzési idő körülbelül 1%-ában foglalkoznak ezzel a problémakörrel. Az egészségügyi dolgozó halállal kapcsolatos hozzáállása azonban nem csak az egyetemen formálódik. A társadalom szűkebb és tágabb köreiben már gyermekként is azzal szembesül, hogy az elmúlás tabutéma. A családokban nem viszik el a gyereket a temetésre, és ha valaki meghal, a gyerek előtt csak su tyorognak róla, vagy azt hazudják, hogy elutazott az illető. Ebben a légkörben nő fel a leendő egészségügyi dolgozó is. Ráadásul létezik egy olyan elmélet, amely szerint sokan éppen a bennük lévő erős halálfélelem miatt választják az egészségügyi hivatást, hogy szembeszálljanak a halállal, és győzedelmeskedjenek felette. Kutatási eredmények is bizonyít-

ják, hogy ebben a professzionális körben erősebben van jelen a halálfélelem.

– Napjainkban a tabukérdések egyre kevésbé érinthetetlenek. A halállal szemben még mindig az elhallgatás tekinthető általánosnak kultúránkban?

– Valójában paradigmaváltás történt: a halál a többi tabukérdéshez hasonlóan divattémává vált, egyre többet foglalkoznak vele az emberek. Előadásokat tartanak és könyveket írnak róla, filmeket készítenek e témában – gondoljunk csak Almodóvar: Beszélj hozzá vagy Amenábar: Belső tenger c. filmjére. Magyarországon ráadásul a média közreműködésével több, a halállal kapcsolatos negatív szenzáció is elhíresült, mint pl. néhány éve a Fekete Angyal esete vagy 1993-ban annak az édesanyjának a története, aki megölte beteg kislányát. Ezek az ügyek megtörték a témában megszokott hallgatást.

– Milyen segítséget kaphatnak jelenleg Magyarországon, illetve külföldön a halállal, gyásszal találkozó orvosok és egészségügyi dolgozók, hogy a kritikus helyzetekben helyt tudjanak állni?

– Az elmúlt évtizedben elkezdődött némi változás ebben a tekintetben: évről évre több segítséget kaphatnak az egészségügyi dolgozók, orvosok, és mint említettem, jelenleg már a képzés is foglalkozik ezzel a problémakörrel, ha mégoly csekély mértékben is. Azonban sajnos nem a fő orvosi tantárgyakon belül jelennek meg az életvégi ismeretek, hanem a pszichológián, a szociológián, az etikán belül. Szerencsésebb lenne, ha a fő szakterületek oktatási anyagában is megtalálnák a tanatológia helyét, hiszen amellet, hogy természetesen egy leendő orvosnak fontos megtanulni, hogy miként gyógyítjuk a belgyógyászati betegeket, fontos lenne többet tudnia arról, hogy milyen palliatív terápiák léteznek a belgyógyászatban. Magyarországon és külföldön egyaránt általában a nővérképzésben és a nővérek továbbképzésében már hangsúlyosabban van jelen ez a megközelítés. E tendencia magyarázata az lehet, hogy a nővér van a legközelebb a betegágyhoz, így részükről a legerősebb az igény a beteggel való optimális kommunikációs készségek elsajátítására.

– 2003-tól a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézete szervezésében, több egyetemi klinika előadóinak részvételével félévente 30 órás, kreditpontos tanatólogia, palliatív terápia kurzust vezettek be orvostanhallgatók számára. Emellett a szakdolgozóknak is szerveznek tanfolyamokat. Mennyire népszerűek ezek a lehetőségek?

– Rendkívül nagy igény van rájuk. Főként a nővérek számára tartott tanfolyamok népszerűek, de a medikusok számára indított kurzusra is többszörös a túljelentkezés, melynek az is oka, hogy korlátozzuk a létszámot, mert nem akarunk nagytermi előadást tartani ebben a témában. A halál témája nem tabu, de intim jellegű; olyan kérdés, mellyel a diákok többsége nyíltan még soha nem foglalkozott. Szükségesnek tartom, hogy a kurzusokon adott legyen a lehetőség az interakcióra, esetleg a személyes vallomásokra is. A nővéreknek meghirdetett kurzusokra is nagy a túljelentkezés. Náluk már azt is meg tudtuk valósítani, amit az egyetemen még nem: hogy a képzés tréning jellegű legyen. Esetmegbeszélő csoportokat is tartunk és szerepjáték formájában is gyakoroltatjuk a kommunikációt.

– *Mi a szerepe a képzésben az egyetemi klinikákról érkezett előadóknak?*

– A témát akkor tudjuk teljesen körüljárni, ha klinikus és elméleti szakember együtt oktat. Így a kurzuson nem kizárólag a lélek problémáiról, hanem a testi segítségnyújtásról is szó esik. Ez a módszerünk példaértékű, de szeretném, ha idővel Magyarországon is megvalósulhatna a már említett és külföldön több helyütt bevált módszer, hogy a palliatív tudásanyag beépül a főbb tantárgyakba. A medikusok és medikák így az összes szakmában az alaptudásukba építve tanulhatnak meg, hogy miként segíthetnek betegeknek akkor is, mikor a gyógyulásra már nincs remény. A tévhittel ellentétben a végstádiumban levő beteg ellátásában is rengeteget tehet a szakorvos! Sajnos az orvosok hajlamosak a haldoklót kizárólag a nővér gondjaira bízni, mondván, hogy már úgysem tehetnek semmit. Ám a fájdalomcsillapítás és az egyéb súlyos tünetek enyhítése nemcsak a szakszemélyzet dolga! Onkológus szakember nagyon kevés van Magyarországon, pedig évente 60 000 új daganatos betegről tudunk. A családorvos vagy a belgyógyász – aki amúgy is találkozik ezekkel a betegekkel – jó

lenne, ha még inkább tisztában lenne az onkológiai beteg palliatív ellátásának lehetőségeivel.

– *Végeztek a tanfolyamok hatását vizsgáló kutatásokat is. Összefoglalná a legfontosabb tanulságokat?*

– A kurzusokra érkező ápolók, medikusok, illetve orvosok halálfélelmét mértük kérdőív segítségével, majd a kurzus végén újra elkészítettük a felmérést. Az eredmény egybecseng a szakirodalomban eddig megjelent tapasztalatokkal: bizonyos faktorokban pl. a korai haláltól való félelem kérdéskörében növekedett a halálfélelem. Amíg ugyanis nem jöttek el a kurzusra a szereplők, addig nem foglalkoztak a halálukkal, arra gondoltak, hogy az csupán idős korukban érheti utol őket. A tanfolyamon azonban szembesültek azzal, hogy akár tíz vagy húsz éves korukban is meghalnak emberek, és ez a szembesülés szorongást keltett bennük. Ugyanakkor például a halottól való félelem vagy a tiszta tudatban való meghalástól való félelem értékei csökkentek, hiszen a résztvevők megismerkedtek a különböző enyhítő terápiákkal. Bizonyos csoportokat a második felmérés után 3–6 hónappal is módunkban állt kikérdezni, így arról is beszámolhatok, hogy a halálfélelem-csökkenés tartósnak bizonyult. A depressziót és a szorongást is mértük, ám itt azt is tudni kell, hogy a nők például intenzívebben szoronganak a férfiaknál, a fiatalok halálfélelme erősebb az idősebbekénél. A fiatalok háritanak is, amikor a halál szóba kerül, az idősök ellenben már annyi halálesetet láttak maguk körül, hogy hozzászokván az élet végességének gondolatához, már kevésbé szoronganak. Szintén nem hagyhattuk figyelmen kívül azt a szem-

pontot, hogy az orvostanhallgatók élete a vizsgaidőszakokban nehezebbé válik. Ennek megfelelően a leendő orvosok körében magasabb depressziós értékeket mértünk december tájékán, míg szeptemberben, ugyanabban a csoportban alacsonyabb volt a depresszió.

– *Milyen szempontok figyelembevételével állítják össze a halállal kapcsolatos oktatás „tananyagát”?*

– Fontos, hogy legyenek a tananyagban átfogó és általános halállal kapcsolatos kérdések. Ilyen pl. a halál a médiában. Ez a téma azért is jelentős, mert tévét mindenki néz, ellenben egyre kevesebbet olvasnak az emberek, főleg a fiatalok. A képzésben előrehaladva egyre speciálisabb témák kerülnek szóba a haldokló beteg fizikai és pszichoszociális ellátásával kapcsolatban. A kurzus végén mindig a gyásszal foglalkozunk, főként annak pszichés és fizikai hatásaival.

– *A gyásszal az itt maradt hozzátartozókkal folytatott kommunikáció miatt foglalkoznak a kurzusokon?*

– Nem kizárólag a kommunikációról van szó. A gyásszal kapcsolatos kérdések évről évre nagyobb jelentőséget kapnak. Régebben elsőként mindig a haldoklóval kapcsolatos teendőket elemeztük, és csak másodsorban figyeltünk az őt kísérő személy lelkére. Később azonban rájöttünk, hogy a pszichiátriai-pszichológiai hatások mellett a gyásznak is van belgyógyászati és egyéb orvosszakmai vonatkozása. Az a személy, aki elveszíti közeli hozzátartozóját vagy nem természetes haláleset történik a környezetében, a pszichológiai mellett rendkívül erős szomatikus hatást is elszenved. Ez a hatás ráadásul számos esetben

PÁLYAKÉP

Dr. Hegedűs Katalin 1952-ben született, Budapesten. Társadalomkutató, mentálhigiénés szakember. Az ELTE-n bölcsészdiplomát szerzett (1976), kandidátus (1994), mentálhigiénés szakvégezettséget szerzett (1997), hospice- és gyásztanácsadó. A Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetének egyetemi adjunktusa 1994-től, igazgatóhelyettese 2005-től. Fő kutatási- és munkaterülete a haldokló betegek hospice és palliatív ellátása, valamint a betegek és gyászolók mentálhigiénés gondozása. Jelentős eredményeket ért el a hospice ellátás egészségügyi integrációja, valamint a súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi személyzet mentálhigiénéjével kapcsolatos programok kidolgozása és alkalmazása területén. Az elsők között foglalkozott az orvosok, egészségügyi dolgozók, medikusok halállal, haldoklással és gyásszal kapcsolatos attitűdjeinek kutatásával, ezzel kapcsolatos munkacsoportot vezet. Főbb művei: Az emberhez méltó halál (2000); A haldokló betegeket kísérő személyzet mentálhigiénéje, A kiegészítő és a pszichés terhek csökkentésének lehetőségei (2000); A hospice ellátás elmélete (2006).

meglepően hosszan tartó. A gyászt – mint megbetegítő tényezőt – érdemes a jövőben még mélyebben vizsgálni, mert kiderült, hogy rengeteg pszichoszomatikus megbetegedés hátterében fel nem dolgozott gyász és veszteség húzódik. Ezzel persze a szakma eddig is tisztában volt, az újdonságot a fel nem dolgozott gyász okozta betegségek felismerésének magas aránya jelenti.

– Milyen mértékben van jelen Magyarországon a hospice ellátási forma?

– Az elmúlt években egyre több intézményben alakultak hospice palliatív terápiás osztályok. Mára hozzávetőleg 15 ilyen osztály működik az országban intézményi szinten pl. a Heves megyei kórházban vagy a miskolci Semmelweis Kórházban és több budapesti intézményben. Bár ez a szám kevesnek tűnik, ezen osztályok mintaértékűek. A hospice osztályok általában maximum 10–15 ágyat tartalmaznak, s a krónikus vagy az ápolási osztálytól elkülönítve működnek. Szigorúbb feltételekkel választják ki az ezeken az osztályokon dolgozó személyzetet, és a betegfelvételnél odafigyelnek, hogy valóban végstádiumban lévő emberek kerüljenek be. Fontosnak tartom, hogy minél több ilyen osztály létesüljön, egyebek mellett szemléletformáló hatása miatt is, mely abból fakad, hogy a hospice osztályon dolgozó személyzet számára kötelező legalább 40–80 óras képzésen részt venni. Ezen képzés felét pedig a haldoklóval folytatott kommunikáció mikéntje teszi ki.

– Milyen eszközökkel tudja segíteni a kórházmenedzsment az intézmény dolgozóit abban, hogy könnyebben fel tudják dolgozni a halállal való találkozást, illetve hogy megfelelően tudjanak bánni a haldoklókkal és hozzátartozóikkal?

– Számos kórház szervez tréninget a krónikus, belgyógyászati vagy egyéb osztályokon dolgozó munkatársaik számára is, de általában kizárólag a nővéreket küldik az ilyen jellegű továbbképzésekre. Jó volna ezen változtatni. Ezen kívül a nem aktív osztályokon biztosítani kellene a lehetőséget arra, hogy a személyzet egy külső szakember – pszichológus, mentálhigiénés szakember – vezetésével kibeszélhesse magából időnként a nehéz esetekkel kapcsolatos tapasztalatait. Nem szerencsés, ha a kórház pszichológusa vállalja ezt a munkát, mert egy belső ember ismerheti a belső személyes kötődéseket és taszításokat, és így a beszélő felek nem tudnak 100%-osan

arra a problémára koncentrálni, amelynek megbeszélésére időt szánnak. Ezek a találkozók rendkívül hasznosak! Tudok olyan magyarországi kórházról, ahol sikeresen alkalmazzák ezt a módszert, de a legtöbb helyen nem teremtik meg rá a lehetőséget. Tudom, hogy mindenki túlterhelt az egészségügyben, de azokban az intézményekben, ahol megteremtik az alkalmakat az ilyen „kibeszélésekre”, általában sokkal kisebb a fluktuáció. A befektetett idő és pénz tehát megtérül. A harmadik javaslatom a kórházvezetők számára, hogy engedjék el az erre igényt formáló dolgozóikat a tréningekre. A továbbképzéseinkre túljelentkezés van, de sokszor tapasztalom azt is, hogy az utolsó pillanatban a korábban már feliratkozott egészségügyi munkavállalók jelzik, hogy mégsem engedik el őket. Azt is tudom persze, hogy a kórház is csak abból tud gazdálkodni, ami rendelkezésére áll. Az intézmények közismerten rossz anyagi helyzete és a nem kielégítő humán erőforrás figyelembevételével megoldás lehetne pl. egy napos, „a témára érzékenyítő” kurzust szervezni. A kerepestarcsei Flór Ferenc Kórházban volt példa erre. Egyszer egy héten négy-öt órára mindenki el tud szabadulni. Kerepestarcán két-három péntek délelőtt tartottunk kurzust, és számos fontos szempontot érinteni tudtunk ennyi idő alatt is. Bízom abban, hogy ha egy-egy ilyen rövidebb – halállal kapcsolatos – tanfolyam után a kórházvezetők látják, hogy milyen hasznos ezzel foglalkozni, akkor a hosszabb kurzusokra is szívesebben elengedik az orvosokat, nővéreket.

– Hogyan kéne a gyásznak megjelennie a kórházakban?

– Némely kórházban – pl. a János Kórházban és a MÁV Kórházban – kialakítottak kegyeleti vagy más néven búcsú szobát, mely azt a célt szolgálja, hogy az elhunyttól méltóképpen el tudjon búcsúzni hozzátartozója. Az e célt szolgáló szoba kialakításához nincs szükség hospice osztályra vagy bármi egyéb létesítményre. Jelenleg Magyarországon mindenre van példa és ellenpélda: arra is, hogy a holttestet tárgyként kezelik, de azt is sok helyütt tapasztalom, hogy – bár nem alakítanak ki búcsúszobát – mégis gyertyát gyújtanak a halott ágyánál vagy virágot, illetve ha vallásosak a rokonok, akkor keresztet helyeznek a takaróra. A János Kórház bizonyos osztályain pl. egy fekete lepellet takarják le a halottat. Nem az számít, hogy milyen

eszközzel, de nagyon fontos, hogy valamilyen módon kegyeletet gyakoroljunk, megadjuk a halott embernek járó tiszteletet. Ezeknek a modern rituáléknak a kialakítása nem anyagi kérdés, viszont megfelelő módja annak, hogy a halál napjainkban túlzottan szomatikus megközelítését megszüntessük.

– Hogyan lehet a halált és annak elfogadását úgy megközelíteni, hogy az egyaránt segítségére legyen a különböző hitű embereknek: azoknak is, akik nem hisznek a halál utáni létben, akik a lélek-vándorlásban és akik a tágabb dimenziójú túlvilági létben hisznek?

– El kell választanunk a spirituális és a vallásos megközelítést. A nem vallásos embernek is igénye van élete végén arra, hogy mérleget készítsen, elmondhassa valakinek, hogy mi volt szép, és mi az, amit megbánt, kivel szeretne még kibékülni, ki hiányzik neki stb. A nem hívő emberekben is felmerül, hogy „mi lesz ezután?” és a vallásos embereket is ugyanígy szorongással tölti el a még sosem tapasztalt jövő képe. Általában világnézettől függetlenül ugyanazok a kérdések merülnek fel a haldoklóknak: „mi lesz velem, mi fog történni, ki lesz velem az utolsó órán?”. A haláltól mindenki fél. Nem látom, hogy könnyebb lenne meghalnia annak, aki hisz a túlvilágban.

– Tapasztalata szerint mi a legfontosabb, amit nyújthatunk a haldokló embernek?

– Hogy legyen valaki, aki ott van mellette. Nem feltétlenül az utolsó percben, de időt adva arra, hogy elmondhassa a félelmeit és mindazt, ami kikívánkozik belőle. Számtalanszor osztottak már meg velem olyan dolgokat, amit rajtam kívül még senki sem hallott. Ilyenkor tudom, hogy ez azért történik, mert már nem lehetséges, hogy az az ember magában tartsa azt, ami a lelkét nyomja. Bármennyire is képzett vagyok a szakterületemen – külföldi tanulmányokat folytattam, és mindenféle bizonyítványt szereztem – a munkám során legtöbbször hallgatnom kell, mert ez az igazi segítség. Léteznek persze kulcsmondatok, melyeket bizonyos szituációkban sikeresen alkalmazhatunk. Ha valamire nem lehet jó választ adni valamilyen oknál fogva, pl. nem akarunk igent vagy nemet mondani, mert vagy nem lehet, vagy azzal nagyon megbántanánk a haldokló embert, akkor segít, ha visszakérdezzük, és ezzel nyitunk utat a beteg számára, hogy kibeszélhesse magából, ami foglalkoztatja, ami-

től fél. Általános recept azonban nincs, talán csak a türelem és az odafigyelés. Egy aktív belgyógyászati osztályon per-se általában éppen erre nincs lehetőség, hospice pedig kevés helyen működik még.

– Milyen egyszerű és nem költséges módszert tudna javasolni arra, hogy mégis fejlődés induljon el az intézményekben e téren?

– A megoldás talán a képzett önkéntesek bevonása lehetne. A kiképzés már csak azért is elengedhetetlen, mert egyben válogatást is jelent: hogy ne menjen a haldoklóhoz (vagy a betegágy közelébe) alkalmatlan személy. Egy ilyen szolgálatot létrehozni és koordinálni nem elsősorban pénz, hanem szervezés kérdése. Az önkéntesek gyakran még a családtagokkal szemben is előnnyel bírnak, mert sokan könnyebben megnyílnak egy idegen ember előtt. Magyarországon több kórházban dolgoznak már önkéntesek, akik a szabadidejükből, karitatív célból vállalnak ilyen feladatot.

– Említette, hogy nem célravezető általánosítani, de mondana mégis néhány gyakrabban előforduló és nehezebben megválaszolható kérdést, amelyekre fel lehet készülni?

– Nehéz helyzet például, amikor azt kérdezi a beteg, hogy „akkor én most meg fogok halni?“, vagy „meddig tart ez még?“ Nyilván nem mondhatjuk számos oknál fogva, hogy három és fél napig, és etikai szempontok szerint azt sem mondhatjuk, hogy „igen, most mindjárt meg fog halni“. Ilyenkor sokkal célszerűbb visszakérdezni, pl. azt válaszolni az első kérdésre, hogy „miből gondolja ezt?“ Így lehetőséget adunk arra, hogy a haldokló beteg kibeszélje magából, ami bántja, mitől szenved. Hallottam már olyan reakciót az iménti visszakérdezésre pl. hogy „mert tegnap még fel tudtam emelni a lábamat, ma már nem, belenéztem a tükörbe, és úgy nézek ki, mint egy csontváz, nem jöttek be hozzám már két hete stb“. Ömlik belőle a szó, és megkönnyebbül. Kellemetlen lehet az is, ha arról panaszkodik a beteg, hogy milyen rossz szagú a daganata,

kelése stb. Ilyenkor nem mondhatjuk azt, hogy nem bűdös, hisz ő is érzi, hogy az, de válaszolhatjuk, pl. hogy „nagyon sok beteggel foglalkoztunk már, tudjuk hogy ez önnek problémát jelent, de majd igyekszünk valahogy megoldani, többször jövünk, és lemoszuk stb.“.

– Ön milyen halált kíván magának?

– Leginkább azt kívánom, hogy ne legyenek fájdalmaim és legyen mellettem valaki. Sajnos előfordul, hogy a súlyos fizikai fájdalmat viselő haldoklónak túl sok fájdalomcsillapítót adnak vagy túl keveset. Természetesen egyik állapotban sem tudja befogadni a mentális, lelki segítséget. Véleményem szerint nem az a jó megoldás, ha elbódítjuk a haldoklót, hogy ne szembesüljön azokkal a kérdésekkel, melyekkel az ember ilyenkor szembesülni szokott. Én úgy szeretnék meghalni, hogy legyen lehetőségem végiggondolni, hogy mi volt szép az életemben, és mi sikerült rosszul, legyenek mellettem a gyermekeim, unokáim – hogy elbúcsúzhassunk egymástól.