

„Kellene, aki megfogná a haldokló kezét!”

Orvosokkal készült mélyinterjúk elemzése a haldokló gondozás nehézségeiről

Bognár Tamás
Kolosai Nedda
Hegedűs Katalin
Pilling János

„Az olyan betegektől, akikről tudjuk, hogy rövid idejük van hátra, folyamatosan elidegenülünk. Az orvosok ténykedése nem segíti már a beteget, ez a tevékenység valójában csak formális. Szinte már csak papírgyártás történik és ténymegállapítás: »Nézzék, mennyire rossz állapotban van!«. Itt vannak a nővérek is, akik valóban heroikusan küzdenek. Egy ideig csinálják, teszik a dolgukat, de végül is belefásulnak és nekik is megkönnyebbülés a halál.»

(Részlet egy orvossal készített interjúkból)

Az orvoslás mostoha területe a haldokló gondozás. Elsősorban a gyakorlatban az, de Magyarországon szisztematikus kutatások sem foglalkoztak ezzel a területtel. Ezt a hiányt szeretnénk részben betölteni másfél éve folyó munkánkkal, amelynek fontos állomásaként mélyinterjúkat készítettünk orvosokkal arról, hogyan látják gyakorlati munkájuk során a haldokló gondozást, milyennek ítélik azt ma Magyarországon.

Munkánk keresztmetszeti képet ad arról, hogy mi a véleményük az általunk megkérdezett orvosoknak azokról a körülményekről, amelyek között ma meghal egy átlagos beteg egy átlagos kórházi osztályon, mi a véleményük a beteg-tájékoztató kérdéséről, mit tartanak (tartának) emberséges, „jó” halálnak és hogyan viszonyulnak saját halálukhoz.

Ám nem csupán helyzetrajzot adunk, törekedünk alternatívák felmutatására is, hiszen ez munkánk egyik végső célja. Szükségesnek tartjuk, hogy felhívjuk az orvostársadalom – és a civiltársadalom – figyelmét a haldokló gondozás elhanyagoltságára, a haldoklókkal való megfelelőbb törődés fontosságára. További célunk – amely elemzésünk

készítése során egyre fontosabbá vált számunkra –, hogy felhívjuk a figyelmet a képzés, a szemléletformálás jelentőségére, hiszen ezen a téren jelenleg nagy hiányosságok tapasztalhatók: eddigi kutatási eredményeink alapján az egyetemi képzésből gyakorlatilag is hasznosítható ismereteket nem szereznek orvosaink.

Hipotézisek

Kiinduló hipotéziseink a következők voltak:

Számítottunk arra, hogy a képzés során keveset foglalkoznak az orvostanhallgatók a haldoklás testi-lelki-szociális aspektusaival. Eredményeink a legpesszimistább elképzeléseinket is alulmúlták.

Úgy gondoltuk, hogy – mivel nem épült ki az a segítő háló, amely megtartaná, odafigyelésével könnyítené az orvos igen nehéz helyzetét betegek elvesztésének idején – az orvosok úgy próbálják védeni önmagukat, hogy érzelmileg egyre kevésbé „vesznek részt” a haldokló betegek gondozásában, megpróbálják távolságtartóvá, „személytelenné” tenni munkájuknak ezt a részét. (Az azonban, hogy az orvosok tudatosan milyen magas arányban

A tanulmány „A halállal, a haldoklással és a gyásszal kapcsolatos attitűdök hatása a haldokló betegek ellátására” című, T 029065 számú OTKA kutatás keretei között készült.

igényelnének segítséget a haldoklók gondozásával kapcsolatos érzelmi terhek csökkentésében, minket is meglepett.)

További hipotézisünk volt, hogy betegeiket az új egészségügyi törvény szellemében, pontosan tájékoztatják állapotukról. Itt nagyon árnyalt képet kaptunk.

Feltételeztük azt is, hogy az orvosok másképpen képzelik el a „jó halált” betegek esetében, mint amit önmaguknak kívánnának.

Módszer

Módszerként az úgynevezett félig zárt interjút választottuk. Sorrendiségében és tartalmában jól átgondolt kérdésekkel érkeztünk egy-egy interjúra, ám az interjúalanytól, illetve válaszai tartalmától függően rugalmasan változtattunk a kérdések sorrendjén. Ugyanakkor igyekeztünk minden esetben feltenni az interjú valamennyi, előre kidolgozott kérdését, amelyek a következők voltak:

1. Miért lett orvos?
2. Milyen örömmel és nehézségekkel találkozik hivatásának végzése közben?
3. Hogyan érinti egy betegének az elvesztése? Érez-e ezen a téren változást az elmúlt időszakhoz képest?
4. Mi a véleménye az egyetemi képzésről a halállal, a haldokló gondozással kapcsolatban?
5. Szüksége van-e segítségre betege elvesztésének feldolgozásában? Ha igen, milyenre?
6. Mi a véleménye azokról a körülményekről, amelyek között ma egy beteg meghal egy átlagos kórházi osztályon?
7. Honnan szerzett ismereteket a haldoklók gondozásáról?
8. Tudnia kell-e egy betegnek, hogy gyógyíthatatlan betegségben szenved?
9. Mit várna el az orvosától, ha ön lenne gyógyíthatatlan beteg?
10. Milyen a „jó halál”?
11. Ha választhatna, önmagának milyen halált választana?
12. Mit tud a hospice-ról?
13. Mi történik a halál után?
14. Milyen érzései vannak a beszélgetés témájával kapcsolatban?

A félig zárt interjúk által nyert óriási anyagot (egy-egy beszélgetés 45–60 percig tartott) tartalomelemzéssel dolgoztuk fel. Ez aprólékos, igen időigényes eljárásnak bizonyult, azonban az így nyert adataink megbízhatósága és nem utolsósorban érdekessége feledtetett minden korábbi nehézséget.

Minta

Tanulmányunkban 11 orvossal készített mélyinterjút elemeztünk. (Ezúton is szeretnénk megköszönni segítségüket, hogy időt szakítottak a beszélgetésekre!) Törekedtünk arra, hogy a megkérdezett orvosok minél szélesebb körből kerüljenek ki, minél több szakterületet képviseljenek. Így beszélgetést folytattunk egy gyermekorvossal, három intenzív terápiás orvossal, egy belgyógyással, egy pszichiáterrel, két szülész-nőgyógyással, egy sebésszel és két szakvizsga előtt álló orvossal. Minden orvos kórházban dolgozik, az ország különböző részein. Mintánk egészére jellemző, hogy interjúalanyaink az orvostársadalom legfiatalabb rétegét képviselik, átlagéletkoruk 32 év. Ennek fényében még meglepőbb az a reménytelenség és fásultság, ahogyan a témáról beszéltek.

Eddig tehát 11 orvossal készült mélyinterjú felvétele, illetve ezek elemzése történt meg. A továbbiakban szereplő idézetek az interjúkból származnak, elemzésünkben egységesen róluk írunk, és megállapításaink is rájuk, illetve az általuk elmondottakra vonatkoznak. Kérdéseink nem eldöntendők voltak, nincs tehát „jó” vagy „rossz” válasz, az interjúalanyok az adott kérdésre válaszolva több dolgot is fontosnak tarthattak kiemelni.

Egyetemi képzés

Honnan szerzett ismereteket a haldoklók gondozásáról?

„Csak a személyes tapasztalataimra támaszkodhatom, illetve a nővérek segítségére.”

Az orvosok kiemelték, hogy csupán biológiai szinten foglalkoztak a halállal egyetemi éveik során, egyikük kicsit fanyarul megjegyezte, hogy ez az összes tudományterületre elmondható, nem csak a haldoklókkal való bánásmód oktatására.

Kérdésünkre azt válaszolták, hogy volt ilyen irányú képzésben részük, mindegyikük külön említette az elméleti oktatást (pszichológia, szociológia, etika tantárgyak keretében), valamint a gyakorlaton való tapasztalatszerzést. Ez így szépen hangzik, ám az igazsághoz hozzátartozik, hogy hangsúlyozták az erre fordított idő rövidségét (bár ezt nem kérdeztük külön): általában 1-2 órára emlékeztek, egy orvos szerint körülbelül 8 órában tanultak erről az egyetemi képzés során. (A tematikák áttekintése után megállapítottuk, hogy a 7000 órás orvosi curriculum során 34 óra – a hatéves képzés 0,49%-a – jut összesen a halál, a haldoklás és a haldoklók palliatív terápiájának kérdéseire!)

Arra a kérdésre, hogy honnan szerzik ismereteiket a haldoklók gondozásáról, elsősorban orvoskollegáikat emelték ki, említették az egyetemi képzést és egy-egy orvos a nővérek segítségét, valamint a szakirodalmi tájékozódást. Legtöbbször, saját tapasztalataikra támaszkodnak, praxisuk során szerzett ismereteik és rutinjuk szerint bánnak végstádiumú betegekkel. Akik említették a saját tapasztalatot, mint információforrást, ismeretszerzést, azoknak nagy része kizárólag innen szerzi ismereteit.

Vajon a gyógyítás, orvoslás bármely más területén (például a szülészetben) megengedhetőnek tartanánk-e, hogy az ott dolgozó orvosok legtöbbször kizárólag a praxisa során szerzett tapasztalataiból szűrje le ismereteit, illetve, hogy ne részesüljenek szakirányú szervezett képzésben? Vajon a haldoklók megfelelő gondozása, ellátása miért ennyire mostoha területe a medicinának?

Hogyan érinti az orvosokat betegük elvesztése?

„Mára megtanultam kezelni a problémát – vagy csak belefásultam?”

Előzetes feltételezésünk az volt, hogy az orvosok elsősorban szakmai sikertelenségként kezelik betegek elvesztését, s ez lelki, érzelmi terhet csak másodsorban, a szakmai kudarc mögött jelent számukra. A mélyinterjúink elemzése során nyert adatok azonban megcáfolták várakozásainkat.

Szakmai sikertelenségnek az orvosok kisebb hányada tekinti betegek elvesztését, illetve számukra a lelki, érzelmi megterhelést szakmai kompetenciájuk megkérdőjelezése jelenti: „Vajon megfelelően kezeltem-e?”

Meglepetésünkre a megkérdezett orvosok nagy része kizárólag pszichés megterhelésként éli meg betegek elvesztését. Ez felhívja a figyelmet a segítségnyújtás, a feldolgozás fontosságára. Ezen a téren felmérésünk szerint is siralmas a helyzet, az orvosok teljesen magukra maradtak ezzel a problémával (ezzel bővebben a következő fejezetben foglalkozunk).

Ami szintén elgondolkodtató, hogy szükségessé vált létrehozni egy külön kategóriát azon orvosoknak, akik azt mondták, hogy nem érinti őket a halál személyesen. Akik ezt mondták, fiatal orvosok (27 és 28 évesek), ők elsősorban az egyetemen találtak a halál problémájával, talán innen a személytelenség. Fiatalságukban még saját élményként sem szerepelt a halál.

Minden orvosnál megfigyelhető változás abban, hogy mennyire érinti meg, ha egy betege meghal. Az összes orvosra igaz, hogy az idő múltával egyre kevésbé viseli meg egy beteg elvesztése, s törekednek is rá, hogy ez így legyen. Ezt úgy próbálják

elérni, hogy falakat emelnek maguk és haldokló betegek közé.

„Erre figyelni kell, például hogy ne alakuljon ki szoros kapcsolat.” „Fontos, hogy nem szabad nagyon átérezni a beteg helyzetét, mert akkor veszíthetünk a dolgon.” „Ha meg akarom gyógyítani, nem vonódhatok bele érzelmileg.” „Megtanultam kezelni a problémát – vagy csak belefásultam?” „A háritás jobban működik.”

A megkérdezett orvosok kiemelték, hogy rosszabb orvos-beteg kapcsolat esetén sokkal rosszabb, akkor nehezebben viselik a halált, betegük elvesztését. Csupán egy orvos említette, hogy betegek hirtelen halálát nehezebb elviselnie. Szintén sokan számolnak be arról, hogy az idő múltával, szakmai rutinjuk kialakulásával betegük elvesztése kisebb fájdalommal jár és a levertség érzése is csökken. Egyre személytelenebb számukra a halál, az idő előrehaladtával egyre kevésbé érinti meg őket. Ennek okaként említették a fásultságot, a háritást és az évek alatt kialakuló rutint. Egy orvos mondta csak, hogy a „biztonságos családi háttér sokat segít”, a többi éppen azt tartja fontosnak, hogy „nem szabad hazavinni a problémát”. (Erről részletesen a következő fejezetben lesz szó).

„Önvédelmük”, énvédelmük módja tehát az, hogy megpróbálnak nem közel kerülni a haldokló beteghez, mert „az a gyógyításnak árthat”, „a betegre és nem az emberre kell figyelni”. Az érzelmi távolságtartást pedig úgy érik el, hogy egyre kevesebbszer keresik fel őt a betegágyánál, a „rutinszerű papírgyártás” mögé burkolózva.

Az érzelmi távolságtartás fontosságát olyan sokszor említették – hangsúlyozzuk, hogy ilyen irányú kérdés, utalás részünkről nem hangzott el –, hogy külön kiemeltük, mint tartalmat, a változás külön kategóriájaként jelent meg, mintegy az elviselés technikájaként.

A szakirodalmi adatokat áttekintve hasonló eredményekre bukkantunk. Fiatal orvosokat vizsgálva Firth-Cosens azoknál találta a legnagyobb kockázatot a kiégés, a mentális problémák, a depresszió kialakulására, akik leginkább képesek voltak empátias viselkedésre (1). Kulcsár szerint a kiégés nem más, mint az empátias kapacitás kimerülése (2). Ezek szerint az emocionális távolságtartás akkor következik be, amikor az empátias kapacitás kimerül, illetve – ami a mélyinterjúinkból szintén kiderült – a rutinosabb orvoskollégáktól való tanúlással is átvehető az érzelmi távolságtartásra való törekvés. Tehát az empátia hiánya, illetve az érzelmi odafordulás tudatos kerülése, az a stratégia, hogy „nem vonódhatok bele érzelmileg”, (átmenetileg) valóban segíthet az orvosnak mentális egészsége megőrzésében. Persze érdemes lenne megvizsgálni, miként hat ez a végstádiumú beteg lelkiállapotára, hiszen ő joggal várna odafordulást.

Az orvosok, amikor a saját halálukkal kapcsolat-

ban arról beszéltek, hogy mit várnának el kezelőorvosuktól, hangsúlyozták, hogy: „*Jó lenne, ha leülne mellém beszélgetni egy kicsit, talán neki is jobb lenne.*” „*Vegye észre, hogy beszélgetni szeretnék. Bármiről. Hallgasson meg, vagy csak kérdezze meg: hogy vagy? – Igen, ez fontos lenne.*” Mint látjuk, ugyanazok az orvosok, akik ezt – a beteg helyzetébe képzelve magukat – fontosnak tartják, nem cselekednek így orvosként. Mert ha így cselekednének, az még súlyosabb lelki megterhelést okozna számukra.

Ez is az oka annak, hogy a gyógyítás emocionális oldala háttérbe szorult. Kutatási eredményeink összecsengenek *Fekete* 1991-ben publikált eredményeivel, miszerint „az orvosok a többi segítőkkel szemben inkább hangsúlyozzák a kontrollált és racionális segítő kapcsolati formákat, kifejezettebb a távolságtartásra való törekvésük és az emocionális kapcsolat egyre inkább elhárított” (3). A szépirodalomból jól ismert drámai alaphelyzetek lényege is gyakran ugyanez. Mindenkinek igaza van, ám az érdekek annyira különbözőek, hogy a mű végén valaki nagyon rosszul jár. Vagy mindenki... Hiszen, ha elfogadjuk, hogy az empátiás kapacitás a kreativitás, a bölcsesség, sőt a végesség elfogadásának egyik eleme (2), akkor könnyen belátható, hogy a kiégés súlyosan érinti az egészségügy minden szereplőjét: a betegeket és a gyógyítókat egyaránt.

Honnan várják, honnan kapnak segítséget a beteg elvesztésének feldolgozásához?

„*Az embernek magának kell megoldania a problémáit.*”

Arra a kérdésre, hogy szüksége lenne-e segítségre, csupán egy orvos válaszolta, hogy „*Nem, az embernek magának kell megoldania a problémáit.*” Ugyanez az orvos más kérdésre válaszolva viszont kiemelte, hogy tapasztaltabb kollégáinak segítségére volt szüksége ahhoz, hogy „ne kezelje mindenáron” a végstádiumú betegeit.

A megkérdezett orvosok többsége igényelné a segítséget (itt érdemes felidézni, hogy legtöbbször kizárólag pszichés teherként éli meg betege elvesztését!), ám csupán kisebb részük rendelkezik konkrét elképzelésekkel arra vonatkozóan, hogy honnan várják azt. Mindez azt mutatja, hogy nincs gyakorlata, nincs kialakult módja a segítségnyújtásnak.

A segítség lehetséges forrásaiként a következők hangzottak el: kollégák, *Bálint*-csoportok szervezése, kommunikáció tanulása az egyetemi képzés során, személyre szóló beszélgetés pszichiáterrel, szociális munkással, valamint a konkrét probléma napját követő fél szabadnap.

Ugyanakkor azok, akik kifejezik, hogy segítségre lenne szükségük – tehát valószínűleg keresik is a

megoldást –, nagy részük sehonnan sem kap segítséget. Tehát a segítséget váróknak csupán kis része kapja meg azt, méghozzá mélyinterjúink tanulsága szerint a kollégáiktól.

Arra a kérdésre, hogy gyakorlatilag honnan kapnak segítséget – itt már az összes megkérdezettet nézve –, négy válasz volt markánsan elkülöníthető.

Az orvosok egy része kollégáitól kap segítséget annak feldolgozásához, ha meghal egy betege; egyikük említette a szakmai rutint, mint a feldolgozás(!) módját, és ugyancsak egy orvos kap a családjától támogatást ilyenkor. Többen is kiemelték viszont a következőt: „*Fontos, hogy ne vigyük haza a problémát!*”, „*A családot nem terhelhetem ilyesmivel.*”

Tehát tudatosan figyelnek arra, hogy a családban ne essen szó szakmai életük, lelkük ilyen irányú túlterheléséről. Szakirodalmi adatok szerint (3) valóban fontos szétválasztani az orvos és betege életét, valamint az orvos privát és szakmai szféráját, hiszen ezek összemosása csalódásokat, frusztrációkat, viszontátételes problémákat okoz és megjelennek a kiégés jelei. Ugyanakkor a megbízható, nyugodt háttérből, a családi és baráti kapcsolatok ápolásából az orvos erőt, energiát, sikeres megoldásokat vihet munkája területére. Tehát az orvosnak igen fontos a biztos háttér a munkája szempontjából, ugyanakkor ez nem az a terület, ahol pszichés terheit „lerakhatja”.

Megdöbbenő viszont, hogy a mélyinterjúink tanulsága szerint a megkérdezett orvosok legtöbbször nem kap sehonnan segítséget annak feldolgozásához, ha elveszti egy betegét! [Angliában figyelemre méltó alternatívaként működik 1985 óta egy telefonos tanácsadó szolgálat a pszichés problémákkal, illetve már kialakult mentális betegségekkel küszködő orvosok számára (3).]

Zárásul idézzük pszichiáter interjúalanyunk gondolatait: „*Bálint*-csoportokat lehetne szervezni, az sokat segítené. *De erre nincs idő, mindenki úgy vezet le a feszültségét, ahogy tudja.*” Hol várhatnánk el jobban, hogy az orvosok segítsék egymást, ha nem a pszichiátria területén, ahol pontosan tudják – hiszen ez a szakterületük –, hogy erre milyen nagy szükségük van (lenne)? Nap mint nap betegek mentális egészségének helyreállításával foglalkoznak, miközben sajátjuk ápolására nincs idejük.

Tudnia kell-e a betegnek, hogy gyógyíthatatlan betegségben szenved?

„*Gyakorlatilag a beteg dönt.*”

Mindenki nagyon árnyaltan fogalmazott ebben a kényes kérdésben, az árnyalatok mögött azonban mégis lényeges különbségek kerültek felszínre. A kapott eredmény első ránézésre igen pozitív, hiszen tulajdonképpen minden válaszban benne van, hogy

a betegeknek pontos tájékoztatást kell kapniuk. Mégis elgondolkodtató, hogy a válaszoló orvosok nagy része fenntartja saját mérlegelési jogát betegével szemben, még ha az említett indokok többekévé érthetőnek, elfogadhatónak is tűnnek:

„A jó orvos-beteg kontaktusban megérezzük, hogy kinek mit lehet mondani, mit képes feldolgozni.” „Alaposan ismerni kell a beteget.” „Az orvos ismeri a beteget, és az alapján dönt.” „Az orvos rutinja a döntő.”

Ez a magas arány annak a fényében is érdekes, hogy a megkérdezett orvosok többsége igényelne pontos, mindenre kiterjedő tájékoztatást, ha ő lenne gyógyíthatatlan beteg, és csak egy orvos gondolja úgy, hogy valószínűleg a reményt választaná a biztos rossz helyett. Lehet, hogy vizsgálati eredményünk nem más, mint a diagnózisközlés nehéz feladatának elhárítása a beteg érdekeire való hivatkozással?

A megkérdezett orvosok kisebbik hányada gondolja úgy, hogy a betegnek tudnia kell a pontos diagnózist és prognózist, ugyanakkor egyöntetűen elítéli az információk betegre zúdítását. Mindössze egy orvos képviselte a beteg érdekeit leginkább figyelembe vevő álláspontot, szerinte a betegnek kell eldönteni, hogy mennyit akar tudni az állapotáról, ehhez alkalmazkodjon az orvos. Egy orvos, bár tudja, hogy ellenkezik a betegjogokkal, mégis hallgatásba burkolózik, ha a család erre kéri őt. Magunkat képzelve a helyébe, nehéz lenne jó döntést hozni.

Elgondolkodtató, hogy ilyen-olyan indokkal, de az orvosok több mint fele elfogadhatónak tartja az információ visszatartását.

Mi a véleménye azokról a körülményekről, amelyek között ma egy beteg meghal egy átlagos kórházi osztályon?

„Ha lehet, én kórházban semmiképp se haljak meg!”

Nagy kérdés volt számunkra, hogy az orvosok tudják-e, mit is jelent ma Magyarországon a kórházi halál, természetesen nem szakmai szempontból, hanem annak emberi – embertelen – oldaláról. Az alapfeltevésünk az volt, hogy az orvosoknak csak egy része látja át a mai tarthatatlan helyzetet, de aki átlátja, az a maga helyén és módján tenni is próbál ellene.

A kapott eredmény alaposan felülmúlta „várakozásainkat”. Általános volt a lesújtó vélemény, egyszerűen nem alakult ki ellenpólus. Egyetlen pozitív álláspont fogalmazódott meg, ez is az egészségügyi dolgozók hozzáállását értékelte: „Az orvosok, nővérek a körülményekhez képest mindent megtesznek.”

Bevezetéképpen idézzük fel az orvosok által használt szavakat, amelyek mintegy impresszionista műalkotásként idézik fel a beszélgetések ezen részének hangulatát. Tehát a halál a mai magyar kórházi gyakorlatban: „szomorú”, „sivár”, „lehangoló”, „lesújtó”, „elkeserítő”, „borzalmas”, „személytelen”, „embertelen”. Jellemzője a „szenvtelenség”, „elhanyagoltság”, „magány”, „elidegenülés”, „szürkeség”, „elkülönítés”, „elhagyatottság”, „belefásulás”, „formalitás”, „papírgyártás”, „élve eltemetés”.

E szavak magukért beszélnek.

Az okok feltárásánál három tényező köré csoportosultak a válaszok. Ezek a következők: a pénz hiánya az egészségügyben, a túlterheltség, a családtagok nemtörődömsége.

„A családok hozzáállása is elkeserítő, alig van olyan, aki elkíséri az utolsó úton (a haldoklót), általában csak utána jönnek sírni. Nem tudnak mit mondani neki, pedig nem is biztos, hogy kell.” „A család is »leírja«, egyre csökken a látogatások száma, általában csak a halál után jönnek sírva, hogy elhanyagolták szegény rokont.” „A családtagok sokat tehetnének, az orvos őket úgysem tudja pótolni!”

A következő vélemények szerint pedig az egészségügyi dolgozók fásultsága és az empátia hiánya – amelynek helyébe a megszokás, a szakmai rutin lép – az oka a mai elkeserítő helyzetnek. Sokan hangsúlyozták a szenvtelenségüket, volt, aki a cinizmust is megemlítette, valamint elhangzott a beteg tárgyként kezelése is.

„Néha már tárgyként kezelem, akiről tudom, hogy nem lehet rajta segíteni, de itt az osztályon mindenkit esetként kezelünk!” – mondta egy intenzív osztályon dolgozó orvos. Ez pedig a kiégés nem elhanyagolható jele, hiszen a kiégés állapotában lévő orvostól következik be az élő élettelenként, az ember tárgyként való kezelése.

Ezért is fontos az a felmérés, amit orvosokról készítettek a közelmúltban (Népszabadság, 2000. augusztus 11.). Eszerint „A középkorú orvosok halandósága felülmúlja a korcsoport lakossági átlagát. Márpedig e korosztály különös veszélyeztetettsége az oka annak, hogy Európában a miénknél alig van rosszabb halálozási mutató. Ehhez képest halnak még hamarabb az orvosok. Külön megrendítő, hogy az orvosnők születéskor várható átlagos élettartama hét évvel rövidebb, mint egy átlagos magyar nőé. Az adott idő alatt elhunyt orvosnők 51%-a, a férfiak 34%-a nem érte el a nyugdíjkorhatárt.”

Végül álljon itt néhány figyelemre méltó gondolat a mai kórházi halál jellemzésére.

„Nincs, aki megfogná a (haldokló) kezét, vagy mondana egy-két jó szót, vagy hívna egy papot.” „Ekkor már az orvosi ténykedés is szinte csak formális, papírgyártás.” „Ha lehet, én kórházban semmiképp se haljak meg!”

Mi a jó halál?

„A gyors.”

Kezdjük a meglepetést okozó válaszok elemzésével. A megkérdezettek kiemelték, hogy minden beteg mást tart megfelelőnek, tehát erről nem lehet előre nyilatkozni, nincsenek szabályok, az adott szituáció, illetve ember a meghatározó.

Hangsúlyozták a fájdalommentesség fontosságát, aki így gondolkodik, biztosan mindent megtesz betege optimális fájdalomcsillapítása érdekében. (Vajon hány beteg részesül ma megfelelő fájdalomcsillapításban Magyarországon?) Volt, aki kiemelte a felkészülés lehetőségének fontosságát, ugyanennyien pedig a személyes környezet – otthon – megnyugtató szerepét említették, amelyet igen lényegesnek tartanak a búcsúzó szempontjából. Az orvosok elsősorban többsége azonban a jó halált kizárólag gyorsnak tudja elképzelni. Az, hogy számukra ez mennyire fontos, a válaszok sorrendiségében is tükröződik: mindenütt elsőként hangzott el (ahol elhangzott) a gyors jelző.

Ha választhatna, magának milyen halált választana?

„Én a gyors halálokat szeretem.”
„Ne tudjak felkészülni rá.”

Előre le kell szögeznünk, hogy alapfeltételezésünk szerint itt szakadéknyi különbséget vártunk az orvos saját maga és betege számára választható „jó halál” minősítésében. Ez nem igazolódt be, eredményeink azonban tanulságosak.

A fájdalommentességnek, a felkészülés lehetőségének, illetve az otthoni, személyes körülmények közötti „búcsúzás” lehetőségének a fontosságát ugyanolyan mértékben hangsúlyozták az orvosok, mind a maguk, mind a betegek szempontjából. Ez humánus és konzekvens gondolkodásról tanúskodik.

Az orvosok számára a gyors halál az elfogadható, méghozzá csakúgy, mint az előbbi kérdésnél, elsőként említve, sőt néhány kifejezetten azt szeretné, hogy ne tudjon felkészülni a halálára. Ez a halál igen-igen nagymértékű tagadásáról tanúskodik. Az okokat csak találgatni tudjuk. Ők is (mi is) a mai magyar halátagadó kultúrájú társadalomban élnek (élünk), miért lennének (lennének) mások? Vagy igaz lenne, hogy az orvosok halálfélelme fokozottabb, mint a többi emberé és eleve ezért választják ezt a hivatást, hogy megküzdjenek a halállal, legyőzzék a halált? Vajon az az ok, hogy látják (és ki látna jobban), milyen körülmények között hal meg ma országunkban az emberek többsége, és azt gondol-

ják: akkor én inkább gyorsan szeretnék távozni? Ez utóbbi lehetőséget igazolja némileg, hogy a válaszoló orvosok egy része rákérdezés nélkül hangsúlyozta, hogy ha választhatna, kórházban semmiképpen sem szeretne meghalni. Vajon ha rá is kérdeztünk volna, milyen arányban válaszolnak igenel?

Mit várna el az orvosától, ha ön lenne gyógyíthatatlan beteg?

„Őszinteséget, pontos tájékoztatást.
Jólesne, ha leülne mellém beszélgetni egy kicsit.
Talán neki is jobb lenne.”

A fenti kérdés összevethető a beszélgetés során korábban feltett, a mai magyar kórházi halál körülményeit feszegető kérdéssel, hiszen ez átfogalmazható úgy is, mit kap, miben részesül ma egy haldokló beteg egy átlagos kórház átlagos osztályán, annak átlagos kórtermében? Kizárólag az emberiségesség, és nem a szakmai ellátás szempontjait vizsgálva, hiszen feltételezzük, hogy ez utóbbi az esetek legnagyobb részében maximális odaadással történik. Tehát összevethetjük, mit kap ma egy haldokló, és mit várna el egy orvos, ha ő lenne ebben a helyzetben.

Előtte azonban hallgassunk meg egy orvost, mit mesél egy egyetemi belgyógyászati gyakorlatáról: „Nekem van egy örök emlékem erről. Mentünk egy belgyógyászati-gyakorlatra – negyedikben talán –, és jártuk végig a kórtermeket. A gyakorlatvezető megállt az ágyaknál, váltott pár szót a betegekkel, majd nekünk is elmondta, mi a betegség, milyen vizsgálatok voltak idáig, milyen kezelések lesznek, és mi a prognózis. Odaérkeztünk egy ágyhoz, ahol egy rossz állapotban lévő beteg feküdt, aki követett minket a szemével. Az orvos megállt egy pillanatra, halkan ezt mondta: »Neoplázia, haldoklik.« – és mentünk tovább. Akkor még nem is volt ez számomra olyan nagyon furcsa, mert azt gondoltam, legalább nem zavarjuk szegényt. Utólag azonban nem tudom, hogy ez mennyire volt humánus eljárás.”

Mi jellemzi tehát egy gyógyíthatatlan beteg életének utolsó, kórházban töltött szakaszát orvosaink véleménye szerint? „Magány, elidegenülés, személytelenség, elhagyatottság, elkülönítettség, szenvtelenség, élve eltemetés, belefásulás, formalitás, és végül megkönnyebbülés”.

Lássuk, mit igényelnének ugyanezen orvosok az orvosuktól, ha ők lennének gyógyíthatatlan betegek?

A válaszoló orvosok kiemelték, hogy emberséget várnának és odafigyelést.

„Jólesne, ha leülne mellém beszélgetni egy kicsit.”
„Vegye észre, hogy beszélgetni szeretnék, meghallgatna,

vagy megkérdezné, hogy vagyok. Ennek nagyon tudnék örülni.” „Beszéljessen a beteggel – bár nem tudom, hogy ez az orvos feladata-e. Én szívesen venném, ha velem beszélgetne.” „Elvárnám a magányom oldását, az elszigetelődésem megakadályozását.”

Fontosnak tartják a reményt, amely véleményük szerint jobb, mint a kilátástalanság, a biztos rossz ismerete. Azonban egy kivétellel csak addig tartják fontosnak a reménykedés lehetőségét, amíg van miben bízni, amíg a diagnózis biztossá nem válik. Ekkor helyébe lép a pontos ismeretek igénye.

Elérkeztünk a betegtájékoztatás kérdéséhez. Felmérésünk szerint az orvosok döntő többsége elsőként a pontos, mindenre kiterjedő tájékoztatást várná el kezelőorvosától. Emlékezzünk vissza arra, hogy az orvosok nagy része elfogadhatónak tartja az információk visszatartását, ha szükségét érzi, illetve ha a család erre kéri. Vagyis az orvosok egy része mérlegel, halogat, és sajnos több-kevesebb ideig félrevezet, ha úgy hozza a sors.

Hospice

„Én nem sok mindent hallottam róla, úgyhogy értelmes dolgokat nem tudnék mondani.”

Tartalmilag két markáns csoportot lehetett képezni a válaszokból: az egyik a hozzávetőlegesen helyes hospice-meghatározások csoportja, a másik – figyelemre méltó módon – a negatív vélemények a hospice-ról. Az orvosok többségének van legalább részben helyes fogalma a hospice-ról, ezek azonban egy-egy félmondatot jelentenek csupán – vagyis ezzel kapcsolatos ismereteik szintje igen alacsony –, ugyanakkor szinte valamennyien megfogalmaztak valamilyen negatív véleményt. Csupán egy orvosnak volt pontos tudása és saját élménye is a hospice-ról. Meglepő, hogy – bár pontos ismereteik, tapasztalataik nincsenek – mintegy anticipálják az elmarasztaló véleményt: „A gondolat szép, de nem lehet megvalósítani”. Ugyanakkor ők maguk fogalmazzák meg az igényt, hogy kellene egy ilyen intézmény, sőt „naivan” megfogalmazzák a hospice néhány alapeszméjét is.

„Speciális intézmény lenne jó, ahol csak 2-3 haldokló beteg jut egy orvosra, illetve egy kórterembe.” „Kellene, de nincs, aki megfogná a haldokló kezét, vagy mondana egy-két jó szót, vagy hívna egy papot, aki ráér, hogy beszéljessen velük.” „Hogy hol szeretnék meghalni? Nem kórházban, ez dermesztő manapság. Otthon? Nem szeretném, hogy lássák, mennyire szenvedek. Félnék, hogy hogyan tolerálják a megváltozásomat. Nehéz elképzelni a helyzetet. Leginkább egy semleges, biztonságos helyen, szép csendben félrehúzódva.”

Megbeszélés

Munkánk áttekintését kezdjük a legváratlanabb eredménnyel. Mint láttuk, az általunk megkérdezett orvosok betegek elvesztését csak kis részben élik meg szakmai sikertelenségként, döntő többségüknek kizárólag pszichés megterhelést jelent terminális állapotú betegek elvesztése. Interjúalanyaink pszichés túlterheltségét bizonyítja az is, hogy tudatosan próbálják lelkileg „távol tartani” magukat a betegeiktől, mert a közelség „a gyógyításnak árthat”, ám így egyre személytelenebbül kezelik őket, szinte már tárgyként.

A haldoklók elhanyagoltságának okaként az orvosok elsősorban az empátia hiányát jelölték meg. Márpedig az élő élettelenként, az ember tárgyként kezelése a kiégés állapotában lévő gyógyítónál következik be (2). Ez azért is figyelmeztető jel, mert a vizsgálatunkban szereplő orvosok az orvostársadalom legfiatalabb rétegét képviselik, a kiégés pedig általában pozitívan korrelál a pályán eltöltött idővel. Interjúink eredményei nem biztosítanak adatokat arról, hogy a betegellátás más területein is tapasztalhatóak-e a kiégés jelei – a haldoklók gondozásával kapcsolatos fásultság korai kialakulását azonban jól tükrözik.

Fontos és pozitív eredmény, hogy orvosaink felismerik ez irányú túlterheltségüket, és (még) igénylik a segítséget. Szakirodalmi adatok egybehangzó eredményei szerint a kialakult kiégésszindróma kezelésének, illetve prevenciójának alapfeltételei lehetnének az egyetemi képzés során indított önismereti, illetve Bálint-csoportok, a pszichohigiénés előkészületek (3). Megkérdezett orvosaink is megfogalmazták ilyen irányú igényüket. Ugyanakkor a segítő hivatásuk közül az orvosok képzéséből hiányzik ez legégetőbben. (Figyelemre méltó, hogy azokon a helyeken – például a Semmelweis Egyetemen –, ahol ezek a lehetőségek adóttak, a szervezőknek a hallgatók érdektelenségével kell megküzdeniük. Ez ismét a képzésbe épített, megfelelő ismeretek szükségességét támasztja alá.)

Eredményeinkhez hasonló, az orvosok saját mentális egészségét védeni, megőrizni, illetve a kiégés tüneteit leküzdeni hivatott énvédelmi technikákat talált Maslach és Pines (1978) is. Vizsgálatuk szerint az orvosok a stresszteli szituációkat kevésbé személyes módon, inkább racionális alapon közelítik meg, az involválódást, bevonódást igyekeznek csökkenteni, valamint szorosabbra fűzik a kollégák közötti támogató kapcsolatokat. A terminális állapotú beteg gondozása az orvoslás leginkább „stresszteli” szituációjának számít – ezt más kutatók is kiemelik (4, 5). A kollégák közötti támogató kapcsolatok valóban rendkívül fontosak, az általunk megkérdezett orvosok egyharmada is kollégáitól várja és kapja a segítséget. A kollégák, munkatársi csoportok

tok szerepe, hogy lehetővé teszik a ventilációt, megoszthatóvá válnak a saját élmények, példákat látnak, valamint a közösség, a „közös sors” érzésével is komoly támaszt nyújtanak, nyújthatnának egymásnak az orvosok. Ezt a szerepét azonban a közösség nem mindenhol tölti be: ne feledjük, hogy a vizsgálatunkban részt vett orvosok nagy része saját bevallása szerint sehonnan sem kap segítséget lelki túlterheltsége esetén!

Érdeemes rávilágítani arra az összefüggésre is, hogy a haldoklóhoz való közel kerülés, a vele folytatott beszélgetés pozitív tapasztalatokat is eredményez – ezt számos empirikus tanulmány leszögezi. Ezt a tapasztalatot érthetővé teszi, hogy legnagyobb valószínűséggel az élet végső szakaszában találjuk meg az érett személyiség jellemzőit (2). Ebben az időszakban tehát a kísérő is tanulhat a betegtől, hiszen a haldokló ebben a helyzetben – életútját tekintve – a kísérő előtt jár.

Az orvosok számára a betegek elvesztésével összefüggő pszichés megterhelések között fontos problémát jelent a veszteség, sikertelenség, kudarc érzése. Ezt csökkenthetné a haldokló állapotának reális szemlélete, megfelelő (például nem kuratív, hanem palliatív) célok kitűzése, és a végeredmény helyett a folyamatra koncentráció – hiszen terminális állapotú beteg kezelése esetén az orvosnak sikerélménye elsősorban az életminőség javításában lehet, valamint abban, ha a beteg pozitív személyiségváltozással képes lezárni életét. Ennek elősegítése (lehetne) a gyógyítók legnagyobb szerepe és feladata a haldoklók gondozásában. Ehhez azonban megfelelő képzésre és ismeretekre lenne szükség. Megkérdezett orvosaink véleménye szerint azonban az ilyen irányú képzés minimális – és ezt alátámasztja az egyetemi curriculumok vizsgálata is.

A vizsgálatunkban részt vevő orvosok egyetértettek abban, hogy a haldokló beteg elsősorban „szerezteteljes, megérett ápolást és emberi méltóságának tiszteletben tartását szeretné”, ehelyett azonban „papírgyártás”, „élve eltemetés” történik. A jelenlegi magyarországi gyakorlat tehát homlokegyenest eltér mind az orvosok, mind a végstádiumú betegek igényeitől.

Érdekes, elgondolkodtató eredményt hozott a hospice-ről, annak szellemiségéről, lényegéről való beszélgetés. A hospice-mozgalom és intézményei tíz éve léteznek hazánkban, az orvosok mégsem rendelkeznek pontos ismeretekkel róla. Információikat általában véletlenszerűen szerzik be – vagy teljesen informálatlanok ezen a téren. Ez felhívja a figyelmet arra, hogy a hospice-mozgalom képviselőinek az eddigieknél hatékonyabban kellene propagálni tevékenységüket, megkeresve az orvosokat, ápolókat. Mivel ma Magyarországon még kismértékű az együttműködés a kórházak és a hospice-szolgálatok között, az orvosok gyakran nem is

tudják, hogy hová irányíthatják végstádiumú betegeiket.

Az együttműködés problémái azonban nem csak a hospice-szolgálatoknak az orvosok számára nyújtott információk terén tapasztalható elégtelen aktivitásból fakadnak. Meglepő eredmény volt, hogy a tájékozatlanság mellett (vagy éppen azért) minden orvosnak negatív véleménye volt a hospice-okról. Vagy annak szellemiségét találták naivnak, vagy a gyakorlati megvalósulást kifogásolták. Bár a hospice-szal kapcsolatban más országok orvosai sem rendelkeznek mindig elegendő információval, ez irányú attitűdjeik mégis pozitívak (6). Ki kell azonban emelnünk, hogy az orvosok a „jó halál” megfogalmazásakor a fájdalommentesség mellett megemlítették az emberséges környezet, a lelki felkészülés, az elbúcsúzás jelentőségét, beszéltek arról, hogy ha ők lennének gyógyíthatatlan betegek, igényelnék az orvosok odafigyelését, azt, hogy meghallgassák őket, és megfogalmazták egy speciális intézmény égető szükségességét, ahol például a haldoklóra több nővér, orvos figyelne. Ezekben a gondolatokban a hospice szellemiségére és gyakorlatára ismerhetünk. Mindezen ellentmondások ismét csak arra hívják fel a figyelmet, hogy megfelelő tájékoztatással, az egyetemi képzés során történő ismeretek bővítésével, a hospice-szolgálatok tevékenységének alaposabb megismerésével szinkronba hozhatók lennének az igények és a lehetőségek.

A halálkultúra hiányát – vagy csupán saját negatív tapasztalataikat – mutatja, hogy az általunk megkérdezett orvosok a jó halált önmaguknak és betegeknek egyaránt elsősorban gyorsnak tudják elképzelni. Akik említették az otthoni, emberséges környezet fontosságát, azok is azzal kezdték válaszukat, hogy a jó halál gyors, majd némi gondolkodás után folytatták, „vagy olyan, amire felkészülök szeretteim körében”. Tehát minden orvos elsőként a gyors halál igényét fogalmazta meg. Azt a feltevésünket, hogy az orvosok saját negatív tapasztalataik miatt félnek a haláltól, megerősíti az is, hogy hangsúlyozták: kórházban semmiképpen nem szeretnének meghalni. Ezek szerint a kórházi halál akkor jó, ha gyors és váratlan, míg az otthon történő abban az esetben, ha fájdalommentes, megadja a felkészülés és elbúcsúzás lehetőségét. (Itt meg kell említenünk, hogy a hospice-szolgálatok fontos része az otthonápolás, amely szakmai felügyelettel biztosíthatja, hogy a végstádiumú beteg az előbb leírt körülmények között töltsen utolsó napjait.)

Szándékosan előbb tettük fel azt a kérdést, hogy „Tudnia kell-e a betegnek, hogy gyógyíthatatlan betegségben szenved?” és csak később azt, hogy „Mit várna el a kezelőorvosától, ha ön lenne gyógyíthatatlan beteg?”. Arra számítottunk, hogy nagyon eltérnek majd a válaszok – s az eredmények

ezt igazolták. Az orvosok elsősorban pontos tájékoztatást várnának el kezelőorvosuktól, továbbá fontosnak tartják, hogy kezelőjük emberséges és odafigyelő legyen. Betegeiknek azonban éppen ezeket nem tudják nyújtani, hiszen a haldokló gondozás terén nem eléggé képzett orvos „jogos énvédelme” a távolságtartás, a fokozatos elidegenülés, amely idővel teljesen rutinszerűvé, automatikussá teszi az orvos-beteg kapcsolatot. Itt érdemes visszautalnunk egy gondolat erejéig a segítség kérdésére. Az orvosok – mint azt korábban láttuk – igen gyakran kérnek és kapnak segítséget kollégáiktól – a fentiek alapján azonban félő, hogy ez a „segítség” csupán a fenti énvédő magatartás mielőbbi kialakítására irányul, hiszen az orvosok többsége nem rendelkezik más stratégiával.

A pontos betegtájékoztatás kérdésében, amelyhez a betegnek törvény adta joga van, igen nagy súlyt kapott az orvos mérlegelési jogához való ragaszkodás. A megkérdezett orvosok kisebbik része gondolja úgy, hogy minden betegnek joga van tudni az igazságot az állapotát illetően, nagyobbik hányaduk szerint az orvosnak időnként mérlegelni kell. A hazugságháló kiépítésével azonban éppen a szakszerű segítség lehetőségét veszik el végstádiumú betegeiktől, helyében otthagya a dermedt kétségbeesést – hiszen a betegek így még beszélgetni sem tudnak arról, ami a legjobban nyomasztja őket, amit már mindenki tud, csak nem mondja ki senki.

A terminális állapottal való megküzdés a beteg és a gyógyító részéről is hasonló, magasabb rendű személyiségfunkciókat feltételez (figyelemváltás, rugalmasság stb.). Kizárólag az egészséges személyiségű segítő képes a betegek felé történő teljes odafordulásra.

A kiégés a segítő tevékenységnek nem szükség-

szerű velejárója, hanem csupán megelőzendő és megelőzhető következménye, amelynek elkerüléséért mindent meg kell(ene) tennünk. Fontos cél tehát, hogy a kényszeres jellegű, elhárítást szolgáló, szociális segítséget, gyógyítást váltsa fel fokozatosan egy kreatív, kielégítő, a személyiség gazdagítására lehetőséget adó tevékenység (3). Az azonban nem várható el túlterhelt orvosainktól, hogy autodidakta módon szerezzenek (alap)ismereteket a haldoklók gondozásáról. Ezt szervezeten, szakmailag átgondoltan kellene kapniuk már egyetemi éveik során, hogy a szükséges alaptudás birtokában lépjenek oda egy haldokló beteg ágyához. Ismerjék a halál, haldoklás lelki, társadalmi vetületeit, a lehetőségeket az emberi méltóság megőrzésére, ismerjék a hospice alapelveit és rendszerét, valamint lássák tisztán saját szerepüket, helyüket a haldoklók gondozásának folyamatában – mentális egészségük megőrzése érdekében is.

Mitscherlich (3) az orvosképzés kezdetétől számítja azt az időt, ahonnan az orvosok képtelenek a holisztikus, pszichoszomatikus szemléletre – ugyanis innen kezdődik az a „pályaszocializáció”, amelynek lényege az érzelmek elhárítása, a technikai cselekvés, a lelki kívülmaradás. És amint már említettük, az éltőt élettelenként, az embert tárgyként való kezelése a kiégés állapotának jelzője lehet. Szomorú eredményünk, hogy ennek jeleit már a pályájuk kezdetén lévő fiatal orvosoknál is megtalálhatjuk, legalábbis a haldokló gondozás terén. Figyelmeztető jel ez, és nem is várható ebben pozitív változás mindaddig, amíg a biomedikális szemléletű orvoslás, orvosképzés nem engedi be falai közé – először az egyetemi képzésbe – a haldoklókkal kapcsolatos pszichoszociális ismeretek, a humánus szerepének hangsúlyozását, s nem ismeri el az odafigyelés fontosságát orvosaink mentális egészségére.

IRODALOM

1. *Firth-Cosens J.* Fear of death and strategies for coping with patient death among medical trainers. *British Journal of Medical Psychology* 1991;64(3):263-71.
2. *Kulcsár Zsuzsanna.* Egészségpszichológia. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó; 1998. p. 118-46.
3. *Fekete Sándor.* Segítő foglalkozásuk kockázatai. Helfer-szindróma és burnout jelenség. *Psychiatria Hungarica* 1991. VI. évf. 1. sz.
4. *Parkers KR.* Stressful episodes reported by first year student nurses: a descriptive account. *Social Science and Medicine* 1985;20(9):945-53.
5. *Ahrens WR.* Emergency physician's experience with pediatric death. *American Journal of Emergency Medicine* 1997;15(7):642-3.
6. *Miller KE, Miller MM, Single N.* Barriers to hospice care: family physicians perceptions. *Hospice Journal* 1997;12(4):29-41.