

A kórházi gyász hírközlés mentálhigiénés vonatkozásai

Avagy a gyász hírközlés során milyen mentálhigiénés szempontokat érdemes figyelembe venni, amelyek segíthetik a hozzátartozó gyázmunkáját, és megóvják a hírt közlő személyt a lelki túlterhelődéstől?

Hazánkban évszázadokig jellemző volt, hogy a haldoklót utolsó napjaiban, óráiban körülvette a család. Manapság azonban a betegek hetven százaléka kórházban hal meg. Az egészségügyi személyzet kénytelen átvállalni a haldoklók kísérését. Ez pedig jelentős stresszhelyzetet és lelki megterhelést jelent a szak személyzetnek. Kórházi keretek között a halál csak ritkán következik be a család jelenlétében, így az ellátó személyzetre, jellemzően az orvosra hárul a feladat, hogy a halál tényét közölje a hozzátartozókkal.

Az egészségügyi képzések során sajnos alig készítik fel az orvostanhallgatókat a hasonló helyzetek kezelésére, pedig a gyász hírközlés körülményei, a közlés mikéntje jelentősen befolyásolhatja a hozzátartozók gyász folyamatát.

Tanulmányomban arra keresem a választ, hogy hogyan lehet egyértelműen, mégis kíméletesen, empátikusan közölni a gyász hírt. Mit ajánlanak a mentálhigiénével foglalkozó szakemberek? Vannak-e olyan technikák, amelyek segítséget nyújthatnak ebben az orvos és a hozzátartozó számára egyaránt nehéz helyzetben?

Kulcsszavak: halál, gyász, önismeret, kommunikáció, empátia, kórház.

BEVEZETÉS

Az utóbbi évtizedekben a rohamszerű társadalmi változásokkal párhuzamban hirtelen és gyökeresen átalakult a halálhoz való viszonyunk. A modern kor embere egyre inkább tabuként kezeli a halált. Társadalmunk elidegeníti magától a veszteséget, a gyászt, az elmúlást.

Hazánkban évszázadokig jellemző volt az, hogy a haldoklót utolsó napjaiban, óráiban körülvette a család. A betegszoba ilyenkor nyilvános helyé vált. Jelen voltak a rokonok, a barátok. A szeretett személy halála ilyen módon közvetlenül látható, érezhető, megtapasztalható volt. A család természetesen részt vett az utolsó teendőknél, a halott mosdatásában, öltöztetésében, ravatalozásában.

Ma azonban Magyarországon – a KSH adatai szerint – a betegek hetven százaléka kórházban hal meg, ugyanakkor vizsgálatok szerint a betegek hatvan százaléka továbbra is otthon szeretne meghalni.¹ Utolsó napjaikra jellemzően azok is kórházba kerülnek, akiknek a halála várható, és a kórházi kezeléstől nem remélhető javulás. Az egészségügyi személyzet ezzel kénytelen átvállalni a haldoklók kísérését. Tanulmányok szerint az ápolók és orvosok munkájuk legstresszesebb részének a haldoklók gondozását és az elhunyt beteg hozzátartozóival való kommunikációt tartják.²

1 HEGEDŰS K. ÉS MTSAI: Ápolók és orvosok halállal és haldoklással kapcsolatos attitűdje, *Lege Artis Medicinae*, 2001/6–7., 492–499. ■ 2 Uo.

Kórházi keretek között a halál csak ritkán következik be a család jelenlétében, így az ellátó személyzetre, jellemzően az orvosra hárul a feladat, hogy a halál tényét közölje a hozzátartozókkal. Sajnos az egészségügyi képzések során alig készítik fel a hallgatókat a hasonló helyzetek kezelésére. Pedig a gyász hírközlés körülményei, a közlés mikéntje jelentősen befolyásolhatja a hozzátartozók gyászfolyamatát.

SZEMBESÜLÉS EGY HOZZÁTARTOZÓ HALÁLHÍRÉVEL

A gyász pszichológiájával foglalkozó szakemberek több szakaszra osztják a gyász folyamatát. Az első a „sokk” fázisa, vagyis a hozzátartozó haláláról való értesülés és az ezt követő néhány óra, illetve nap.³

Egy szeretett személy halála az egyik legnagyobb veszteség és fájdalom, ami érhet egy embert. A szembesülés a halál tényével mindenki számára hatalmas stresszhelyzet. Azonban nagy egyéni különbségek vannak abban, ahogy az érintettek a halálhírt fogadják. A reakciót meghatározza a túlvilágról alkotott képük, az, ahogy általában a veszteségeket megélik, a hozzátartozóval való érzelmi kapcsolatuk, a halált megelőző történések, a közlés körülményei, módja.

A leggyakoribb reakció a tagadás. A hozzátartozókban gyakran felmerül, hogy csak félreértésről van szó, vagy egy izléstelen viccről, főleg amennyiben a halál váratlanul következett be.

A hírt fogadó hozzátartozók sokszor bénultságot, kábultságot éreznek, ami késlelteti a valóság felfogását, a környezetüket csak homályosan érzékelik. Ez a zsidbadság segít fokozatosan közel engedni a veszteség súlyát, és enyhíteni a traumatizáló hatást. Egyesek az érzelmeik kontrollálhatatlanságát élik meg.

Vannak, akik szinte rezzenéstelenül hallgatják végig az orvos mondandóját, mintha meg sem érintené őket a hír, van, aki elájul vagy sír, esetleg magából kikelve sikoltozik, kiabál, dühöng. E reakciók mindaddig természetesnek tekintendők, míg senkire sem jelentenek veszélyt.⁴

A hazánkban általánosan megjelenő gyászelfojtó felfogás okán ritkábbá vált az erős érzelmi töltetű reagálás, például a hangos jajgatás, siratás. Azonban ez bizonyos kultúrkörökben (így a roma kisebbségnél) továbbra is általánosan elfogadott.⁵

Olyan hozzátartozóknál, akikkel a halálhírt kapkodva, alig néhány perc alatt közölték, később komplikált gyász és szomatikus distressz (légszomj, szédülés stb.) alakulhat ki.⁶ (Akkor beszélhetünk komplikált gyásról, ha a gyász intenzitása, időtartama vagy jellege jelentősen eltér a gyászoló kulturális közegétől.)

Nem mindegy, hogy a haláleset váratlan vagy várható volt, a kettő között a halálhír fogadását illetően is jelentős különbségek adódnak.

Azokban az esetekben, amikor a halált haldoklási fázis előzi meg, a hozzátartozónak van ideje megélni a halált előkészítő élményeket, van lehetősége készülni a veszteségre. Az irodalom *anticipációs* (megelőlegező) gyásznak hívja, amikor a hozzátartozó a várható halál

3 PILLING J.: *A gyász hatása a testi és lelki állapotra*, doktori értekezés, Semmelweis Egyetem, Budapest, 2012.

■ 4 UŐ: *Orvosi kommunikáció*, Medicina, Budapest, 2008. ■ 5 UŐ: *A búcsú méltósága*, *Kharón*, 2004/3., 15–60. ■ 6 ZELENA A.: *A halálhír közlése mint kommunikációs gesztus*, *Kharón*, 2015/3., 33–41.

bekövetkezte előtt sokat foglalkozik a majdani veszteséggel. Ez a későbbiekben megkönnyítheti a valóban bekövetkező veszteség elviselését.⁷ Ilyenkor a halálhír kevésbé hat sokk-szerűen.

Amikor a halál előzménye hosszú, akár évekig tartó betegség és haldoklás, akkor a halálhír akár megkönnyebbülést is hozhat. (Ez a megkönnyebbülésérzés a gyász folyamat során büntudat kialakulásának is oka lehet.)

Amikor a szeretett személy elvesztése váratlan, a gyász hír villámcsapásként hat, óriási stresszhelyzet elé állítva a hozzátartozót, különösen azokban a helyzetekben, amikor az elhunyt fiatal vagy gyermek, illetve erőszak áldozatává vált. Ilyenkor gyakrabban lehet számitani szélsőséges érzelmi és viselkedésszerű reakciókra.

Abban is nagy egyéni eltérések vannak, hogy a halálról való értesülés után a hozzátartozók meg akarják-e nézni a holttestet, esetleg részt kívánnak-e venni a halott körüli teendőkben (például mosdatás), hogyan szeretnék búcsúzni tőle, mennyi időt kívánnak eltölteni mellette.

Elsőre talán bizarrnak tűnhet a hozzátartozó igénye, hogy saját maga mosdathassa az elhunytat, de hazánkban évszázadokig általános volt, hogy a halottat a családtagok mosdatták, öltöztették, majd ők is ravatalozták fel. A ravatal mellett a családtagok virrasztottak. Mára ez szinte teljesen kikopott. A halottak látványától sokan félnek, sok felnőtt ember soha életében nem látott, érintett meg elhunytat. Ez különösen érdekes annak fényében, hogy a médiában rengetegszer lehet találkozni a halállal. Az akciófilmekben tízesével halnak meg emberek, általánosak a zombis (élőhalott témájú) filmek.

A fentiekből is látszik, hogy nagyon sok minden befolyásolja azt, ahogyan a különböző emberek a halálhír közlésére reagálnak, ezért nehéz egyértelmű következtetéseket levonni, hogy a közlés körülményei később pontosan milyen hatást váltanak ki az egyén gyász folyamatát tekintve. Az mégis érezhető, hogy egy szeretett személy elvesztését megtudni az egyik legnagyobb stresszel járó szituáció, és a további életet leginkább befolyásoló események közé tartozik.

Annak ellenére, hogy ilyen komoly jelentőségű életeseményről van szó, ez a mai egészségügyi gyakorlatban meglátásom szerint méltatlanul elhanyagolt terület.

A HALÁLHÍR KÖZLÉSE AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZEMÉLYZET SZEMSZÖGÉBŐL

A különböző orvosok egészen eltérő stílust és magatartást tanúsítanak egy-egy elhunyt páciensük hozzátartozóinak értesítése során. A kommunikáció jellemzőit, a közlés mikéntjét meghatározzák a közlő fél személyiségjegyei, a halálhoz való viszonya, tapasztalatai, önismereti szintje.⁸

Létezik olyan elmélet, mely szerint az orvosok valamiféle kompenzációként választják hivatásukat, hogy a halállal kapcsolatos átlagon felüli félelmüket kordában tudják tartani. *Feifel* szerint egyes orvosoknál az átlagosnál magasabb szorongási szint befolyásolja a pályaválasztást, mert a gyógyítás folyamata, a megszerzett tudás valamelyest ellensúlyozza a halállal kapcsolatos szorongásokat. *Wahl* szerint bizonyos esetekben az orvosi

7 PILLING J.: *A gyász hatása a testi és lelki állapotra*, i. m. ■ 8 HOVÁNYI M.: *Hogyan kommunikáljuk a halálhírt?* <https://szonokszuletik.wordpress.com/2015/08/13/hogyan-kommunikaljuk-a-halalhirt/>



pályaválasztás egyfajta kontrafóbiás reakcióképzés, melynek során az illető azt a tevékenységet végzi, amely azelőtt félelemmel töltötte el.⁹

Más vizsgálatok arra mutattak rá, hogy az egészségügyi személyzet számára különösen nagy megterhelést jelent a haldoklókkal foglalkozás, a haldokló családjával való érintkezés, legfőképpen pedig a gyászír kommunikálása.¹⁰

Ehhez járul még a társadalmunkban fellelhető haláltagadó alapbeállítódás, melynek következtében az élet végeessége tabutémává vált.

Az orvostanhallgatóknak képzésük során az anatómia és a patológia tárgyak kapcsán kell először konfrontálódniuk az elmúlással. A növendékek 40 százaléka ezeken a gyakorlatokon lát életében először holttestet. Az első patológiagyakorlat rendszerint nagy szorongással tölti el a hallgatókat. A környezet és a szituáció teljesen személytelen. A látottak gyakran felkavarók.

Az orvostanhallgatók többsége a klinikai gyakorlatok során egyáltalán nem lát méltóságteljes halált.¹¹ Az intézményi halál általában fájdalmas és szenvedésekkel teli. A személyzet jellemzően elkerüli a haldoklóval és családjával való, az aktuális állapoton túlmutató kommunikációt.

Az egészségügyi személyzet képzésében aránytalanul kevés idő jut a halállal, haldoklással kapcsolatos témákra. Az ápolóképzés összóraszámának 0,7 százalékát fordítják ilyen témákra. Az orvosképzésben ez 0,49 százalékot tesz ki.

Régóta praktizáló orvosokkal készült interjúk mutattak rá, hogy többségük pontosan, részletgazdagon emlékszik praxisa első halottjára, a halál körülményeire, a hozzátartozókkal folytatott beszélgetésére. Ez azzal hozható összefüggésbe, hogy a páciensek halála és a halálhír közlése sok esetben traumatizálja az orvost. A traumatizáció jellemzője, hogy a hírt közlő orvos emlékeiben, álmaiban vissza-visszatér a közlés fájdalmas emléke, és ez hosszas gyötrelmet okoz. Traumatogén esetek hatására (újabb haláleset, hasonló betegséggel küzdő páciens) az emlékek újból előtörnek, majd nyugalmi szakaszba húzódnak vissza. Esetenként évek múlva, lappangva kerülnek elő, valamilyen egyéb tünet (szomatikus betegség, alvászavar, dühkitörések) mögött meghúzódó okként. Ezt az állapotot meg lehet feleltetni a poszttraumás stressz zavarnak. A trauma mögött gyakran felfedezhető az orvos kudarcélménye, szégyenérzete.¹²

A betegek halálával kapcsolatos félelmek az orvos egész munkájára, hivatására rányomhatják bélyegüket.

Ezeket mind figyelembe véve két szempontot tartok kiemelkedő jelentőségűnek: az orvos önismereti állapotát, és azt, hogy a felgyülemlt terheket hogyan tudja letenni a válláról.

Az önismeret fejlesztése sokat segíthet, mert a személy így ráláthat saját gyengeségeire, vakfoltjaira, s támpontokat kap számára félelmetes helyzetekben tanúsított viselkedésének megértéséhez.

9 NAGY Zs.: A terminális állapot diagnózisának közlése és a saját halálhoz való viszony, *Lege Artis Medicinae*, 1994/7., 694–699. ■ 10 HEGEDŰS K. ÉS MTSAI: Ápolók és orvosok halállal és haldoklással kapcsolatos attitűdje, i. m. ■ 11 HEGEDŰS K. ÉS MTSAI: Orvosok halállal és haldoklással kapcsolatos attitűdjei, *Orvosi Hetilap*, 2002/42., 2385–2391. ■ 12 BERTA E. – ZELANA A.: Orvosok, rezidensek halálhírközlési traumái a gyakorlatban, *Lege Artis Medicinae*, 2015/11–12., 550–551.

Hoványi Márton az alábbi konkrét önismereti kérdések ismételt végiggondolását javasolja a praktizáló orvosoknak:

- Mostanában mennyire éltem át veszteségeket az életemben?
- Milyen vagyok, ha elveszíték egy számomra fontos tárgyat, barátságot, szerelmet?
- Halt-e már meg közeli hozzátartozóm vagy fontos emberem?
- Ha igen, mit éltem meg akkor, milyen érzések jönnek fel, ha visszagondolok erre?
- Tartok-e a saját halálomtól?
- Ha igen, mi a legfélelmetesebb benne, és mi az, amit (akár csekély mértékben is) jónak gondolok róla?
- Van-e olyan lehetőségem/személyem/kapcsolatom, amit/akit elveszítettem ugyan, de igazán nem tudtam még meggyászolni?
- Az a betegem, aki most meghalt, emlékeztet-e valakimre az életemből?¹³

A másik említett fontos szempont, hogy az egészségügyi személyzet tagjainak van-e lehetőségük és igényük letenni a felgyülemlett terheiket. Orvosokkal készített interjúkból¹⁴ nyilvánvalóvá vált, hogy többségük egyáltalán nem használ szupervíziót, sőt még ventilációs felületük sincs. *Berta Emese és Zelena András* tanulmányában a nyolcvan megkérdezettnek több mint a fele beszámolt arról, hogy az első halálhírközlése során distresszt élt át, az interjúalanyok közül mégis csupán ketten vettek igénybe később külső segítséget a feszültség enyhítésére. A megkérdezettek legnagyobb hányada a gyengeség jeleként értékelte, ha külső segítséget kér a betegek halálával kapcsolatos nehézségei miatt.

Hazánkban sajnálatos módon egyáltalán nem jellemző, hogy a betegellátásban dolgozó orvosok foglalkoznának önismereti kérdésekkel vagy ventilációs és szupervíziós lehetőségekkel. Könnyű belátni, hogy ilyen körülmények között a halálhírt rendszeresen közölni kénytelen személyek valamiféle védelmi rendszert építenek ki. Legtöbbször igyekeznek érzelmileg távol maradni a helyzettől, és lehetőség szerint minél gyorsabban szabadulni a kényelmetlen, megterhelő szituációkból.

Mindezek mellett elmondható, hogy az orvosok kevés olyan kommunikációs és pszichológiai ismeretanyaggal rendelkeznek, amely segítené őket a betegekkel való kommunikációban és a hozzátartozók tájékoztatása során. Magyarországon 1999-ben végzett az első olyan évfolyam, ahol a képzés része volt az orvosi kommunikáció. A *Pilling János* által szerkesztett *Orvosi kommunikáció* című tankönyvön kívül magyar nyelven meglehetősen szegényes a rossz hírek közlésének irodalma. Az orvosok és nővérek e téren megfigyelhető kommunikációs hiányosságaira nemzetközi cikkek is felhívják a figyelmet. Vizsgálatok igazolták,¹⁵ hogy azok az orvosok, akik megfelelő kommunikációs sémákat használnak az érzelmileg megterhelő szituációkban, sikeresebben tudnak kommunikálni, és kevesebb stressz éri őket.

13 HOVÁNYI M.: *Hogyan kommunikáljuk a halálhírt?*, i. m. ■ 14 BERTA E. – ZELANA A.: *Orvosok, rezidensek halálhírközlési traumái a gyakorlatban*, i. m. ■ 15 L. FALLOWFIELD – V. JENKINS: *Communicating sad, bad and difficult news in medicine* (Review), 312, *The Lancet*, vol. 363, January 24, 2004.

A HALÁLHÍR KÖZLÉSÉNEK ÁLTALÁNOS GYAKORLATA A HAZAI KÓRHÁZAKBAN: JOGI ÉS SZABÁLYOZÁSI HÁTTER

A hazai jogrendben a halottakkal kapcsolatos tennivalókkal és a hozzátartozó (vagy ahogy a jogi anyagban szerepel, a „temettetésre kötelezett személy”) értesítésével a halottvizsgálatról és a halottakkal kapcsolatos eljárásról szóló 351/2013. (X. 4.) kormányrendelet foglalkozik.

A kormányrendelet eligazítást ad arról, hogy a hozzátartozó értesítése egyes esetekben kinek a feladata. A 3. §-ban olvasható, hogy általános esetben (a kórházi halálozások nagyobbik részében) a halottvizsgálatot végző orvos köteles az „elhunyt eltemettetésre kötelezettet” értesíteni. Arra vonatkozólag, hogy az értesítés mikor történjen, nincs konkrét utasítás. A rendelet így fogalmaz: „A halál okát megállapító orvos a halottvizsgálati bizonyítvány kiállításáról – lehetőség szerint rövid úton – értesíti az eltemettetésre kötelezettet” (42. §). Az értesítés formájáról azonban nem szerepel konkrét rendelkezés a hatályos jogban.

Az ismertett jogi háttérből következik, hogy a különböző kórházakban eltérő lehet a tájékoztatás gyakorlata. Az orvosoknak intézményük szervezeti és működési szabályzata (SZMSZ), főigazgatói és osztályvezetői rendelkezések, illetve osztályuk szokásai adhatnak támpontot az ügyben.

A munkahelyem (egy megyei kórház) SZMSZ-e a következőket tartalmazza e kérdésről:

„A betegellátó osztályok kötelesek a beteg hozzátartozóját telefonon vagy táviratilag haladéktalanul értesíteni az alábbi esetekben:

- a beteg állapotában váratlan, súlyos fokú rosszabbodás, illetve életveszély következett be;
- a beteg halála esetén.”

„A haldokló beteghez a nővér köteles orvost hívni, aki a körülményektől függően dönt a haldokló elkülönített elhelyezéséről. A hozzátartozók, illetve egyéb, a beteg által kért személyek a beteget látogathatják.”

Praktizáló kollégákat megkérdezve és az interneten kutakodva a következő gyakorlatot találtam jellemzőnek:

A halál bekövetkeztét szinte minden alkalommal a kezelőorvos vagy az ügyeletes orvos közli az egészségügyi dokumentációban megjelölt legközelebbi hozzátartozóval.

Amennyiben a halál a sürgősségi ellátórendszeren belül történik, a hozzátartozók általában az intézményben tartózkodnak (a folyosón várakoznak). Balesetnél többnyire a rendőrség értesíti a hozzátartozókat, akik ezután legtöbbször haladéktalanul felkeresik a kórházat. Ilyenkor egyértelmű, hogy a halál tényének közlése személyesen történik.

Ennél gyakoribb, hogy a beteg hosszabb-rövidebb kórházi kezelést követően hal meg, ebben az esetben a hozzátartozók általában nincsenek jelen az intézményben. Ilyenkor a halál megállapítása után az orvos telefonon keresi meg a hozzátartozókat. A vonal másik végén lévő családtag sokszor az orvos bemutatkozása után (főleg, ha a hívás éjjel, hajnalban történik) saját maga mondja ki a halál tényét. (A halálhírközléssel foglalkozó más irodalomban is általánosnak találták ezt.¹⁶⁾

Amennyiben a legközelebbi hozzátartozó nem érhető el rövid időn (a szabályozástól függően négy-hat órán) belül, úgy az orvos köteles táviratot küldeni az elhunyt laccímére. A táviratok formáját, szövegét általában az adott kórház vezetése határozza meg központilag, de a legtöbbször formanyomtatványról van szó.

Előfordultak nagy port kavaró esetek is, például amikor egy kórház SMS-ben küldte el a halálhírt a legközelebbi hozzátartozó telefonszámára.¹⁷

Az ilyen témájú beszélgetések – akár személyesen, akár telefonon zajlanak – többnyire röviddek. A személyes beszélgetés jellemzően a folyosón történik, általában mások jelenlétében.

Amennyiben van kórházzsintű útmutatás a halálhír közlésének mikéntjéről, az jellemzően tartalmazza, hogy a tájékoztatás során a közlő személynek legalább egyszer (egy kórházakban kétszer) ki kell mondania a „meghalt” szót.¹⁸

A közlés a halál tényén túl általában a további teendőkre vonatkozó praktikus információkat is magában foglalja. Egyes kórházakban ezeket a gyakorlati információkat írásos formában is elérhetővé teszik. Ezek az információk sajnos csak nagyon ritka esetben tartalmazzák azon fórumok (pszichológus, mentálhigiénés szakember, lelkipogozó, gyászcsoporthoz stb.) elérhetőségét, ahol a gyászolóknak segítséget kaphatnak a veszteség következtében kialakuló nehézségekkel szemben.

Eltérő a gyakorlat arra vonatkozóan, hogy miután az érintettek értesültek a veszteségről, hol és milyen formában búcsúzhatnak el halottjuktól. Egyes helyeken ez a kórteremben történhet, máshol egy elkülönülő vizsgálóban, legtöbbször azonban a patológiai osztályon van erre lehetőség.¹⁹

A HALÁLHÍR KÖZLÉSE MENTÁLHIGIÉNÉS SZEMSZÖGBŐL

A következőkben arra a kérdésre keresem a választ, hogy milyen módon lenne érdemes közölni a gyászhírt, milyen mentálhigiénés szempontokat volna jó figyelembe venni a témával kapcsolatban, és milyen eszköztárat használhat a rossz hír közlője.

A hozzátartozók gyászfolyamatát jelentősen meghatározza, hogy milyen volt a kapcsolatuk a haldoklóval az utolsó időszakban. Amennyiben a páciens halála előre látható, mindenképpen érdemes felkészíteni a családot a várható rossz kimenetelre (amennyiben a beteg hozzájárult ehhez). Sok esetben a páciens és a hozzátartozók egyaránt tisztában vannak a betegség gyógyíthatatlanságával, ezt mégis titkolják egymás előtt, kommunikációs zavart idézve elő ezzel. E kommunikációs zavar leküzdésében segíthet az orvos, ha időnként a beteggel és a hozzátartozókkal közösen is beszélget a beteg állapotáról. A nyílt kommunikáció teret enged az érzések megosztásának, és jelentős segítséget nyújt a haldoklónak és a családnak. Ha az érintettek igénylik, fontos elősegíteni, hogy a hozzátartozó(k) jelen lehessen(ek), amikor bekövetkezik a halál.²⁰ Erről is rendelkezik az egészségügyi törvény 99. §-a: „A beteg jogosult fájdalomának csillapítására, testi tüneteinek és lelki szenvedéseinek enyhítésére, valamint arra, hogy hozzátartozói és a vele szoros érzelmi kapcsolatban álló más személyek mellette tartózkodjanak.”²¹

17 JANCSEKÓ K.: *Rokona elhunyt szomorú szmájli*: http://index.hu/belfold/2013/08/16/a_torvenyt_nem_serti_az_sms-halalhir/ ■ 18 ZELENA A.: A halálhír közlése mint kommunikációs gesztus, i. m. ■ 19 PILLING J.: A búcsú méltósága, i. m. ■ 20 UÓ: *Orvosi kommunikáció*, i. m. ■ 21 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről.

Amennyiben a hozzátartozók jelen vannak a halál pillanataiban, személyesen élhetik át a beteg távozását az életből, s ez minden halálhírközlési módnál személyesebb, emberibb, és a későbbi gyász munkára is ez van a legjobb hatással.

Sok esetben azonban a hozzátartozók nincsenek jelen a halál bekövetkeztekor, és ilyenkor az orvosnak kell értesítenie a dokumentációban megjelölt legközelebbi hozzátartozót.

Hazánkban a leggyakoribb közlési mód a telefonos értesítés. A legtöbb hozzátartozó elérhető telefonon, így ez a forma gyors és egyszerű (vagy inkább egyszerűnek tűnő) alternatívát jelent az orvosok számára. Az orvosi kommunikációval foglalkozó szakemberek azonban óva intenek e közlési mód általános használatától. Pilling János a következő javaslatokat teszi a telefonos közléshez: „Telefonon a halál híre leginkább akkor közölhető, ha a beteg hosszan tartó betegségben szenvedett, állapota fokozatosan romlott, halála előre látható volt, s a halál híret közlő orvosnak a beteggel és a hírt fogadó hozzátartozóval egyaránt volt kapcsolata.”²²

J. P. Frost és munkatársai tanulmányukban²³ a következő szempontokat tartják mérlegelendőnek annak eldöntésénél, hogy a hozzátartozó értesíthető-e telefonon: Várható volt-e a halál, vagy váratlan? Gyermekek/ifjúkorú-e a halott? Van-e, aki érzelmi támaszt nyújtson a hozzátartozónak, vagy egyedül él? Van-e a hozzátartozónak olyan betegsége, amely súlyosbodhat a halálhír okozta stressz miatt? Megoldható-e a hozzátartozó kórházba utazása, milyen messze lakik a kórháztól? Amennyiben az elhunyt gyermek vagy fiatal, a halála váratlanul történt, a hozzátartozó egyedül él, és nincs érzelmi támasza, van olyan betegsége, ami súlyosbodhat a hír hallatán, illetve nem ismert a családi háttere, Frosték azt javasolják, hogy a gyász hír közlése személyesen történjen. Azt tanácsolják, hogy a hozzátartozót a nővér hívja fel, és annyit közöljön, hogy az illető kórházba került, s ha lehetséges, a hozzátartozók minél előbb menjenek be a kórházba. A nővér a beteg állapotáról nem tájékoztathatja a családot, a további részletekről az orvos beszélhet személyesen.

Mint már említettem, ha ismert volt a páciens betegsége, kórházi kezelése, rossz állapota, a telefonon bemutatkozó orvost hallva, főleg ha amúgy szokatlan időpontban történik a hívás, a hozzátartozó sokszor maga mondja ki a halál tényét. Az orvosnak szinte lehetősége sincs közölni a rossz hírt. Ez látszólag egyszerű, az orvosnak nem sok dolga van a kommunikációs eszközökkel. Azonban előfordul, hogy komplikált gyással küzdő személyek későbbi beszélgetések során²⁴ épp azt nehezményezik, hogy még a halálhírt sem közölte velük senki. Tehát még akkor is fontos a halál tényének közlése, ha azt a hozzátartozó már kimondta. (Például: „Doktor úr, ugye azért telefonál, mert meghalt a férjem?” „Sajnos igen, így van, a férjének ma éjjel súlyosbodott az állapota, és éjjel kettőkor meghalt.”)

A rutinszerű telefonos tájékoztatás helyett ajánlott előtérbe helyezni a személyes beszélgetést. Nem mindegy azonban, hogy a személyes találkozás hol és hogyan történik. A halálhírközléssel kapcsolatos tapasztalataikról megkérdezett gyászolók leginkább a bizalmas légkör hiányát és a két beteg közötti, kapkodó közlést nehezményezték.²⁵

22 PILLING J.: Orvosi kommunikáció, i. m. ■ 23 J. P. FROST ÉS MTSAI: Managing sudden death in hospital, *BMJ*, 2010; 340: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.c962> ■ 24 ZELENA A.: A halálhír közlése mint kommunikációs gesztus, i. m. ■ 25 L. FALLOWFIELD – V. JENKINS: Communicating sad, bad and difficult news in medicine, i. m. ZELENA A.: A halálhír közlése mint kommunikációs gesztus, i. m.

A hozzátartozók számára kiemelkedő jelentőségű bizalmas légkör és megfelelő mennyiségű idő a rossz hírek közlésének különféle protokolljaiban is fontos szerepet kap.²⁶

Ideális esetben a beszélgetés helyszíne alkalmas arra, hogy a résztvevők leüljenek, biztosítható a zavartalanság (nem csörög telefon, nincs átmenő forgalom, csak az van jelen, akinek helye van ott), esetleg rendelkezésre áll zsebkenő, víz és pohár. Frost és munkatársai ajánlják, hogy a kórház sürgősségi osztálya közelében legyen egy „hozzátartozói szoba”, amely kényelmes, és az ajtaján „Ne zavarjanak” felirat áll. Itt lehet leültetni a családtagokat, amíg várnak a tájékoztatásra, de ide jöhetnek azok a családok is, amelyeknek a hozzátartozója életéért küzdenek a sürgősségi osztályon, és a helyzet kimenetele kétséges. (A szerzők azt is javasolják, hogy ilyen esetben a család mellett legyen jelen egy pszichológus vagy ápoló.) Megítélesem szerint ennek hazánkban is lenne haszna, mert a sürgősségi ambulanciák azok a helyek, ahol a legnehezebben biztosítható nyugalmas, privát helyszín. Jellemzően két helyszín adódik a tájékoztatásra: a zsúfolt váróterem, vagy a vizsgáló, ahol jelen vannak az adminisztrátorok, az ápolók és a beteghordók. Egyéb osztályokon általában van olyan orvosi szoba vagy vizsgáló, ahol le lehetne ültetni a családot a beszélgetéshez, ettől függetlenül sajnos ezeken az osztályokon is jellemzőbb, hogy a folyosón állva közlik a rossz hírt.

A szerettüket elvesztők számára a nyugodt helyszínen és a megfelelő időn túl a hírt közlő személy hozzáállása és ismeretei, valamint a hír érthetősége, tisztasága tűnik a legfontosabbnak.²⁷

A beszélgetés következő szakaszában a sokkos állapotban lévő gyászolókkal általában közölnek egy sor hivatalos információt a boncolásról, a halott értékeiről stb. Ezt a hozzátartozók jellemzően már nem tudják befogadni. Célszerűbb volna ezeket az információkat írásos formában átnyújtani. Néhány kórházban már létezik ilyen dokumentum, melyet a gyászolók megkapnak, és az később segítséget jelent az ügyintézésnél. Ideális lenne, ha e papírok tartalmaznának olyan elérhetőségeket (pszichológus, gyászfeldolgozó csoport, mentálhigiénés szakember stb.), ahol a gyászolók segítséget kaphatnak veszteségük feldolgozásában.

Amennyiben a hozzátartozó néhány órán belül nem érhető el, a halálhírt írásos formában közlik vele. Legtöbbször egy általános sablonszöveget tartalmazó táviratban értesítik, de mint korábban említettem, volt már rá péda, hogy nem táviratban, hanem SMS-ben kapta meg a gyász hírt a hozzátartozó.

Az írásos közlés magára hagyja az érintettet hatalmas stresszhelyzetében, semmilyen érzelmi támogatást nem ad neki, a formaszöveg pedig személytelenné teszi a tájékoztatást. Az SMS-ben való értesítést jogszabály ugyan nem tiltja, de az emberi méltóság tiszteletével nem fér össze.

Vannak esetek, amikor elkerülhetetlen az írásos tájékoztatás, mert a hozzátartozó hosszabb idő után sem érhető el. Érdemes volna kizárólag ezekre az esetekre korlátozni az írásos forma használatát.

A halálról való értesülés után sokakban jelentkezik az igény, hogy láthassák halottjukat. Ennek a kérésnek a teljesítése az egész gyászfolyamat szempontjából meghatározó jelentőségű lehet. A halál tudatosulásának fontos része a részvétel a halott élettől való

26 J. P. FROST ÉS MTSAI: Managing sudden death in hospital, i. m. PILLING J.: *Orvosi kommunikáció*, i. m.

■ 27 L. FALLOWFIELD – V. JENKINS: Communicating sad, bad and difficult news in medicine, i. m.

eltávolításának rítusaiban. E folyamatnak része a halott megtekintése, megérintése is. Sőt a halott öltöztetése, mosdatása is ilyen rítus lehet, s erre a felmerülő igény esetén lehetőséget kellene biztosítani a rokonok számára.²⁸ Azok, akik nem látták holtan a szerettüket, általában nehezebben dolgozzák fel veszteségüket. Esetükben előtérbe kerülhetnek olyan fantáziák, hogy rokonuk „talán nem is halt meg”. A holttesttől való búcsúzaskor lehetőség van a veszteséggel kapcsolatos érzelmek átélésére, ami feltétele a feldolgozásnak. Ha a családtagok együtt búcsúznak el meghalt szerettüktől, az közösségi támaszt is jelent. E szempontok mentén támogatni kellene a családokat, hogy búcsúzzanak el halottjuktól. Ma sokan félnék megnézni a halottat, s ezen csak ront, hogy a legtöbb kórházban két órán át letakarva a kórteremben hagyják az elhunytat (bár ezt törvény nem írja elő). Ez semmiképp sem méltó környezet a fájdalmas búcsúhoz, fokozhatja a szorongást, nem biztosít intimitást, és a szobatársak számára is stresszhelyzetet teremt. Pilling János *A búcsú méltósága* című tanulmányában²⁹ búcsúszobák létesítése mellett áll ki. A búcsúszoba a kórház speciálisan a halottak felravatalozására létesített helyisége, mely igényesen, a helyzethez méltóan van berendezve. Itt a hozzátartozóknak lehetőségük lenne, hogy elvonulva, saját hagyományaiknak, személyiségüknek megfelelően vehessenek búcsút az elhunyttól. Ilyen kegyeleti szoba azonban csak néhány kórházban áll rendelkezésre. Polcz Alaine kezdeményezése volt, hogy búcsúszoba híján a személyzet a kórteremben teremtsen méltó környezetet, ahol el lehet köszönni a halottól. Javasolata, hogy az elhunytat a kórházi lepedőn túl egy díszesebb lepellet/takaróval is takarják le, és gyújtsanak mellette gyertyát, esetleg kapcsoljanak be halk zenét. Ez a megoldás nem kívánja egy helyiség kialakítását, minimális költségből megoldható, mégis megnyugtatóbb helyzetet teremt a család számára. Sajnos ez a megoldás sem terjedt el a mindennapi gyakorlatban.

Vannak olyan halálesetek, amelyek az általánosnál is nagyobb stresszhelyzet elé állítják a hozzátartozókat (és a személyzetet is), s feldolgozásukat a szakemberek is különösen nehéznek tartják. Ilyenek a hirtelen, váratlan halálesetek, kiváltképp, ha a halott gyermek vagy ifjúkorú, illetve ennél is súlyosabb lelki teher, ha a halál öngyilkosság vagy erőszak következtében történik. Ezekben az esetekben törekedni kell rá, hogy a halál tényének közlése csakis személyesen történjék, ugyanis az érintetteknek fokozott tapintatra és érzelmi támogatásra van szükségük. Ilyen helyzetben számítani lehet a hozzátartozók szélsőséges érzelmi megnyilvánulásaira, akár dühkitöréseire is. Ezekben az esetekben gyakoribb, hogy a gyászolók nem tudják felfogni a történeteket, kínzó kérdések sokasága merül fel bennük, és lelki terhüket nehezíti a „befejezetlenség soha többé nem pótolható szorongása”.³⁰ Azok a hozzátartozók, akik ily módon veszítik el szerettüket, sokszor igénylik szakember segítségét a veszteség feldolgozásához. Az ő esetükben kiemelkedően fontos lenne, hogy már az első időkben elérhető legyen számukra a gyászfeldolgozásban jártas szakember. Ha az áldozat erőszakos halált halt, mérlegelni kell, hogy a test állapota nem okoz-e nagyobb zavart a hozzátartozókban, mint ha elmulasztják a halottjuktól való búcsút. Ha a rokonok a találkozás mellett döntenek, célszerű, hogy egy szakember is jelen legyen a búcsú pillanataiban, és támogassa a családtagokat.³¹

28 KÁRPÁTY Á.: *A gyász szociológiája*, MTA Politikai Tudományok Intézete Etnoregionális Kutatóközpont, Budapest, 2002. ■ 29 PILLING J.: *A búcsú méltósága*, i. m. ■ 30 KÁRPÁTY Á.: *A gyász szociológiája*, i. m. ■ 31 J. P. FROST ÉS MTSAI: *Managing sudden death in hospital*, i. m.

Speciális eseteket jelentenek a perinatális (születés körüli) veszteségek. Idetartozik a huszonegyedik gesztációs hét utáni, méhen belüli magzati halál, a születés során bekövetkező magzati halál és az élet első 168 órájában bekövetkezett halálozás. Az újszülöttek esetében egyértelműnek tűnik, hogy a veszteséget elszenvedő szülőkkel ugyanolyan nagy odafigyeléssel és együttérzéssel kell bánni, mint a nagyobb gyermeküket elvesztett szülőkkel. A méhen belüli halálozással kapcsolatban azonban változó a hozzáállás. Mivel a magzat még nem született meg, és jogi értelemben nem élt, így sokan úgy vélik, a veszteség nem olyan súlyos, hiszen a szülők még nem ismerték gyermeküket. Jellemzően minél nagyobb a meghalt magzat, a köztudatban annál nagyobbak számít a vele kapcsolatos veszteség.

A perinatális veszteség jellemzője, hogy a gyermek érkezésére való készülés kapcsán elinduló lelki folyamatok drasztikusan megszakadnak, és ez traumatizálja a szülőket, gyakran komplikált gyászfolyamatot indítva el. A perinatális gyász során az anya-magzat szimbiózis miatt felerősödik a folyamat narcisztikus jellege. A szülőknek nincs konkrét emlékéjük elvesztett gyermekükről. Sérül a kompetenciaérzetük és a közös jövőképükkel kapcsolatos biztonságérzetük. Erős önvád és harag alakulhat ki bennük. Az anya pszichés labilitása és hormonális állapota váratlan reakciókhoz és pszichés zavarokhoz vezethet. A kulturális tabuk miatt kommunikációs zárlat veszi körül a gyászoló szülőket, ezért nehezen tudnak kapcsolódni környezetükhöz. A gyászfolyamatot meghatározzák a halál körülményei, helyszíne, a magzathoz fűződő viszony (látta-e, megérintette-e, volt-e búcsúszer-tartás?), a gyászoló személyisége és a környezet hozzáállása (megfelelő támaszt nyújt-e?).³²

A Nemzeti Erőforrás Minisztérium által kiadott szakmai irányelvek, melyek a perinatális veszteséget átélő szülőkkel kapcsolatos kommunikációról, a halál tényének közléséről szólnak, párhuzamban vannak a fentebb részletezett mentálhigiénés szempontokkal. (Kutakodásom során a perinatális halálozás volt az egyetlen olyan terület, amellyel kapcsolatban Magyarországon kiadott, részletes és hivatalos szakmai iránymutatást találtam a halálhír közlésének módjára és a gyászolókkal való bánásmódra vonatkozóan.)

A vetélésekkel (vagyis a huszonegyedik terhességi hét előtt bekövetkező magzatelhalással) kapcsolatban azonban a kiadott szakmai irányelvek sem nyilatkoznak. Az elvetélt magzat szüleit a közgondolkodás sem tartja gyászolóknak. Különösen a korai vetélések esetében van ez így. Sok esetben az történik, hogy a szívhang hiányát, vagyis a vetélés tényét a vizsgálatot végző orvos egyszerűen megállapítja az ultrahangvizsgálat során. A nőgyógyászok többségének eszébe sem jut ezt halálhírként közölni. Azonban a saját környezetemben is tapasztaltam, hogy akár egy egészen korai terhesség elvesztése is komoly sebet tud hagyni az anyákban, amelyet hosszú időbe telik feldolgozni. Különösképp így van egy nagyon várt baba esetében, vagy akkor, ha a többedik vetélést éli át az anya. Úgy gondolom, a vetélések esetében is érdemes volna betartani a rossz hírek közlésére vonatkozó általános alapelveket,³³ csökkentve ezzel az anyák stresszét, és segítve a történetek elfogadását, feldolgozását.

Többször is említettem, hogy az orvos egyik feladata a gyászolók érzelmi támogatása lenne a halálhírral való szembesítésük során. De mit is jelenthet ez a gyakorlatban? Milyen módon lehet érzelmileg támogatni valakit, aki élete egyik legmegterhelőbb pillanatát éli meg?

32 A Nemzeti Erőforrás Minisztérium szakmai irányelve a pszichológiai feladatokról szüléshez társuló veszteségek során, *Egészségügyi Közlöny*, LXI. évfolyam 2. szám, 357–370. ■ 33 Lásd például az enyhítő modellt: PILLING J.: *Orvosi kommunikáció*, i. m.

Az egyik lényeges dolog, amit a jelen lévő szakember tehet, hogy elfogadja és megengedi a hozzátartozó érzéseit, reakcióit (ameddig azok senkire sem jelentenek veszélyt). Segítség jelenthet, ha kommunikációjában kerüli a túlzott távolságtartást, ridegséget, a felesleges szakmai kifejezéseket, ehelyett empatikus kérdéseket tesz fel, ilyen visszajelzéseket ad, és él a támogató csend erejével. Fontos, hogy az orvos a megfelelő hangszínnel és hangereővel kommunikáljon, felvegye a szemkontaktust, és gesztusai, testbeszéde is nyitottságot, elfogadást tükrözzön. Érdemes viszont kerülni az ilyen üres frázisokat: „tudom, mit érez”; „higgye el, így volt a legjobb”; „legalább már nem szenved tovább”. Egy felajánlott zsebkeendő, egy pohár víz vagy a hozzátartozó vállának megérintése látszólag apróságok, mégis sokat jelentenek. Segítség lehet az is, ha az orvos megadja az elérhetőségét, és lehetőséget biztosít egy későbbi beszélgetésre (kommunikációs utókezelésre) is.³⁴

Túl azon, hogy az adott helyzethez képest „jól” közöljék a hozzátartozókkal a rossz hírt, fontosnak tartom, hogy a szakemberek saját mentális egészségüket is megőrizzék a halálesetekkel és gyászolókkal való találkozások során. Ehhez segítséget jelenthet kommunikációs és pszichológiai ismereteik bővítése, különböző kommunikációs tréningeken való részvétel. Tanulmányok is bizonyítják, hogy a napi rutin során használt kommunikációs sémák segítik csökkenteni a stresszt. A túlzott bevonódás a hozzátartozók fájdalomába csökkenti az érzelmi támogatás hatékonyságát, a túlzott bevonódástól való félelem azonban rideggé teszi a szakembert. Ezek elkerülésében van nagy szerepe a megfelelő önismeretnek. A megterhelő szituációk után fontos lenne, hogy az orvosok megfelelően „ki tudjanak mosakodni” lelkileg. Ehhez rendkívül nagy szükség lenne ventilációs és szupervíziós lehetőségekre.

ÖSSZEZÉS

A halálhír közlésének témájával a gyász egy olyan vonatkozását jártam körbe, amellyel jellemzően keveset foglalkoznak. Bízom benne, hogy sikerült láttatnom, hogy noha a gyász hír közlése időben csak egy kicsiny szakasza a halál környéki, halál utáni eseményeknek, mégis nagy jelentőségű történés, amely megérdemli a kiemelt körütekintést és figyelmet. A halálhírközlés során a következő tényezőkre érdemes a legnagyobb hangsúlyt fektetni: nyugodt helyszín, megfelelő mennyiségű idő, a hírt közlő személy empatikus hozzáállása és ismeretei, valamint a hír érthetősége, tisztasága. Úgy gondolom, az egészségügyi szakszemélyzet önismereti készségeinek fejlesztésével és kommunikációs téren való képzésével előrelépést lehetne elérni, hogy a hozzátartozók tájékoztatása olyan módon történjen, amely segíti későbbi gyász munkájukat. Az orvosok és ápolók számára fontos lenne ventilációs és szupervíziós lehetőségeket teremteni (és azok fontosságát elfogadtatni velük), ezzel csökkentve a szakszemélyzetre háruló stresszt.

*A szerző orvos, mentálhigiénés szakember
(Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház, Székesfehérvár)*

34 UO. HOVÁNYI M.: *Hogyan kommunikáljuk a halálhírt?*, i. m.

Zsuzsanna Szarvas: Die psychohygienische Aspekte der Kommunikation von den Trauerbotschaften im Krankenhaus. *Welche psychohygienische Standpunkte soll man während der Kommunikation von den Trauernachrichten berücksichtigen, um die Trauerarbeit der Angehörigen zu helfen und die Nachricht übermittelnde Person von seelischer Belastung zu schützen?*

In Ungarn war es Jahrhunderten lang üblich, dass die Familie in der letzten Tagen und Stunden neben dem sterbenden Kranke verbrachte. Stattdessen sterben 70% der Kranken heutzutage in einem Krankenhaus, deswegen muss das Klinikpersonal die Sterbebegleitung übernehmen, somit leiden sie unter Stress und seelischer Belastung. Es ist ganz selten, dass jemand im Beisein von seiner Familie in einem Krankenhaus stirbt, deswegen soll das Fachpersonal – vor allem die Mediziner – die Todesnachricht den Familienangehörigen mitteilen.

Leider während des Medizinstudiums bekommen die Medizinstudenten kaum Hilfe für solche Situationen vorbereitet zu sein. Aber die ganzen Trauerprozesse der Angehörigen werden von den Umständen und der Art der Kommunikation der Trauernachrichten beeinflusst. In meiner Studie möchte ich die Antwort finden, wie man eindeutig trotzdem empathisch und rücksichtsvoll die Trauerbotschaften kommunizieren kann? Was empfehlen die psychohygienische Experten? Gibt es auch spezielle Techniken, die in dieser schwierigen Situation sowohl für die Ärzte als auch für die Angehörigen helfen können?

Schlüsselwörter: Tod, Trauer, Selbsterkenntnis, Kommunikation, Einfühlungsvermögen, Spital.

