

Ápolók és orvosok halállal és haldoklással kapcsolatos attitűdje

Hegedűs Katalin
Pilling János
Kolosai Nedda
Bognár Tamás

Az ápolók és orvosok halállal és haldoklással kapcsolatos attitűdjét Magyarországon és Kelet-Európában eddig még nem vizsgálták. Kutatásunk célja kettős volt:

– megvizsgálni, milyen mértékben készítik fel az ápolókat és a leendő orvosokat képzéseik során ezeknek a problémáknak a kezelésére;

– amennyiben képzésük során nem készítik fel őket a haldokló betegek speciális szükségleteire, a velük való kommunikációra, felmérni, hogy mindez hogyan hat a haldoklókkal való kapcsolataikra.

182 (a graduális és a posztgraduális képzésben részt vevő) ápoló és 288 orvostanhallgató vett részt a kérdőíves felmérésben. A kérdőívre adott válaszokat az SPSS programcsomag segítségével értékeltük.

Vizsgálatunk eredményei összhangban vannak számos külföldi kutatás adataival és következtetéseivel. Felmérésünk első részében megállapítottuk, hogy a képzésben – jelentőségéhez képest – túlságosan kis súllyal szerepelnek a halállal, a haldoklók gondozásával kapcsolatos ismeretek, s különösen a klinikai periódusban kevés az ezzel kapcsolatos oktatás. A 4600 órás ápolóképzés során összesen 33 óra jut ezekre a témákra (az összóraszám 0,7%-a), míg a 7000 órás orvosi curriculum során 34 óra (0,49%). Mind az orvostanhallgatók, mind a nővérek főleg közeli hozzátartozójuk elvesztését és baráti körüket jelölték meg a halállal, haldoklással kapcsolatos tapasztalataik fő forrásaként. A vizsgálatunkban résztvevők átlagosan 51%-a még sohasem beszélgetett haldoklóval a szakmai kérdéseken kívül első kérdésekről. Mivel eredményeink szerint a vizsgálatban résztvevők többsége még sohasem volt tanúja békés, méltóságteljes haldoklásnak, mind önmaguk, mind hozzátartozóik számára elsősorban a gyors, hirtelen halált gondolják jobbnak. A vizsgálatunkban résztvevők közel fele a könnyen kizárható-

nak tűnő válaszlehetőségek közül sem tudta kiválasztani a hospice-gondozás jellemzőjét.

Az eredmények is mutatják, hogy alapvető fontosságú a szemlélet formálása társadalmi szinten, valamint az, hogy az egészségügyi képzések integráns részévé válják a pszichoönkológia és a tanatólogia eredményeinek oktatása.

Századunkban a halállal és haldoklással kapcsolatos attitűdök jelentősen megváltoztak. Ennek részeként megváltozott a haldoklás helyszíne is: a hagyományokat fenntartó közösségek kohéziójának csökkenésével a haldoklók gondozása a család helyett az egészségügy feladatává vált. Bár az emberek 60%-a továbbra is otthonában, családtagjai körében szeretné tölteni életének utolsó időszakát (1), a haldoklók kétharmada mégis kórházban hal meg (2).

Az egészségügyben dolgozók azonban nem csupán a kórházban haldoklók mellett vannak jelen, hiszen az egészségügyi ellátás a legtöbb országban már magában foglalja a házi gondozást is. Az orvosok és nővérek ily módon munkájuk során a haldoklók többségével kapcsolatba kerülnek.

A haldoklók gondozása speciális szakmai ismereteket igényel: az egészségügyi dolgozóknak számos kezelési, gondozási, etikai, pszichológiai, szociális és spirituális problémával kell szembesülniük. Mindez jelentős megterhelést jelent. *Parkes* (3) felmérése szerint a nővérek munkájuk egyik legjelentősebb stresszforrásának a haldoklók gondozását tartják. Hasonló képet mutatnak az orvosok körében végzett felmérések is: számukra jelentős nehézséget jelent a haldoklók ellátása során például a betegek érzelmi labilitása, a düh kezelése, a kezelés visszautasítása, a rossz prognózisról való beszélgetés (4), az elhunyt beteg hozzátartozóival való kommunikáció (5).

Vajon milyen mértékben készítik fel az egészségügyi dolgozókat képzéseik során ezeknek a problé-

máknak a kezelésére? Hogyan hatnak a képzések a nővérek és az orvostanhallgatók halállal és a haldoklók gondozásával kapcsolatos attitűdjeire? Ebben a témakörben külföldön már több vizsgálat is készült – Magyarországon azonban ezeket a kérdéseket még egyetlen kutatás sem vizsgálta. Nálunk még mindig hatnak a paternalisztikus viszonyok az egészségügyi dolgozók és a betegek kapcsolatában; a halál mindmáig tabukérdésnek tekinthető, nemcsak az egészségügyben, hanem a társadalomban is. Érdemes megvizsgálni, hogy egy kelet-európai országban, tíz évvel a politikai változásokat követően, amikor nyíltabban lehet beszélni mindenről, amikor a jogrendszer demokratizálódik és a társadalmi szervezetek szerepe megnövekszik, mennyire változik a szemlélet ezen a területen. Kutatást indítottunk a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézete keretében, amelynek célja a halállal, a haldoklással és a gyással kapcsolatos attitűdök feltárása az egészségügyben dolgozók körében.

Az egészségügyi szakképzés, valamint az egészségügyi felsőoktatás tananyagaiban nagyon keveset foglalkoznak a halállal és a haldokló betegek ellátásával. A kérdőíves felmérést megelőzően áttekintettük a hároméves ápolóképzés, valamint a hatéves orvosképzés tematikáit abból a célból, hogy objektív eredményeket nyerjünk a fent említett témáknak a curriculumokban való szereplését illetően. A 4600 órás ápolóképzés során összesen 33 óra jut ezekre a témákra (az összóraszám 0,7%-a), míg a 7000 órás orvosi curriculum során 34 óra (0,49%)! Egy – az egészségügyben létező tabukérdéseket vizsgáló – munkacsoport tagjai, amelynek résztvevői 10 európai országból érkeztek, hasonló eredményekre jutottak elsődleges vizsgálódásuk során, a tematikák áttekintése után [Arches: Association de Réflexion, de Communication Hospitalières et Educatives pour la Santé. Tabou et Santé. Droup de réflexion, 1997-1998. Paris. (Manuscript)].

Ezt követő kérdőíves felmérésünkben azt próbáltuk megvizsgálni, hogyan hat az egészségügyi dolgozóknak a haldoklókkal való kapcsolatára az, hogy képzésük során nem készítik fel őket a haldokló betegek speciális szükségleteire, a velük való kommunikációra. A kérdőívet eddig 182, a graduális, illetve posztgraduális képzésben részt vevő ápoló (172 nő, 10 férfi; átlagéletkoruk 34 év) és 288 budapesti és debreceni orvostanhallgató (180 nő, 108 férfi; átlagéletkoruk 20,8 év) töltötte ki. A hallgatók évfolyamok szerinti megoszlása a következő volt: 44 elsőéves, 50 másodéves, 118 harmadéves, 52 negyedéves és 22 ötödéves. (Ketten elfelejtették közölni az évfolyamukat.) A kérdőívre adott válaszokat az SPSS statisztikai programcsomag segítségével értékeltük. Ebben a tanulmányban nem térünk ki a vizsgálat összes kérdésére.

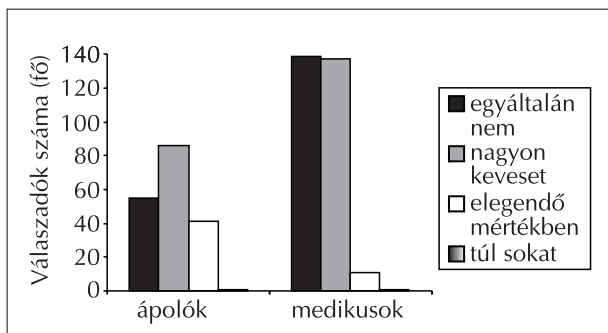
A vizsgálat ismertetése

Hipotéziseink szerint a medikusok és az ápolók nagyon keveset foglalkoznak a halállal, a haldoklással és a gyással a képzésük során – ezt a curriculumok, illetve akkreditációs dokumentumok eddigi átvizsgálása is megerősítette. Több kérdés (1–3.) ennek a hipotézisnek a bizonyítására szolgál akkor is, ha ezekben a kérdésekben sok lehet a szubjektív elem. Következő hipotézisünk: a gyerekek, fiatalok nem találkoznak a halállal, nem beszélnek róla a családban, keveset foglalkoznak vele a mindennapi életük során. Nem kísérik el a haldokló hozzátartozójukat. Mindez a halálfélelmet és a halál tabu jellegét erősíti (4–6. kérdés). Ugyanakkor azok a fiatalok, akiknek módjuk volt haldokló hozzátartozójukat és/vagy betegeiket elkísérni, természetesebben fogják fel a halált és halálfélelmük is csökken. Emellett a haldokló betegekkel való beszélgetés gazdagíthatja a személyiségüket, hiszen a haldoklótól sokat tanulhatunk (8–11. kérdés). A haldoklótól való félelem egyik okát a kommunikáció zavarai képezik: nem vagyunk arra szocializálva, hogy nyíltan beszéljünk a szenvedésről, betegségről, halálról. A törvény előírásai is kötik az egészségügyi dolgozót: nem világosíthatja fel a beteget, ha a kezelőorvos előzőleg nem mondta el az igazat. A törvény előírja a beteg felvilágosítását, de ez a gyakorlatban még nem valósult meg. Hipotézisünk volt, hogy amennyiben a kérdőívet kitöltő személy a 12. kérdésre azt válaszolja, hogy „a beteg joga tudni az igazságot”, de a 13. kérdésben nem jelöli meg a három válaszlehetőség között az igazságot, akkor valószínűleg „tanult” választ adott, és nem azt, amit valóban gondolt. A halálfélelem kiemelten jellemző az orvosokra (6, 7). A halálfélelem egyik kifejezési módja az, hogyan képzeljük el a saját halálunkat, illetve mások halálát. Hipotézisünk szerint a nagyobb halálfélelemmel rendelkezők gyors halált szeretnének, a kisebb halálfélelemmel rendelkezők olyan halált, amelyre felkészülhetnek (16. kérdés). Végül hipotézisünk volt, hogy az ápolók és a medikusok többsége nincs tisztában azzal, hogy mi jellemző a haldokló betegek számára valódi alternatívát jelentő hospice szellemű ellátásra (17. kérdés).

1. Eddigi tanulmányai során foglalkozott-e a haldokló betegek ellátásával?

A kérdőívnek erre a kérdésére az ápolók 30,1%-a (55 fő) válaszolta azt, hogy egyáltalán nem; 47%-a (86 fő) válaszolta azt, hogy nagyon keveset; 22,4%-a (41 fő) ítélte úgy, hogy elegendő mértékben és 1 fő pedig úgy, hogy túl sokat.

Az orvostanhallgatók esetében 48,1% (139 fő) válaszolta azt, hogy egyáltalán nem; 47,7% (137 fő) írta azt, hogy nagyon keveset; 3,8% (11 fő) eleget és 1 fő vélte úgy, hogy túl sokat.



1. ábra. Eddigi tanulmányai során foglalkozott-e a haldokló betegek ellátásával?

Összesen tehát hipotéziseinknek és a tematikák előzetes áttekintésének megfelelően a megkérdezett ápolók 77,1%-a, a orvosok 95,8%-a válaszolta azt, hogy eddigi tanulmányai során egyáltalán nem vagy nagyon keveset foglalkozott a haldokló betegek ellátásával (1. ábra).

2. Saját megítélése szerint hány órát foglalkozott a halállal, a haldoklással és a gyásszal eddigi tanulmányai során?

A megkérdezett személyek szubjektív megítélése szerint még kevesebbet foglalkoztak a fent említett témákkal, mint azt a tematikák áttekintése után nyert objektív eredmények – 33 óra az ápolók és 34 óra a orvosok esetében – bizonyították (1. táblázat).

3. Melyek azok a tantárgyak, amelyeknek keretében a legtöbbet foglalkoztak a fent említett témákkal?

Az ápolók esetében az ápolást, pszichológia és etika; orvosok esetében a pszichológia, belgyógyászat és a kommunikáció volt a leggyakrabban említett tantárgy. Az úgynevezett magatartás-tudományi ismereteknek tehát nagy szerepük van abban, hogy ezek a témák – legalább minimális szinten – ismertté váljanak az egészségügyi dolgozók számára.

4. Honnan szereztek leginkább máshonnan ismereteket a halállal kapcsolatban?

Az ápolók elsősorban a hozzátartozók elvesztéséből, munkahelyi tapasztalat révén és baráti kör-

1. táblázat. Saját megítélése szerint hány órát foglalkozott a halállal, a haldoklással és a gyásszal eddigi tanulmányai során?

Téma	Ápolók	Orvosok
Fájdalomcsillapítás	8 óra	3,4 óra
Palliatív terápia	8,7 óra	5,9 óra
Haldoklók pszichés gondozása	3,9 óra	2,4 óra
Etikai kérdések	2,2 óra	2,2 óra
Kommunikáció	2,2 óra	2,5 óra
Halál, gyász	1,7 óra	2,9 óra
Összesen:	26,7 óra	19,3 óra

2. táblázat. Beszéltek-e a halálról a családban gyermekkorában?

Választási lehetőség	Ápolók	Orvosok
Soha	11%	13,7%
Csak haláleset kapcsán	82%	67,3%
Éppen eleget	6%	17,6%
Nyomasztóan sokat	1%	1,4%

ből; a orvosok pedig hozzátartozók elvesztése során, baráti körből és szakkönyvekből. Mindkét csoport kevésbé választotta azt a válaszlehetőséget, hogy más képzések során szerzett ismereteket.

5. Beszéltek-e a halálról a családban gyermekkorában?

A kérdésre adott válaszok is igazolták azt a hipotézisünket, hogy a családban is nagyon keveset beszélünk a halálról – az egészségügyi dolgozók 93%-ának, a orvosok 81%-ának családja nem, illetve csak haláleset kapcsán beszélt a halálról gyermekkorában (2. táblázat).

6. Gyermekkorában milyen érzései, gondolatai voltak a halálról? (Több válasz is lehetséges volt.) (3. táblázat.)

7. Tanúja volt-e szakmai, illetve magánélete során méltóságteljes, békés haldoklásnak?

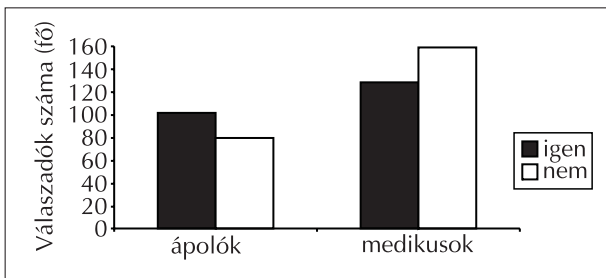
Az ápolók 44,9%-a (80 fő), a orvosok 67,7%-a (195 fő) válaszolta azt, hogy nem. Aki igennel válaszolt, az elsősorban a kórházakban volt tanúja a méltóságteljes, békés haldoklásnak (58, illetve 53 fő), otthon (42, illetve 48 fő); szociális otthonban (4, illetve 4 fő) és hospice-ban (2, illetve 4 fő).

8. Beszélgetett-e már haldoklóval szakmai és/vagy magánélete során az ápolási feladatokon kívül eső kérdésekről?

Erre a kérdésre az ápolók 45,2%-a (80 fő) és a orvosok 55,6%-a (159 fő) válaszolt nemmel. Mindenképpen elgondolkodtató, hogy gyakorlott egészségügyi dolgozóknak csaknem a fele és a orvosoknak több mint a fele nem beszélgetett még haldokló beteggel! (2. ábra)

3. táblázat. Gyermekkorában milyen érzései, gondolatai voltak a halálról? (Több válasz is lehetséges volt.)

Választási lehetőség	Ápolók	Orvosok
Rettegtem tőle	27,4%	20,6%
Természetesnek tartottam	20,6%	22%
Azt gondoltam, hogy aki meghal, jó helyre kerül (például a mennyországba)	21,7%	34,8%
Nem gondoltam rá	29,7%	30,3%
Egyéb	12%	21,3%



2. ábra. Beszélgetett-e már haldoklóval szakmai és/vagy magánélete során az ápolási feladatokon kívül eső kérdésekről?

Leggyakrabban érintett témák azok szerint, akik már beszélgettek haldokló betegekkel:

Ápolók szerint:

- félelmek, szorongások;
- a beteg családi kapcsolatai;
- a beteg testi panaszai.

Medikusok szerint:

- a beteg testi panaszai;
- félelmek, szorongások;
- a beteg családi kapcsolatai.

Kevésbé választották a többi válaszlehetőséget: a betegség története, a beteg életútja, a beteg aktuális kórházi ellátása, a betegség diagnózisa, prognózisa.

9. *Ki kezdeményezte a beszélgetést (beszélgetéseket)?*

Mind az ápolók, mind a orvosok esetében inkább a betegek kezdeményezték a beszélgetést (20%-kal több esetben). Ez azt jelenti, hogy a betegek jobban igénylik a beszélgetést, mint a körülötük levő szakemberek.

10. *Hogyan érezte magát a beszélgetés(ek) során?* (Több válasz is lehetséges volt.)

Leginkább választott lehetőségek:

Ápolók:

- együttéreztem a beteggel;
- fontosnak tartottam a beszélgetést;
- sajnáltam a beteget.

Medikusok:

- fontosnak tartottam a beszélgetést;
- együttéreztem a beteggel;
- sajnáltam a beteget.

Kevésbé választott lehetőségek: zavarban voltam, kínosan éreztem magam, szorongtam, természetesen tartottam a beszélgetést, megnyugvást hozott számomra a beszélgetés.

11. *Elhangzottak-e a beszélgetés során olyan kérdések, amelyekre ön nem tudott/nem akart válaszolni?* (Több válasz is lehetséges volt.)

Az egészségügyi törvény szerint a diagnózist csak a kezelőorvos közölheti a beteggel. A beteg joga megtudni betegségének diagnózisát, prognózisát. Az, hogy ez ilyen mértékben foglalkoztatja a továbbiakban is a betegeket, azt jelzi, hogy a felvilágosítási

4. táblázat. Elhangzottak-e a beszélgetés során olyan kérdések, amelyekre ön nem tudott/nem akart válaszolni? (Több válasz is lehetséges volt.)

Témák	Ápolók	Medikusok
A betegség diagnózisára	31,6%	18,5%
A betegség prognózisára	33,3%	45,5%
Állapot rosszabbodására	29,9%	26,1%
Halálfélelemre	14,5%	16,8%
A halál utáni létre	18,8%	9,2%
Egyébre	3,4%	10,1%

tás nem történt meg, illetve nem kielégítő módon. Vajon kitől és milyen válaszokat kapnak a kérdéseikre? (4. táblázat)

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

Érdekes, hogy a orvosok csaknem 20%-a szerint az orvos joga eldönteni, hogy a beteg megtudhatja-e vagy nem a gyógyíthatatlan betegség tényét – annak ellenére, hogy a felvilágosítási kötelezettséget a törvény előírja (kivétel, ha a beteg írásban lemond a tájékoztatáshoz való jogáról). Ugyanakkor mindkét csoportban a válaszolók több mint 60%-a szerint a beteg joga ezt eldönteni (5. táblázat).

A válaszok évfolyamok szerinti megoszlását vizsgálva kiderül, hogy a magasabb évfolyamú hallgatók közül többen választják azt a válaszlehetőséget, hogy a beteg joga eldönteni.

Kérdés, hogy valóban így gondolják-e, vagy ez inkább tanult válasznak tekinthető. Erre is választ találhatunk, ha a következő kérdést megvizsgáljuk:

13. *Ön szerint mit szeretne a haldokló elsősorban?* (Kértük, hogy a három legfontosabbat jelölje meg.)

Az ápolók által leginkább választott lehetőségek:

- szeretetteljes, megértő ápolást 73,5%,
- emberi méltóságának tiszteletben tartását 73,5%,
- fájdalomcsillapítást 48,1%.

A orvosok által leginkább választott lehetőségek:

- emberi méltóságának tiszteletben tartását 77,6%,
- szeretetteljes, megértő ápolást 66,4%,
- magányának oldását 49,7%.

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

Válaszok	Ápolók	Medikusok
Nem kell tudnia	1,7%	0,4%
Az orvos joga eldönteni	11,9%	19,8%
A beteg joga eldönteni	64,2%	61,1%
Igen, mindenképpen	22,2%	18,7%

A legfontosabbnak ítélt három lehetőség közül az első kettő azonos mindkét csoportnál, amely szerint a haldokló beteg elsősorban szeretetteljes, megértő ápolást és emberi méltóságának tiszteletben tartását szeretné. A harmadik választás eltért: az ápolók szerint a fájdalomcsillapítás, a medikusok szerint a magány oldása lenne fontos a haldokló számára. Elképzelhető, hogy ezen eltérés mögött a felelősség áthárítása is rejlik: a nővérek szerint az orvosnak többet kellene törődnie a beteg fájdalmainak csillapításával, míg a leendő orvosok szerint fontosabb az, hogy valaki legyen a beteg mellett.

Kevésbé választott lehetőségek arra vonatkozóan, hogy szerintük mit szeretne elsősorban a haldokló beteg: életének meghosszabbítását megfelelő terápiával, az igazságot, illetve reményt a halálig. Az igazság közlését az ápolók 12,7%-a, míg a medikusok 16,8%-a választotta a három legfontosabbnak ítélt megállapítás közül, ami arra utal, hogy szerintük a beteg számára nem annyira fontos az igazság, mint ahogyan azt az előző kérdésben jelezték.

14. *Igényli-e, hogy több ismeretet szerezzen a haldokló betegek humánus, hazugságoktól mentes ellátásáról?*

Az ápolók 76,7%-a, a medikusok 95,8%-a szeretne több ismeretet szerezni – leginkább az alapképzés, a szakmai továbbképzések, valamint az esetmegbeszélések során.

15. *Szívesen venné-e, hogy a betegtájékoztató terhet megossza más, segítő foglalkozású szakemberrel?*

Az egészségügyi dolgozók 32,4%-a szerint ez elsősorban az orvos feladata; 30,7% megosztaná lelkésszel és pszichológussal, illetve 24%-a a team tagjaival. A medikusok 22,6%-a tekinti ezt elsősorban orvosi feladatnak; 44%-uk megosztaná a terhet lelkésszel és pszichológussal, 20%-uk a team tagjaival.

16. *Mit tart jó halálnak az elmenő szempontjából? Ha választhatna, milyen halált biztosítana önmaga számára?*

Mindkét csoportban a válaszolók több mint 50%-a hirtelen, gyors halált szeretne mind önmagának, mind a haldoklónak és csak 15-25%-uk szeretne mind önmagának, mind a haldoklónak olyan halált, amelyre előre fel lehet készülni. Ez azt mutatja, hogy a megkérdezettek nem szívesen foglalkoznak ma, illetve nem foglalkoznának a halállal a későbbiekben sem. Emellett a köztudatban a halált fájdalommal, szenvedéssel teli időszak előzi meg, amit az emberek legtöbbször szeretne elkerülni és minél előbb átesni ezen az időszakon. Pedig vannak már olyan gondozási modellek, amelyekkel az élet minősége javítható, de az alábbi válaszokból kiderül, hogy a megkérdezett személyek ezekkel a gondozási formákkal nincsenek tisztában (6., 7. táblázat).

17. *Ön szerint mi jellemző a haldokló betegek hospice szellemű ellátására?*

6. táblázat. *Mit tart jó halálnak az elmenő szempontjából? Ha választhatna, milyen halált biztosítana önmaga számára? Az ápolók válaszai*

Választási lehetőség	Az elmenőnek	Önmagának
A hirtelen, gyors halált	64,7%	50,8%
Az előre várható halált, amelyre fel lehet készülni	15%	17,5
Mindegy, a halál csak rossz lehet/erre gondolni sem szeretek	20,2%	31,6%

7. táblázat. *Mit tart jó halálnak az elmenő szempontjából? Ha választhatna, milyen halált biztosítana önmaga számára? A medikusok válaszai*

Választási lehetőség	Az elmenőnek	Önmagának
A hirtelen, gyors halált	62,3%	50,6%
Az előre várható halált, amelyre fel lehet készülni	25,4%	24,3%
Mindegy, a halál csak rossz lehet/erre gondolni sem szeretek	11,5%	24,7%

Az ápolók közül tizenegyen nem válaszoltak, nyolcan egyéb válaszokat adtak:

- „Békés halál, a haldokló emberi voltát megőrizve segíteni utolsó óráiban.”
- „A békés halál biztosítása.”
- „Teammunka, a békés meghalást biztosítják.”
- „Nem hagyják magukra őket.”
- „Felkészítik a távozásra.”
- „Sajnos, igen keveset tudok róla, de többet szeretnék tudni!”
- „Felkészítik a halálra.”

A medikusok közül 24-en nem válaszoltak, 18-an egyéb válaszokat (is) adtak:

- „Segítenek nekik elviselni a szenvedéseket.” (I. évfolyam)
- „Ami a beteg (haldokló) számára csak pozitívumot jelenthet.” (I. évfolyam)
- „Támasz a haldoklónak.” (II. évfolyam)
- „Emberhez méltó halált biztosítanak.” (II. évfolyam)
- „Egy próbálkozás a haldoklók körülményeinek javítására. Nem kimondottan hatásos (nem terjed el), próbálkozásként mégis tiszteletre méltó.” (II. évfolyam)
- „A haldokló emberi méltóságának a megtartása.” (II. évfolyam)
- „Lelki segítyt nyújtanak.” (III. évfolyam)
- „Az elbúcsúzást segítik, a hozzátartozóval is kontaktusuk van.” (III. évfolyam)

8. táblázat. Ön szerint mi jellemző a haldokló betegek hospice-szellemű ellátására? Az ápolók válaszai

Foglalkozás	Nem tudom	Szükség esetén eutanáziát végeznek	Modern elfekvők	A haldoklók életminőségét javítják
Asszisztens	18	5	6	30
Szakasszisztens	2	–	–	20
Ápoló	8	3	1	11
Gondozó	21	3	–	8
Egészségnevelő	1	1	1	3
Bölcsődevezető	2	–	–	–
Védőnő	–	–	–	1
Nem szakmabeli	12	1	1	4
Összesen:	64 (37,2%)	13 (8,1%)	9 (5,8%)	77 (45,9%)

– „Sajnos pénzügyi okok miatt nem tudnak eleget tenni.” (III. évfolyam)

– „Megértést, szeretetet, megnyugvást adnak.” (III. évfolyam)

– „Lelki támogatást biztosítanak.” (III. évfolyam)

– „Emberközelibb.” (III. évfolyam)

– „Szeretettel ápolás hangsúlyozása.” (III. évfolyam)

– „Lelki segítség.” (III. évfolyam)

– „A beteg kívánságának megfelelően biztosítanak nyugodt, békés halált. Halálba segítenek emberségesen.” (IV. évfolyam)

– „Megfelelő körülményekkel, ellátással szükség van rájuk.” (IV. évfolyam)

– „A haldokló pszichés vezetése.” (V. évfolyam)

– „Lelki támogatás.” (V. évfolyam)

Az ápolók közül 77-en (42,7%), a orvosok közül 137-en (51,9%) adták a választási lehetőségek közül azt a választ, hogy „A haldoklók életminőségét javítják” – annak ellenére, hogy szinte tálcán kí-

9. táblázat. Ön szerint mi jellemző a haldokló betegek hospice-szellemű ellátására? A orvosok válaszai

Foglalkozás	Nem tudom	Szükség esetén eutanáziát végeznek	Modern elfekvők	A haldoklók életminőségét javítják
Orvos	96 (36,4%)	3 (1,1%)	13 (4,9%)	137 (51,9%)

náltak fel a helyes választ. Az egyéb válaszok sokszínűségéből ugyanakkor az derül ki, hogy sokan ráéreznek a hospice-filozófia lényegére (8., 9. táblázat).

18. Hívónek tartja-e magát?

Az ápolók 52,8%-a, a orvosok 63,9%-a vallotta magát hívónek. (Magyarországon a lakosság körülbelül 70%-a katolikus vallású, de arra nem kérdeztünk rá, hogy milyen vallású az illető.)

Megbeszélés

Első kérdőíves felmérésünk „látletnek” tekinthető. Az oktatási tematikák áttekintésén túl kutatásunk eddigi eredményei is bizonyítják azt a hipotézisünket, hogy az egészségügyi képzés, illetve továbbképzés során eddig nagyon keveset foglalkoztak a hallgatók a halállal, a haldoklással és a gyásszal. Ugyanakkor a családban sem történik semmilyen felkészítés ezeknek a témáknak a fogadására – maguk a családok sincsenek erre szocializálva. A megkérdezettek több mint fele gyermekkorában nem gondolt a halálra, illetve ha gondolt is, akkor csak rettegéssel. Halálról csak kivételesen – halálesetek kapcsán – esett szó. Az ezekből következő lelki, érzelmi felkészületlenség lehet az egyik oka annak, hogy kevesen keresik a haldokló betegekkel való kapcsolatot, kommunikációs lehetőségeket. Amennyiben létre is jön a beszélgetés – amit inkább a betegek, mint az egészségügyi személyzet kezdeményez –, számos további tabukérdés akadályozza a nyílt kommunikációt (lásd például a betegség prognózisára, a halál közeledésére vonatkozó kérdésekre adott válaszok kerülését).

Méltóságteljes, békés halált nem nagyon láttak a megkérdezettek, hiszen ma a halál legtöbbször fájdalmak, szenvedés közepette megy végbe olyan intézményekben, amelyek nincsenek felkészítve a haldokló betegek speciális szükségleteire. Nem csoda, hogy az ápolók és orvosok többsége hirtelen, gyors halált szeretne mind önmaga, mind a haldokló beteg számára. Kiderült az is, hogy – bár a hospice-mozgalom és intézményei lassan tíz éve léteznek Magyarországon – gyakori a tájékozatlanság, illetve félretájékoztatottság e gondozási modellel kapcsolatban, amely alternatívája lehet a fájdalommal, szenvedéssel járó meghalásnak.

Vizsgálatunk eredményei összhangban vannak számos külföldi kutatás adataival és következtetéseivel. Felmérésünk első részében megállapítottuk, hogy a képzésben – jelentőségéhez képest – túlságosan kis súllyal szerepelnek a halállal, a haldokló gondozásával kapcsolatos ismeretek, s különösen a klinikai periódusban kevés az ezzel kapcsolatos oktatás. Hasonló következtetésekre jutott Billings és Block (8), akik 350, a palliatív kezelés oktatásáról

szóló tanulmány elemzése alapján a következőket állapították meg az orvostanhallgatók ez irányú képzésével kapcsolatban: a curriculum egyes részei nincsenek összehangolva; a legfőbb képzési forma az (ezen a területen kevésbé hatékony) előadás; az oktatás nagyobb része a preklinikai szakban történik; az oktatásban nem fordítanak nagy figyelmet az otthoni ápolásra, a hospice-ra és az ápolási otthonokra; kevés a megfigyelhető magatartási minta, és a hallgatókat nem bátorítják arra, hogy a klinikai helyzetekben elemezzék saját reakcióikat.

Hull (9) megállapította, hogy az orvostanhallgatók kevés tapasztalattal rendelkeznek a haldoklásról. Tapasztalataikat inkább az egyetem megkezdése előtti időszakból, illetve a szociális környezetükből szerezték – ez jóval gyakoribb, mint az egyetemi évek alatti tapasztalatszerzés. Ez összecseng saját vizsgálatunk eredményével: mind az orvostanhallgatók, mind a nővérek főleg közeli hozzátartozójuk elvesztését és baráti körüket jelölték meg a halállal, haldoklással kapcsolatos tapasztalataik fő forrásaként.

Mivel eredményeink szerint a vizsgálatban résztvevők többsége még sohasem volt tanúja békés, méltóságteljes haldoklásnak, érthető, hogy – a társadalom ez irányú vélekedésével összhangban – mind önmaguk, mind hozzátartozóik számára elsősorban a gyors, hirtelen halált gondolják jobbnak. *McFarland* és munkatársai (10) ezzel egybecsengően arról számoltak be, hogy amikor egy tanatólogiai szeminárium keretei között arra kérték az orvostanhallgatókat, hogy töltsék ki saját, képzeletbeli halotti bizonyítványukat, akkor a hallgatók 84%-a saját halálának lehetséges okaként egy akut betegséget jelölt meg.

A vizsgálatunkban résztvevők átlagosan 51%-a még sohasem beszélgetett haldoklóval a szakmai kérdéseken kívül eső kérdésekről. Ez nyilvánvalóan összefügg az ezzel kapcsolatos félelmekkel. *Gates* és munkatársai (11) attitűdvizsgálatukban azt találták, hogy az orvostanhallgatókat és a nővéreket egyaránt a haldoklókkal való beszélgetéstől való félelem tartja leginkább távol a haldoklók gondozásától. Valójában azok, akik mégis vállalják ezt, pozitív tapasztalatokra tehetnek szert. Ezt igazolja saját vizsgálatunk eredménye is: mind az orvostanhallgatók, mind a nővérek jelentős számban fontosnak tartották a haldoklóval való beszélgetést, ritkán jelezték azt, hogy ez rossz hatással volt rájuk. [*Ross* és munkatársai 1997-ben elsőéves orvostanhallgatók számára tartottak egy háromórás szemináriumot a haldoklók gondozásáról (12), s már ez a – videobemutatót és esetmegbeszélést tartalmazó – rövid idő is elegendő volt ahhoz, hogy a hallgatók 72%-a úgy vélekedjen: a haldoklók gondozása az orvosnak hasznos tapasztalatává válhat.]

Mindez ismét visszavezet bennünket az oktatás fontosságának hangsúlyozásához. *Buss* és munkatársai (13) negyedéves orvostanhallgatók körében végzett vizsgálatukban megállapították, hogy a megkérdezett hallgatóknak csak 27%-a beszélt már pácienssel életvégi kérdésekről, s 65%-uk úgy vélekedett, hogy nem rendelkezik megfelelő felkészültséggel és ismeretekkel az életvégi kérdések terén. E két terület összefüggéseit elemezve a szerzők megállapították: az, hogy a hallgatók milyen mértékben szeretnek volna beszélgetni a haldoklókkal, korrelált az életvégi kérdésekkel kapcsolatos korábbi oktatással, valamint azzal a képességükkel, hogy definiálni tudjanak egy haladó irányzatot ezen a téren. Itt kell visszautalnunk arra, hogy a vizsgálatunkban résztvevők közel fele a könnyen kizárhatónak tűnő válaszlehetőségek közül sem tudta kiválasztani a hospice-gondozás jellemzőjét. Márpedig az ezzel kapcsolatos ismeretek hiánya nem csak a haldoklókkal való foglalkozás hiányosságainak prediktora lehet, hanem a későbbi orvosi munka során gátolhatja az orvos együttműködését a már működő hospice-szolgálatokkal is. *Miller* és munkatársai (14) családorvosok körében végzett vizsgálata megerősítette, hogy – bár az orvosok pozitív attitűddel rendelkeztek a hospice-szal kapcsolatban – a hospice-szolgálatokkal való együttműködésük legfőbb nehézségeként azt jelölték meg, hogy képzésük során nem kaptak megfelelő információkat a hospice-gondozásról.

Az ez irányú képzés hiányosságait az orvosok más vizsgálatokban is jelezték. *Abrens (5)* tanulmányában például a vizsgálatban részt vevő, sürgősségi ellátással foglalkozó orvosoknak csak 14%-a vett részt korábban életvégi kérdésekkel foglalkozó képzésen, ám 92%-uk tartana fontosnak egy ilyen jellegű képzést. Ilyen irányú képzéseket az orvostanhallgatók is igényelnek: a külföldi vizsgálatokban részt vevő orvostanhallgatók 80–92%-a jelezte: fontosnak tartja, hogy az életvégi kérdések oktatása a jelenleginél nagyobb súllyal szerepeljen a képzésben (12, 13, 15).

Következő feladatunk a kutatásban a megkérdezett személyek halálfélelmének mélyebb vizsgálata lesz a Lester- és Neirmyer-féle halálfélelem-skálák segítségével. Ugyanakkor már az eddigi eredmények alapján leszögezhető: alapvető fontosságú a szemlélet formálása társadalmi szinten, valamint az, hogy az egészségügyi képzések integráns részévé váljék a pszicho-onkológia és a tanatólogia eredményeinek oktatása. Alátámasztja ezt az az igény is, ami a megkérdezettek túlnyomó többsége részéről felmerült, hogy szeretnének több ismeretet szerezni ezekről a kérdésekről az alapképzések, szakmai továbbképzések, illetve esetmegbeszélések során.

IRODALOM

1. Ashby M, Wakefield M. Attitudes to some aspects of death and dying, living wills and substituted health care decision-making in South Australia: public opinion survey for a parliamentary select committee. *Palliat Med* 1993;7(4):273-82.
2. Catalan-Fernandez JG, Pons-Sureda O, Recober-Martinez A, Avela-Mestre A. Dying of cancer. The place of death and family circumstances. *Med Care* 1991;29(9):841-52.
3. Parkes KR. Stressful episodes reported by first-year student nurses: a descriptive account. *Social Science & Medicine* 1985;20(9):945-53.
4. Burton MV, Parker RW. Psychological aspects of cancer surgery: surgeons' attitudes and opinions. *Psycho Oncology* 1997;6(1):47-64.
5. Ahrens WR, Hart RG. Emergency physicians' experience with pediatric death. *American Journal of Emergency Medicine* 1997;15(7):642-3.
6. Temesváry B. A halálfélelem néhány sajátos aspektusa. *Orvosi Hetilap* 1996;137(26):1419-25.
7. Nagy Zs. A terminális állapot diagnózisának közlése és a saját halálhoz való viszony. *Lege Artis Medicinae* 1994;4(7):694-9.
8. Billings JA, Block S. Palliative care in undergraduate medical education: status report and future directions. *JAMA* 1997;278(9):733-8.
9. Hull FM. Death, dying and the medical student. *Medical Education* 1991;25(6):491-6.
10. McFarland KF, Rollins EC, Gonzalez MF, Rhoades DR. Dealing with death and dying. *Medical Education* 1994;28(2):136-8.
11. Gates MF, Kaul M, Speece MW, Brent SB. The attitudes of beginning nursing and medical students toward care of dying patients: a preliminary study. *Hospice Journal* 1992;8(4):17-32.
12. Ross DD, O'Mara A, Pickens N, Keay T, Timmel D, Alexander C, et al. Hospice and palliative care education in medical school: a module on the role of the physician in end-of-life care. *Journal of Cancer Education* 1997;12(3):152-6.
13. Buss MK, Marx ES, Sulmasy DP. The preparedness of students to discuss end-of-life issues with patients. *Academic Medicine* 1998;73(4):418-22.
14. Miller KE, Miller MM, Single N. Barriers to hospice care: family physicians' perceptions. *Hospice Journal* 1997;12(4):29-41.
15. Rappaport W, Witzke D. Education about death and dying during the clinical years of medical school. *Surgery* 1993;113(2):163-5.



Roskó Gábor grafikája