

UNIVERSITATEA BABEȘ–BOLYAI CLUJ NAPOCA
FACULTATEA DE TEOLOGIE ROMANO-CATOLICĂ
INSTITUTUL DE TEOLOGIE DIDACTICĂ

LUCRARE DE DISERTAȚIE

COORDONATOR ȘTIINȚIFIC:

Diósi Dávid

Prof. univ. Dr. theol. habil.

CANDIDAT:

Péter Edit-Rozália

Cluj Napoca

2022

UNIVERSITATEA BABEȘ–BOLYAI CLUJ NAPOCA
FACULTATEA DE TEOLOGIE ROMANO-CATOLICĂ
INSTITUTUL DE TEOLOGIE DIDACTICĂ

**Efectul pierderii pre-și perinatale asupra
profesioniștilor în medicină**

COORDONATOR ȘTIINȚIFIC:

Diósi Dávid

Prof. univ. Dr. theol. habil.

CANDIDAT:

Péter Edit-Rozália

Cluj Napoca

2022

BABEŞ–BOLYAI TUDOMÁNYEGYETEM
RÓMAI KATOLIKUS TEOLÓGIA KAR
DIDAKTIKAI TEOLÓGIA INTÉZET

MAGISZTERI DISSZERTÁCIÓ

**Pre- és perinatális veszteség hatása a gyógyító,
segítő szakemberekre**

TUDOMÁNYOS TÉMAVEZETŐ:

Diósi Dávid

Prof. univ. Dr. theol. habil.

JELÖLT:

Péter Edit-Rozália

Kolozsvár

2022

ABSTRACT

The topic of the magistral dissertation is the study of the effect of pre- and perinatal loss on the professionals working in healthcare.

After clarifying the concepts related to perinatal loss, I mainly presented the manifestations of the complicated grief characteristic of this period, covering the death attitudes and influencing factors observed in health care. As the first period of pre- and perinatal mourning takes place in health care facilities, I examined the happenings in the hospitals related to the subject: the characteristics of mourning processing, the emotional involvement of professionals, coping strategies, the connection between loss and burnout syndrome. Last but not least, I also pointed out the protective role of religious faith. During my theoretical research, I looked for causalities.

The practical research highlights that nowadays not only death and mourning, but also the experience of loss for doctors and nurses has become taboo. Qualitative research has identified a number of problems that pose a real threat in the future, as human resources in health care will be mechanized without effective intervention.

I would like to point out that no research has yet been carried out in Romania on this subject. The results of my study show that a broader study would be necessary to provide support to helping professionals in light of the conclusions.

KIVONAT

A magiszteri disszertáció témája a pre- és perinatális veszteségnek a gyógyító, segítő szakemberekre gyakorolt hatásának a vizsgálata.

A perinatális veszteséghez kapcsolódó fogalmak tisztázása után főleg az erre a periódusra jellemző komplikált gyász megjelenési formáit mutattam be, kitérve az egészségügyben megfigyelhető halálattitűdökre és befolyásoló tényezőire. Mivel a pre- és perinatális gyász első időszaka az egészségügyi intézményekben zajlik, körbejártam a kórházban történő eseményeket: a gyászfeldolgozás jellegzetességeit, a szakemberek érzelmi érintettségét, a megküzdési stratégiákat, a veszteség és a kiégés-szindróma kölcsönhatását. Nem utolsó sorban rámutattam a vallásos hit protektív szerepére is. Az elméleti kutatásom alatt az ok és okozati összefüggéseket kerestem.

A gyakorlati kutatás rávilágít arra, hogy napjainkban nem csak a halál és a gyász, hanem az orvosok és ápolók veszteségélménye is tabutémává vált. A kvalitatív kutatás során számos problémát sikerült azonosítani, melyek hosszú távon valós veszélyt jelentenek, hiszen hatékony közbelépés nélkül az egészségügy humán erőforrása elgépiesedik.

Felhívnom a figyelmet arra, hogy Romániában ebben a témakörben kutatást még nem végeztek. A vizsgálatom eredményei azt mutatják, szükség lenne egy szélesebb körű tanulmányozásra, hogy a végkövetkeztetések fényében támogatást lehessen nyújtani a gyógyító és segítő szakembereknek.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Jelen tudományos dolgozat létrejöttét számos tényező segítette, melyek közül a legfontosabb a jó *Isten*, akinek örök hálával tartozom, hogy minden pillanatban éreztem jelenlétét, hitet és a kitartásomhoz erőt nyújtott. Köszönöm Neki a témavezetőmet.

Ezúton szeretnék külön köszönetet mondani *dr. Diósi Dávid* egyetemi professzornak, aki szakértelemmel, tanácsokkal, szeretettel és bizalommal irányított a magiszteri disszertáció megírása közben.

Hálásan köszönöm a kolozsvári BBTE Római Katolikus Teológia Kar valamennyi tanárának és munkatársának azt a lelkiismeretes munkáját, amellyel képzésemhez hozzájárultak.

Köszönöm évfolyamtársaim támogatását, biztatását, továbbá köszönettel tartozom azoknak az egészségügyi dolgozóknak, akik készségesen megosztották velem gondolataikat, érzéseiket, melyek hozzájárultak a gyakorlati kutatásom végrehajtásához és segítettek abban, hogy a feldolgozott téma aktualitást nyerjen országunkban is.

Tartalom

1. Bevezetés	8
1.1. Témaválasztás indoklása	9
1.2. Kamillók a múltban és jelenben	10
2. A pre- és perinatális veszteség	12
2.1. Kapcsolódó fogalmak tisztázása	12
2.2. A pre- és perinatális mortalitás Romániában	14
2.3. A perinatális időszak etikai kérdései	15
2.4. Pre- és perinatális gyász	18
2.4.1. A komplikált gyász megjelenési formái	19
2.4.2. Halálattitúd az egészségügyben	20
3. A kórház, mint a perinatális gyászfeldolgozás első lépcsőfoka	22
3.1. Az orvostudomány szerepe a halál szekularizációjában	22
3.2. Szakmai irányelvek	25
3.3. A kórházi gyászfeldolgozás jellegzetességei	27
3.4. A te gyászod az én veszteségem is	30
3.4.1. A szakemberek érzelmi érintettsége	30
3.4.2. Empatikus támogatás és megküzdési stratégiák	31
3.5. A veszteség és a kiégés-szindróma kölcsönhatása	33
3.5.1. Kiégés az egészségügyi dolgozóknál	33
3.5.2. A vallásos hit ernyője alatt.....	36
4. A veszteség hatása a perinatális centrumokban dolgozó szakemberekre	38
4.1. A kutatás célkitűzései	39
4.2. Kérdések és hipotézisalkotás	39
4.3. A kutatás megvalósítása	40
4.3.1. A kutatás módszere	40
4.3.2. Tartalomelemzés	43
4.3.3. A hipotézisek tesztelése	45
4.3.4. Szintézis és konklúziók	54
5. Összefoglalás	56
6. Függelék	57
7. Források	67

1. Bevezetés

Uram, tégy engem a te békéd eszközévé,
ahol gyűlölet lakik, oda szeretetet vigyek,
ahol sértés, oda a megbocsátás szellemét,
ahol széthúzás, oda egyetértést,
ahol tévedés, oda igazságot,
ahol kétely, oda hitet,
ahol kétségbeesés, oda reményt,
ahol árnyék, oda fényt,
ahol szomorúság, oda örömet.
Uram, add, hogy inkább én igyekezzem vigasztalni,
minthogy vigaszra várjak,
inkább én törekedjem megértésre,
mint hogy megértést óhajtsak,
inkább én szeressek,
minthogy szeretetet igényeljek.
Mert önmagunkat feledve – találjuk meg magunkat;
ha megbocsátunk – akkor nyerünk bocsánatot;
és ha meghalunk – azzal ébredünk az örök életre.

- Assisi Szent Ferenc imája¹

¹ <https://777blog.hu/2020/06/02/uram-tegy-engem-beked-eszkozeve-ima/>, 2020.06.02

1.1. Témaválasztás indoklása

Több éven keresztül a budapesti II. Nőgyógyászati és Szülészeti Egyetemi Klinika Perinatális Intenzív Centrumában, és ezzel párhuzamosan a koraszülötteket ellátó Peter Cerny Mentőszolgálatnál is dolgoztam. Nagyon sokszor szembesültem a perinatális mortalitással, mely kivétel nélkül mindig megviselt. Nem csak rám hatottak lesújtóan a sikertelenségek, hanem a teljes perinatológus csapatnál megfigyeltem a veszteséggel járó gyászfolyamatot. Szakirányú segítség kérésére nem volt lehetőség, ezért orvosok, ápolók igyekeztek egymást támogatni kisebb-nagyobb sikerrel. Néhányan a folyamatos stressz és lelki-szellemi megterheltség miatt elhagyták ezt a pályát, mások pedig a kiégést elkerülendő, „nyugodtabb vizekre eveztek”.

Az a nézet terjedt el a köztudatban, hogy az egészségügyi dolgozó „hozzászokik” a halál jelenlétéhez, egy idő után a szakmai életének részévé válik, különleges hatást már nem gyakorol rá. Tapasztalataim szerint ez a megállapítás nem fedti a valóságot, csak a megküzdési stratégiák különböző stációit nem fedezik fel az érintetteken, hiszen nem beszélnek róla. Természetesen a szakmai követelményeknek, irányelveknek eleget kell tenniük, ezért nagyon kevés idő marad a veszteségek feldolgozására. Egy idő elteltével megtanulják a veszteség érzését pozitív energiává átalakítani, beépíteni mindennapi tevékenységükbe, így ismételten képesek lehetnek tudásukat a rászorulóknak szolgálatába állítani.

Személyes érintettségem miatt mindig foglalkoztatott ez a probléma, ezért kutatom a veszteség hatását a perinatális ellátásban dolgozóakra. A szakirodalmat áttekintve meglepődve konstatáltam, hogy nemzetközi szinten is kevesen foglalkoznak ezzel a témával. A veszteségek tekintetében viszonylag széles körben íródtak szakirodalmi elemzések, azonban a perinatológus szakemberekre kifejtett hatásáról nagyon kevés a fellelhető tanulmány. A legátfogóbb szakirodalmi áttekintőt Zsák Éva és dr.Hegedűs Katalin végezte², akik a nemzetközi porondon 23 eredeti közleményt találtak -ebből 20 kutatási ismertető, 3 elméleti tanulmány-, továbbá 6 szakirodalmi

² ZSÁK Éva– Dr.HEGEDŰS Katalin: *Szakemberek veszteségélményei , gyásza és megküzdési stratégiái a perinatális ellátásban. Szakirodalmi áttekintés*, in: Kharon, 2019.02./XXIII., 5

összefoglalót. A szerzők nemzeti hovatartozásuk szerint: 11 Egyesült Államokbeli tanulmány, 4 brit, 3 magyar, 2-2 olasz, izraeli és ír, 1-1 ausztrál, brazil, szingapúri, illetve dél-afrikai.

A témához kapcsolódó romániai tanulmányt nem találtam. Úgy gondolom, mindenképp érdemes felmérni és tanulmányozni ebben a régióban is a pre- és perinatális veszteség hatását a gyógyító szakemberekre, hiszen az egészségügyi intézményekben talán ezt a fajta veszteséget és gyászt övezi a legnagyobb kommunikációs tabu, pedig sokan fokozott érzelmi teherként élik meg a perinatális halálozás élményét. A halálról és gyászról készült tanulmányokat olvasva, úgy tűnik, mintha a kutatók megfeledkeztek volna arról, hogy a gyógyítást és ápolást végző lelkiismeretes szakemberek eközben hivatásbeli és magánéleti válságon mehetnek keresztül.

1.2. Kamillók a múltban és jelenben

Amint a székelyudvarhelyi egészségügyi oktatásról szóló emlékkönyvben is megfogalmaztam, az emberiség öntudatra ébredése óta védekezik valamilyen eljárással az emberi szervezetet ért károsító hatások ellen. Tehát az orvoslás és ápolás egyidős az emberiséggel, hiszen már a történelem előtti idők régészeti leletei is ezt bizonyítják. A korai civilizációkban már írásos dokumentumokban, például Mózes könyveiben is az ápolót megemlítik, de nem tudjuk, mi volt akkor a feladata. Az ókori Indiában, a görögöknél, a rómaiaknál az ápolók férfiak voltak -a nők csak bábák lehettek-, a betegeket az orvosok hozzájuk küldték kezelésre, gondozásra. Az új államok létrejöttével, a kereszténység térnyerésével hadi ápolórendek, kórházi lovagrendek alakultak. Az újkorban már ápoló szerzetesrendekről és polgári betegápoló rendekről is tudunk. A történelem során a gyógyítás presztízse többször volt mélyponton, azonban az orvostudomány fejlődése egyre szélesebb körű érdeklődést váltott ki a az egészség megőrzésével, visszaállításával kapcsolatosan, egyre nagyobb társadalmi megbecsülésnek örvendtek a gyógyítással, ápolással, gondozással foglalkozók, egyre többen vállalták ezt a nemes feladatot.

Szinte minden jelentősebb kultúrkörben találunk olyan személyeket, akik elhivatottságot éreztek a betegek segítése iránt, ezért testi és szellemi képességeiket az elesettek szolgálatába állították. Ezek példaképként állhatnak az egészségügyben dolgozó szakemberek előtt.

Ilyen személy volt Lellisi Kamilló, akit 1746-ban avattak szentté, 1886-tól a kórházak, a betegek és a haldoklók védőszentje³. Források⁴ szerint, Kamilló fiatal korában könnyelmű életmódot folytatott, összeférhetetlen és fegyelmezetlen volt, ezért apja katonai pályára irányította. Lábszárfekélye miatt többször volt kórházban, ahol abban az időben szörnyű viszonyok uralkodtak. A római Szent Jakab kórházban tapasztaltak nagyon meghatották.

Egy kolostorban igazi megtérést élt át, aminek következtében a kapucinusok felvették posztulánsnak, majd két év múlva pappá szentelték. Kamilló négy világi személlyel és egy pappal megalapította a „betegeket szolgáló társaságot”, akik a betegek és haldoklók szolgálatának szentelték magukat. 1591-ben XIV. Gergely pápa jóváhagyását adta a betegeket szolgáló kongregáció megalapításához, Kamillót pedig egyhangúlag megválasztották generálisnak. A betegeket szolgáló társaságnak jelképe a ruhájukra tűzött vörös kereszt lett, hogy bárhol könnyebben lehessen őket felismerni. Évszázadokkal később a Nemzetközi Vöröskereszt átvette ezt a jelt, melyet napjainkban is ismerünk. Számtalan kórházban, betegeket ellátó magánházakban megfordultak, önzetlenül ápolták a pestisben, tífuszban szenvedőket, pedig megtizedelte őket is a járvány. Voltak fiatalok, akik látták munka közben Kamillót és társait, és hatásukra többen a betegápolást választották hivatásul. Különös adományuk volt a betegeket szolgálóknak a haldoklók előkészítéséhez. Innen érthető, hogy a nép a „jó halál testvérei”-nek nevezte őket.⁵

Az Egyházban mindig léteztek és lesznek emberek, akiknek szívügye a betegek gondozása, legyen az testi vagy lelki probléma. „A Krisztus követésében elkötelezett emberek életében mutatja meg Isten, hogyan kell válaszolnunk szeretetére, és

³ <https://romkat.ro/esemenynaptar/lellisi-szent-kamill-aldozopap/?occurrence=2021-07-14>

⁴ <https://archiv.katolikus.hu/szentek/0714.html>

⁵ <https://archiv.katolikus.hu/szentek/0714.html>

hogyan kell feladatunkat teljesítenünk.”⁶ Szent Kamill életével válaszolt Isten hívására és szeretettel, önfeláldozással végezte azt a feladatot, amelyre küldetést kapott. Feljegyezték, hogy sokszor ismételte társainak: Szeretet, szeretet! A legszívesebben meghalnék, amikor mindig csak azt mondom nektek „Szeretet, szeretet!” De nem tehetek róla, nem tudok mást mondani.⁷

Örökös kérdés a gyógyító, segítő szakemberek számára, vajon hasonló lelkülettel tudják-e végezni hivatásukat? Mi segíti őket abban, hogy a szenvedéssel és a halállal naponta szembenézve folytatni tudják kamilliánusi munkájukat? A betegeknek nyújtott szolgálatban legjobb esetben találnak segítő társakat –hasonlóan Szent Kamillhoz–, akik az irgalmas samaritanus három kifejezésével élve (megállás, megindulás, sorsot osztani akarás) át tudják lendíteni őket a nehézségeken.

Napjainkban igen nehéz igazi kamilliánusi lelkülettel végezni a gyógyítást, hiszen az egészségügyi ellátórendszer olyan követelmények elé állítja a szakembereket, amelyek külön terheket jelentenek számukra. Ennek ellenére az ember fájdalomkiáltása megérinti a gyógyítók lelkét, és ha nem is mindig tudatosan, de együttérzésükkel a másik ember szenvedésében részesedést vállalnak, néha úgy, mintha saját szenvedésük lenne.

2. A pre- és perinatális veszteség

2.1. Kapcsolódó fogalmak tisztázása

Mielőtt a pre- és perinatális veszteségről beszélünk, néhány fogalmat tisztáznunk kell, hiszen különböző területről megközelítve többféle képpen határozható meg az életnek ez a periódusa.

Általános orvosi értelmezés szerint a perinatális időszak a 24. gestatios héttől a megszületés utáni 6. napig tart. Romániában viszont a 28. gestatios héttől számolják ezt az időszakot, a statisztikákban is így szerepel. A perinatális mortalitás magába foglalja a halvaszületéseket és a korai újszülöttkori elhalálozásokat is, tehát az

⁶ LÁSZLÓ Attila: *Jóbok és Kamillók*, Infopress, Székelyudvarhely 1999, 97

⁷ <https://archiv.katolikus.hu/szentek/0714.html>

intrauterin, a prepartum és az intrapartum mellett a megszületés utáni első héten bekövetkezett elhalálozást egyaránt. A pszichológiai megközelítés jóval nagyobb időintervallumot határoz meg, pontosabban a fogantatástól az első életév végéig. A perinatális veszteség szempontjából megközelítve ide sorolható a 24. terhességi hét előtti időszak is, a korai és késői, a spontán és művi abortusz, a méhen belüli elhalálozások, az in vitro fertilizáció során bekövetkezett veszteségek, továbbá a koraszülés miatt elszenvedett gyász is.

A pre- és perinatális gondozás több egészségügyi szakterületet érint, a fogantatást megelőző családtervezési- és genetikai tanácsadástól, a védőhálózaton keresztül, a nőgyógyászati-szülészeti és neonatológiai ellátásig. A családtervezés és a genetikai tanácsadás során előkészítik a tudatos gyermekvállalást, hogy az esetleges kockázatokat kiszűrjék, az esetleges veszélyeket minimalizálják. A fogantatás után a védőhálózatban dolgozók mindent megtesznek annak érdekében, hogy a terhesség zavartalan legyen, illetve a magzat fejlődése a legoptimálisabb módon történjen. 40 héten keresztül igen szoros kapcsolat alakulhat ki a gondozók és a kismamák között, a megfigyelések, periódikus vizsgálatok mellett számos hasznos életvezetési tanácsot adnak a várandósoknak, felkészítik őket a gyermek fogadására. Mondhatni, közösen várják a gyermek megszületését.

A nőgyógyászatban és szülészeten dolgozó szakembereknek naponta szembe kell nézniük patológiás esetekkel, ahol minden tudásukat arra fordítják, hogy a magzat és a kismama számára a lehető legjobb ellátást biztosítsák, illetve a fenyegető veszélyeket kivédjék. Nem ritkán több héten keresztül követik a várandós állapotát, közösen állítják fel a terápiás tervet, lélegzetvisszafojtva számolják a napokat, perceket, amelyek a reményt erősítik meg bennük.

Előfordul spontán abortusz is, amelyet nem sikerül megelőzni. A legnagyobb tabu talán a művi terhességmegszakítást övezi, hiszen a beavatkozásra és annak következményeire vonatkozó tudás sokszor nagyon hiányos, sőt sok esetben teljesen téves. Ez megnehezíti és sokszor meg is gátolja, hogy a megszakított terhesség az élettörténetbe megfelelően integrálódjon, ahogy azt is, hogy az abortuszról nyíltan

beszélni lehessen. További problémának tűnik, hogy a saját álláspont kialakítása a kérdés kapcsán egy érzelmeikkel-indulatokkal rendkívüli mértékben terhelt erőterben történik.⁸ Ezek fényében a beavatkozásban résztvevő szakemberek számára rendkívül nehéz, hogy vallási, ideológiai vagy más elköteleződések mentén értékítéleteket ne alkossanak.

A Perinatális Intenzív Centrumokban megfeszített küzdelem folyik az újszülöttek, koraszülöttek életéért, néha több hónapig az orvostudomány minden eszközét bevetik, hogy átsegítsék őket a kezdeti nehézségeken, az adaptációs kríziseken. A sikertelenség rendkívül megterheli a szülőket, az orvosokat és az ápolókat is. Sokszor szembesülnek az in vitro fertilizáció során a halmozott perinatális veszteséggel, így nagyon nehéz a szülők ismétlődő gyászfeldolgozásának segítése mellett a saját kudarcélményüket feldolgozni.

2.2. A pre- és perinatális mortalitás Romániában

A román Egészségügyi Minisztérium Országos Közegészségügyi Hivatalának Statisztikai és Informatikai Központja által 2020-ban közzétett adatait⁹ elemezve megállapítható, hogy 1990 óta folyamatosan csökkent a perinatális elhalálozási ráta, amint az életkörülmények javulni kezdtek, illetve jelentős fejlődésnek indult az egészségügyi ellátás, és a perinatális centrumokban pedig már lényegesen jobbak a kezelési, gondozási feltételek. Míg 1990-ben 3873 újszülöttkori elhalálozást regisztráltak, 2020-ra ez a szám 1106-ra csökkent.

Az országos átlagot tekintve a legtöbb esetet Erdélyben jegyezték, Szatmár megyében 11,7 ‰, de a székelyföldi megyékben is meglehetősen magas az elhalálozások aránya. A legkevesebb esetet Dolj megyében regisztrálták, 3,2 ‰ -et. Városi illetve falusi összehasonlításban a mérleg negatív nyelve a falun élők fele mutat, a 2020-as adatok szerint 5,4/7,0 ‰. A megfigyeléseket a statisztika is igazolja, miszerint a nőneműek között 2-3 ezrelékkal alacsonyabb a perinatális mortalitás.

⁸ NAGY Beáta Magda: *A művi abortusz pszichoszociális vonatkozásai*, ELTE-PPK, Budapest 2019, 4

⁹ https://insp.gov.ro/download/cnsisp/Fisiere-de-pe-site-CNSISP/mortalitatea_perinatale/Mortalitatea-perinatale-2020.pdf, 2022.01.10.

Az Országos Közegészségügyi Intézet és az Országos Közegészségügy Hivatalának Statisztikai és Informatikai Központja¹⁰ 2021 februárjában közzétett adatai szerint¹¹ 2019-ben 47.492 terhességmegszakítást végeztek Romániában. Ebből 56,6 % művi abortusz volt. Visszatekintve az utóbbi tíz évre ez az arány lényeges változást nem mutat.

Dr. Ana-Aurelia Chiș-Șerban és dr. Elena Popa az Országos Családorvosi Konferencián¹² 2019-ben bemutatták az európai kutatási eredményeket, miszerint Romániában az abortuszok száma kétszeresen meghaladja az Európai Unió átlagát, azaz 480 terhességmegszakítás/1000 szülés. A Filia Központ által végzett „Kérésre történő abortuszok végrehajtásának megtagadása Romániában, 2019”¹³ nevű kutatás eredményeit idézve elmondták, hogy a megkeresett 158 állami kórházból 51 helyen (29 megyéből) kérésre nem végeznek terhességmegszakítást, továbbá 36 kórházban (19 megye) nem végeznek abortuszt egyházi ünnepek idején. 40 kórházban (24 megye) bármikor elvégzik a beavatkozást. Az orvosok felhívták a figyelmet arra, hogy a művi abortusz közegészségügyi probléma, orvosi, társadalmi, gazdasági és vallási vonzattal, ezért mindent meg kell tenni annak érdekében, hogy elkerülhető legyen, hiszen a terhességmegszakítás az érintetteknel hosszú távon számos pszichoszomatikus szövődményt vált ki.

2.3. A perinatális időszak etikai kérdései

Az orvostudomány egyik legnehezebben kezelhető etikai problémáival szembesülnek a perinatális szakterületen dolgozók, hiszen napjainkban egyre fejlettebb eszközökkel rendelkeznek, már intrauterin diagnosztizálásra is lehetőség nyílt, méhen belül kezelhetnek, és olyan életfenntartó módszereket használhatnak, melyek néhány évtizede még elképzelhetetlenek tűntek. Ez a magas színvonal lehetővé teszi a tervezett fogantatást, a fejlődési rendellenességek szűrését, a prematurusok életkilátásainak

¹⁰ INSP-CNSIPS

¹¹ <http://statistici.insse.ro:8077/tempo-online/#/pages/tables/insse-table10> 2021.

¹² <https://www.viata-medicala.ro/reuniuni/rata-avorturilor-din-romania-dubla-fata-de-mediaeuropeana-17003>, 2019.11.29

¹³ Saját fordítás, eredeti: „Refuzul la Efectuarea Avortului la Cerere în România 2019”

javítását, illetve a patológiás újszülöttek professzionális gondozását. Ezzel egyidőben a gyógyítás gyakorlatához kapcsolódó etikai dilemmák száma is megnőtt, amelyek elsősorban a már említett pre- és perinatális időszakot érintik, egymástól elkülönülve és egymást átfedve, de következményeikben akár azokon túl is mutatnak. A gyermekvárás alatt, majd a gyermek születése utáni időben az orvosetikai problémák eltérő fókusszal bírnak, jól körülírhatóak, bár vannak általános érvényű kérdések is.¹⁴ Természetesen az általános kérdések mellett fontos a személyre szabott, egyéni körülmények, speciális tényezők mérlegelése.

Megnevezés	Etikai kihívások
Genetikai szűrések	Információs túlterheltség: <ul style="list-style-type: none"> - diagnózis utáni lépések - prognózis mérlegelése - információk felelősségteljes kommunikálása - döntéshozatal
Perinatális diagnosztika	<ul style="list-style-type: none"> - a letális malformációk bizonytalan definíciója ¹⁵ - a rendellenesség-életminőség kapcsolatának bizonytalansága (CROWE et al., 2018)
Várandóság megszakítása	<ul style="list-style-type: none"> - az élet kezdetének meghatározása - diagnózis bizonytalansága - részvétel a döntéshozatalban - információk felelősségteljes kommunikálása
Koraszülöttség	<ul style="list-style-type: none"> - biológiai élet védelme - az újszülött érdeke - az emberi méltóság

¹⁴ ZSÁK Éva: *Etikai kérdések a perinatális palliatív ellátásban*, in: Thanatológiai Szemle, 2020/2, 1-15

¹⁵ Vesd össze: WILKINSON, Dominic - DE CRESPIGNY, Lachlan – XAFIS, Vicki: *Corrigendum to "Ethical language and decision-making for prenatally diagnosed lethal malformations"*, in: Semin Fetal Neonatal Med 19/5, 2014, 306-311

	- szülői autoritás (ORZALESİ and CUTTINI, 2011)
Palliatív ellátás	- aktív kezelés vs. palliatív gondozás - szülői autoritás és etikai konszenzus keresése - eutanázia etikai dilemmái - a „jó halál” kérdése a neonatológiában (MOORE, CARTER, BEAVEN, 2019) - szervdonáció

1. táblázat: *Orvosetikai dilemmák a perinatális időszakban*

Természetesen vannak általános érvényű, a pre- és perinatális teljes időszakra vonatkozó etikai problémák, például a biológiai élet kezdeteire és a fejlődő gyermek morális státuszának megítélésére vonatkozóak, melyeket befolyásol a vallás, a világnézet, illetve a különböző kultúrközegbe ágyazódott orvoslás.

Az Egyház akkor sem ítélezkedik, amikor fájdalmas igazságokat kell kimondania, viszont tudatában van annak, hogy híven kell közvetítenie Isten akaratát.¹⁶ Ha elfogadjuk azt a nézetet, miszerint a lélek a nemzés után egyesül az emberi embrióval, sokkal inkább megértjük II. János Pál pápa az *Evangelium vitae* kezdetű enciklikájában megfogalmazottakat, amellyel az abortuszon átesettekhez szól: „Ha még nem tettétek volna meg, alázattal és bizalommal nyíljatok meg a bűnbánatra: az irgalmasság Atyja vár titeket, hogy megbocsásson és megbékítsen a bűnbánat szentségében. Akkor majd megértitek, hogy semmi sincs elveszve, s még a gyermekektől is bocsánatot kérhettek, aki most az Úrban él.”¹⁷

Abban minden perinatológus egyetért, hogy a szülői autoritás figyelembe vételével elsődleges feladatuk felismerni a magzat és az újszülött szükségzeit, megoldásokat találni rá és a gyermek érdekét szem előtt tartva a legjobb tudásuk szerint kielégíteni azokat.

¹⁶ HOLLÓ László: *Halál az élet előtt*, in: Diósi Dávid (szerk.), *A halálbiztos halál. Tanulmányok az elmúlás és a halál kultúrájáról*, Szent István Társulat, Verbum, Budapest-Kolozsvár 2011, 42

¹⁷ *Evangelium vitae*, 99

A morális distressz megjelenése a szakembereknél részben ezeknek az etikai felelősségvállalásoknak és értékütközéseknek is köszönhető, amelyekre a következő fejezetekben még részletesebben visszatérek.

2.4. Pre- és perinatális gyász

A perinatális veszteség a komplikált gyász részjelensége, megélése terhet jelent a szülőknek, környezetüknek és az egészségügyi szakembereknek egyaránt, mégis kevésbé feldolgozott, tanulmányozott terület.¹⁸ Az alig elindult élet, melyet rendszerint örömteli várakozás övez, hirtelen végetér, ezért különösen traumatizáló hatást gyakorol a gyógyítókra és gondozókra is. Ilyen sokkoló körülmények között az orvosok, asszisztensek, ápolók, védőnők szakmai és személyes attitűdjük szerint próbálnak segítséget nyújtani a szülők gyászfeldolgozásában, miközben indirekt módon hasonló veszteségérzést élnek meg. A gyással foglalkozó szakirodalomban többnyire a szülők gyászreakcióival, gyászfolyamatával és gyászfeldolgozásával találkozunk, hiszen a direkt érintettség miatt minden figyelem rájuk irányul, a segítségnyújtók rájuk fókuszálnak.

Ahhoz, hogy megértsük, mivel szembesülnek a perinatális ellátásban dolgozók, illetve ezek hogyan gyakorolnak hatást rájuk, röviden tekintsük át ebben a kontextusban a gyász folyamatát.

A gyász fázisai	Időtartam	Főbb jellegzetességek
Anticipált gyász	Akár az egész várandósság alatt és a korai újszülöttkorban.	Veszélyeztetett terhesség vagy patológiás újszülöttek esetén a veszteség átélése már az elhalálozás előtt megkezdődhet. A szülők bizonytalansága, szorongása, félelme fokozódik.
Sokk	Néhány perc –	A halál tényével szembesülve sokan tagadással reagálnak, gyakran ürességet,

¹⁸ ZSÁK Éva – KOVÁCSNÉ Török Zsuzsa – HEGEDŰS Katalin dr.: *A perinatális veszteségek és intrauterin magzati halálozások aktuális szakmai gyakorlatának, valamint a szakemberekre gyakorolt hatásainak vizsgálata*, in: Orvosi Hetilap, 2015/29, 1174-1178

	pár óra (ritkán 1-2 nap)	bénultságot élnek át, máskor egyfajta érzelmi vihart, kontrollálhatatlannak tűnő érzelemkitöréseket.
Kontrollált szakasz	Általában a temetésig tart, amennyiben lehetséges a gyászszertartás.	Derealizáció, deperszonalizáció jellemzi, szélsőséges magatartás jelentkezhet (passzivitás vagy fokozott tevékenység). Érzelmi szempontból gyors és intenzív hullámzásokkal jellemezhető.
Tudatosulás	Kb. 2-3 hónap	A kezdeti érzéseket, a kiüresedettséget, boldogtalanságot harag, bűntudat, önvádolás váltja fel. A harag gyakran a kezelőszemélyzetre, illetve az Istenre irányul. Regresszív gondolkodás jelenik meg. Jellemző a szociális kapcsolatoktól való visszahúzódás. Omnipotens fantáziák, szimplifikációs elemek jelennek meg.
Átdolgozás	Kb. fél év	A tünetek erőssége csökken, az események elfogadása javul, magatartásban pozitív változás következik be.
Adaptáció	Az első év végére várható.	Megszilárdul a self-integráció érzése, a gyászolók képesekké válnak az életük folytatására, a jövőre irányultság dominál.

2. táblázat: A gyász fázisai¹⁹

2.4.1. A komplikált gyász megjelenési formái

Mint fentebb említettem, a perinatális veszteség a komplikált gyász jelensége, amely azt jelenti, hogy a gyászreakció a szokványostól eltér, azaz elmarad, késlekedik vagy elhúzódik, egyes esetekben intenzitása szokatlan mélységű és a szokványostól eltérő pszichés vagy szomatikus tünetek jelennek meg.²⁰ A hajlamosító tényezők között a váratlan veszteség, a túlságosan erős kötődés, a halmozott, illetve a feldolgozatlan

¹⁹ Vesd össze: Dr. PILLING János: *A gyász hatása a testi és a lelki egészségi állapotra*, PhD értekezés, Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, Budapest 2012, 16-21

²⁰ Dr. PILLING János: *A gyász hatása a testi és a lelki egészségi állapotra*, PhD értekezés, Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, Budapest 2012, 26

korábbi veszteségek és a gyermek halála is szerepel.²¹ Tehát megfigyelhető, hogy több tényező a pre- és perinatális időszakhoz köthető. Kristjanson és munkatársainak kutatásai szerint a komplikált gyász gyakorisága 10-20% közötti.

A komplikált gyász egyik formája a bagatellizáció, amellyel az egészségügyi intézményekben is találkozhatunk. A gyászreakciók látszólagos hiányával jellemezhető, azonban a probléma mögött többnyire elfojtott érzelmek állnak. Főleg a művi abortusz esetén figyelhető meg, amelynek háttérében a harag és a bűntudat dolgozik.

A perinatális halmozott veszteségek vezethetnek a hipertrofikus gyászhoz, amelyre eleinte a szokatlanul erőteljes reakciók jellemzőek, majd a gyászoló az erős érzelmek elnyomására törekszik, sokszor csak a szorongás és a szociális visszahúzódottság²² jelzi a komplikált gyász jelenlétét.

2.4.2. Halálattitűd az egészségügyben

A szakirodalom áttekintésével megállapítható, hogy az orvosok és ápolók által megélt, veszteségekhez kötött élmények és a megküzdési kompetenciák, stratégiák vizsgálata nemzetközi szinten is új kutatási területnek számít. Az eddig végrehajtott vizsgálatok szerint az akut és krónikus veszteségélmények nagyban befolyásolják a szakemberek szomatikus, szellemi, pszichés és szociális jóllétüket.

Dr. Hegedüs Katalin és munkatársai által közzétett tanulmány szerint az egészségügyi dolgozók jelentős stresszforrásnak tartják a haldokló betegekkel való foglalkozást, ennek oka pedig az, hogy a szakképzés során nem készítik fel őket a halállal való szembesülésre, a haldokló megfelelő gondozására, ezért sokszor nem tudják a veszteséggel járó problémáikat megfelelő módon kezelni.²³ Felkészületlenségük a szorongást erősíti bennük, amely munkájuk során igen erőteljesen nyilvánul meg. A medikusok körében végzett felmérésből kiderül, hogy az orvostanhallgatóknak nincs

²¹ KRISTJANSON, Linda – LOBB, Elizabeth – AOUN, Samar – MONTEROSSO, Leanne: *A systematic review of the literature on complicated grief*, Department of Health and Ageing, Canberra 2010

²² Dr. PILLING János: *A gyász hatása a testi és a lelki egészségi állapotra*, PhD értekezés, Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, Budapest 2012, 26

²³ DR. HEGEDŰS Katalin – ZANA Ágnes – SZABÓ Gábor: *Medikusok halálképe és a halállal, haldoklással foglalkozó kurzusok hatásai*, in: Thanatológiai Szemle, 2006/3-4,

halállal, haldoklással kapcsolatos személyes tapasztalatuk, családjukban is tabutéma a halál, így kialakult halálképük rendezetlen. 2003-tól Magyarországon bevezették több egyetemi klinikán az egy félévre kiterjedő, 30 kreditpontos tanatológia és palliatív terápia kurzust orvostanhallgatók részére²⁴. 2005-től a graduális ápolóképzésben is indult 20-40 órás, kötelező modul a halál és gyász témájában. Romániában az orvosi egyetemeken csak bizonyos modulokon belül érintik a tanatológiához kapcsolódó témákat, az egészségügyi asszisztensképzőkben pedig 2018 óta a palliatív gondozás modulon belül a 20 elméleti és 40 klinikai gyakorlati órán belül érintik a halál és gyász kérdéskörét.²⁵ Lényegében igen kevés ismerettel rendelkeznek a haldokló és a halott ellátásával, valamint a hozzátartozókkal való kommunikációs lehetőségekkel kapcsolatban, pedig a halállal és a gyással hivatásuk gyakorlása közben találkozni fognak.

A neonatológiai osztályokon dolgozók halállal szembeni attitűdje körvonalazottabb, hiszen nem fér kétség ahhoz, hogy egy élő emberi szervezettel állnak szemben, a kezelés, ápolás, gondozás egyértelműen célirányos. Az élet kezdetéről szóló ambivalens nyilatkozatok, az anyaméhben történtek burkoltsága, az egészségügyben végbement szekularizáció és a törvényes szabályozások miatt a szülész-nőgyógyász személyes meggyőződése, vallása és világnézete szerint éli meg a magzat elhalálózását, a terhesség megszakítását. Az orvosjelöltnek mérlegelnie kell, hogy majd szakorvosként eleget tud-e tenni a társadalmi és szakmai elvárásoknak. Az ápolóknak is hasonlóan kell szembenézniük lelkiismeretükkel, hiszen a beavatkozáskor asszisztálniuk kell az élet kioltásában.

Egy szakorvosjelölt nyilatkozata szerint, sokszor nagyon nehéz átlépni a személyes meggyőződéseken. „Engem nagyon megvisel. Nálunk az osztályok között több havonta van forgás, így volt olyan, hogy gyakorlatilag fél évig voltam azon az osztályon, ahol az abortuszokat csináljuk. Ez azt jelenti, hogy 6 hónapon keresztül kb. napi 4-5 megszakítást végeztem. A végén a páromnak sírtam, hogy mennyire

²⁴ Pontos címe: *Tanatológiai ismeretek. Haldoklás és gyász kérdései az orvosi gyakorlatban. A terminális állapotú daganatos betegek palliative ellátása*

²⁵ Ministerul Educației, Centrul Național de Dezvoltare a Învățământului Profesional și Tehnic: *Standard de pregătire profesională*, Anexa 1 la OMEN nr.3499/2018.03.29, 397

borzalmas... És igen, három négy ilyen műtét elvégzése után az ember elgondolkodik, hogy létezik-e a purgatórium vagy a pokol, és mit fog majd ezekért egyszer ott kapni.”²⁶ A morális válság a személyes beállítódástól függően jelentkezik. A lelkiileg kiegyensúlyozott orvos mindennél fontosabbnak tartja embertársai életének védelmét, ebben a helyzetben viszont az egészségügyi dolgozó erkölcsi felfogásával, lelkiismereti vagy vallási meggyőződésével ütközhet a szakmai követelmény, a törvényes jog és az éppen uralkodó társadalmi ideológia. Az egészségügyi szakember affektív attitűdjében megjelenik az énvédő mechanizmus: represszió, projekció, racionalizáció és intellektualizáció²⁷.

Holló László II. János Pál pápa enciklikájára²⁸ hivatkozva tanulmányában²⁹ kifejti, hogy az élet értékességét senki sem kérdőjelezi meg, azonban az egyház az élet értékjellegét ma egy olyan társadalmi és kulturális környezetben képviseli, amely egyfelől a deontológikus érvek alapján megfogalmazott axiómaszerű igazságokat elutasítja, másfelől az autonómia, a szabadság gondolat oltárán bizonyos körülmények között az emberi életet is kész feláldozni.

3. A kórház, mint a perinatális gyászfeldolgozás első lépcsőfoka

3.1. Az orvostudomány szerepe a halál szekularizációjában

Míg a XX. század elején az emberek nagy része saját otthonában, családjában körében fejezte be életét, ez az emberhez igazán méltó vég az elmúlt évtizedekben teljesen megváltozott. Régebben a végtisztesség megadása a család és a közösség

²⁶ <https://egyazut.webnode.hu/abortuszrol-orvos-szemmel/> n.a.

²⁷ represszió: elfojtás

projekció: kivetítés, vagyis az elfogadhatatlan impulzusainkat másoknak tulajdonítunk

racionalizáció: ésszerű magyarázat találása arra, amelyet elfogadhatatlannak tartunk

intellektualizáció: analitikus, tárgyilagos módon gondolkozunk a történekekről, hogy leválasszuk a gondolatokat az érzésekről

²⁸ *Evangelium vitae*, 63

²⁹ HOLLÓ László: *Halál az élet előtt*, in: Diósi Dávid (szerk.), *A halálbiztos halál. Tanulmányok az elmúlás és a halál kultúrájáról*, Szent István Társulat, Verbum, Budapest-Kolozsvár 2011, 41

pontosan szabályozott feladatmegosztása szerint ment végbe, így a veszteség is könnyebben feldolgozható volt. A nyugati ipari társadalmak a tudományok – különösképpen az orvostudomány– fejlődésével a halált, mint eseményt, eltüntette a hétköznapiokból, mintha a modern ember nem lenne képes kezelni a halállal kapcsolatos érzelmeit, ezért többnyire kórházak, öregeket ápoló intézmények elkülönített helyiségeibe száműzték. Az orvos-beteg-hozzá tartozó viszony megváltozott. Úgy tekintenek az orvosra, mint „mindenhatóra”, aki elveszíti a „harcot” a „támadó” halállal szemben. Természetesen az orvostudomány napjainkban sok betegséget tud gyógyítani, a szenvedést hatékonyan tudja enyhíteni, azonban túlzottan megnőtt az egészségügyben dolgozók iránti elvárás. Talán ezért is alakulhatott ki az egészségügyben az úgynevezett túlkapás, vagyis minden áron, mindent meg akarnak tenni a betegek életben tartásáért. Új halál-fogalmak jelentek meg: klinikai, medikalizált, anticipált, agyhalál (a szervátültetés esélyét biztosítva). A veszély az, hogy gépként, esetleg tárgyként tekinthetnek a haldoklóra, mellőzve az emberi méltóságot. Ebben a folyamatban a terminális állapotban lévő betegek többnyire egyedül maradnak a haláltusájukban, néha idegennek számító kísérővel fejezik be életüket. Lassan eltűnik a köztudatból a „jó halál” fogalma is. A posztmodern világ a halál ura szeretne lenni, hiszen az eutanáziát is a köztudatba emelte.

Az urbanizációval megváltozott a temetési rítus is, napjainkban már nem kíséri a közösség a halottat át a településen, lassan a búcsúztatás is személytelenné válik. „Ahol a halált elfojtják, ott az élet is mélységesen embertelenné válik” – mondja Werner Kathrein a Fuldai Teológiai Fakultás egyháztörténelem professzora.

A halál szekularizációjához hozzájárult az a tény is, hogy a robnásszerű fejlődés megingatta a vallásba vetett hitet, ennek következményeként szétvált a tudomány és a vallás. A társadalom tagjai, akik szocializációjuk során elsajátították, hogy a halál az élet része és utána a lélek tovább él, a hirtelen jött új tudással nehezen tudtak azonosulni.³⁰ A régi korok emberének életében a hit és a vallás központi helyet foglalt el, hitt a lélek halhatatlanságában, a halált egy új élet kezdetének tekintette, ezért pozitív

³⁰ ZANA Ágnes: *Halálkép és rítusaink. A halálhoz és haldokláshoz kötődő szokások változása*, in: *Embertárs*, 2010, 8 évf(1), 54-62

értelmet tulajdonított neki.³¹ Általánosságban elmondható, hogy minden aggodalmára megnyugtató választ kapott. A vallási rituálék is támaszként szolgáltak a halál tényének elfogadásában. Polcz Alaine az *Ideje a meghalásnak* című könyvében a következőket írja ehhez a témához: a vallásos hit azért könnyíti meg a halál elfogadását, mert az imádságok, rítusok megérlelik a halál bekövetkezésének tudatosítását.³²

Továbbá elmondható, hogy a spiritualitás, azaz a transzcendenciába vetett hit csökkenti a halállal kapcsolatos szorongást, elfogadóbbá teszi az embereket a végzettel szemben. Az értékek pluralizálódásával a vallásfogalom manapság többféle értelmet kapott, egyre többen vallják magukat a „maguk módján vallásosnak”, a spiritualitás egyéni útjait keresve. A materializmust és az ateizmust is egy „új vallásnak” minősítik, de a vallás egyéb formáinak protektív szerepe ebben az esetben nem érvényesül. Ezzel együtt kutatások bizonyítják³³, hogy az embereken továbbra is megvan a vallásosság iránti igény, a szekularizációs nyomás ellenére. Ennek fő oka abban rejlik, hogy a tudomány sokszor nem tud adekvát választ nyújtani az élet végességére vonatkozó kérdésekre.³⁴

Összességében megállapítható, hogy a halál egyre inkább szekularizálódik, hospitalizálódik, deperszonalizálódik, irracionalizálódik, kommercializálódik, metaforizálódik és a haldokló izolálódik. Az orvostudomány nagyban hozzájárult a jelenlegi helyzet kialakulásához azzal is, hogy megerősítette az individualizálódó embereken azt az érzést, hogy nincsenek felkészülve a hozzátartozó végigkísérésére és támogatására a haldoklás különböző stádiumaiban.

Ivan Illich nevéhez fűződik a medikalizált halál terminusa, lényege, hogy a természetes halál eltűnik, devizualizálódik.³⁵ Mint írja, a medikalizálódás egy olyan burjánzó, bürokratikus program, amely annak az emberi szükségszerűségnek az

³¹ VÉGH Katalin: *A modern ember viszonya a halálhoz*, in: Esély, 1994/1, 68-76

³² POLCZ Alaine: *Ideje a meghalásnak*, Pont Kiadó, Budapest 1998, 45

³³ KOVÁCS Ágota: *A spiritualitás és a halálhoz való viszony összefüggései az emberi lélekben*, in: Kharon, XI/1-2, 40-68

³⁴ MUCSI Georgina: *A halálkép jellegzetességei hospice ellátásban dolgozó szociális munkások és az önkéntes tevékenységet végzők körében*, Doktori disszertáció, Bölcsészettudományi Kar, Irodalomtudományi Doktori Iskola, Kultúratudományi Doktori Program, Pécs 2015, 20-25

³⁵ CSÜRKE József: *A lótuszevő eszmélése. Krízis és önmeghaladás*, Oriold és Társai, Budapest 2011

elutasításán nyugszik, hogy az embernek szembesülnie kell a fájdalommal, a betegséggel, a halállal. A medikalizált halál egyik lényeges eleme a thanatokrácia, mely szerint a betegség és a halál ellenség, és minden lehetséges eszközzel harcolni kell ellene. Úgy tekint a haldoklóra, mint egy kimenthető súlyos betegre, ezért az intranzitív esemény „meghalasztódássá” minősül.³⁶

Különösen hangzik, de a katonai metaforák is egyre inkább teret kapnak az egészségügyi szakkifejezésekben. Például a rákos megbetegedések esetén a sejtburjánzást úgy jellemzik, hogy „megtámadják” a szervezetet, vagy az a leghatásosabb gyógyszer, amelyeket „agresszív” jelzővel illetnek.³⁷ Előfordul elég gyakran az immunrendszer működését jellemezve, hogy beindult a „védekező” mechanizmus. Mindezek olyan képet festenek az egészségügyi dolgozókról, mintha csatatéren járnának, ahol egy problémát mindenképpen le kell „győzni”. Ha valaki meghal, kudarcélményként élik meg, még akkor is, ha menthetetlen volt a beteg.

A felsorolt tények miatt a halált eltávolodották az élettől és kerülendő, tabuizált eseménnyé változott.

3.2. Szakmai irányelvek

A különböző országok egészségügyi minisztériumai és szakmai kollégiumai a perinatális veszteség kapcsán irányelveket fogalmaztak meg, melyeket az elhalálozások során ajánlatos követni, ugyanakkor szakmai szempontból fontos információkat szolgáltatnak.³⁸

Az irányelvek az egészségügyben dolgozók számára készültek, és a veszteséget átélt szülők lelki támogatásához nyújtanak segítséget. Összevetve a különböző országokban megfogalmazott irányelveket, a legtöbb részletezi mindazon

³⁶ ARIES, Philippe: *A halál iránti attitűdjeink. A fejlődés főbb állomásai és értelmezése*, in: Pilling János (szerk.): *A halál, a haldoklás és a gyász kultúrantropológiája és pszichológiája*, Semmelweis Kiadó, Budapest 2010, 25-37

³⁷ SONTAG, Susan: *A betegség, mint metafora*. Európa Kiadó, Budapest 1983

³⁸ <https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/235705>, Ghid din 7 decembrie 2020, in: MONITORUL OFICIAL nr. 1301 din 29 decembrie 2020

szempontokat, melyeket az egészségügyi dolgozó a kórházban vagy a területi rendelőben figyelembe kell veygen a kezelés, gondozás, ápolás során.

A következő szempontokat foglalják magukban:

Szakmai irányelvek	Tartalom
Alapvető megfontolások	<ul style="list-style-type: none"> • A perinatális halál definíciója és jellemzői • A halál pszichológiai következményei • A gyászfolyamatot meghatározó tényezők
Alkalmazási terület, célcsoportok	<ul style="list-style-type: none"> • Az irányelv bevezetésének alapfeltételei • A célcsoportok • Érintett alkalmazási területek
Fejlesztéssel kapcsolatos információk	<ul style="list-style-type: none"> • Fejlesztési módszerek • Nyilatkozat • Szakmai szervezetek, kollégiumok
Az irányelv leírása	<ul style="list-style-type: none"> • Célja • A perinatális veszteség • A halál tényének közlése • A probléma közlése és a beavatkozás közötti időtartam • A szülők-elhalálozott gyermek kapcsolata • A perinatális veszteséget követő újabb terhesség vállalásáig eltelt idő tartama • Standard eljárási protokollok művi abortusz esetén • Általános szempontok: normál és patológiás gyász
Ajánlások: Perinatális halál esetén szükséges tennivalók	<ul style="list-style-type: none"> • Kórház, klinika, neonatális intenzív centrum • Teendők a szülőszobán • Teendők a gyermekágyas osztályon

3. táblázat: Szakmai irányelvek³⁹

³⁹ Vesd össze:

Ghid din 7 decembrie 2020, in: MONITORUL OFICIAL nr. 1301 din 29 decembrie 2020

A Nemzeti Erőforrás Minisztérium szakmai irányelve a pszichológiai feladatokról szüléshez társuló veszteségek során, in: Hivatalos értesítő 2010/104

Avorturi fără riscuri: recomandări pentru sistemele de sănătate în probleme de strategie și practică, Ediția a II-a Organizația Mondială a Sănătății, 2015

3.3. A kórházi gyászfeldolgozás jellegzetességei

Elfogadni az életünk során bekövetkezett veszteségeket, hozzátartozóink halálát, a gyász első fázisában szinte lehetetlennek tűnik. Életünk „halálai” csak fájdalmainkból főnixként újrászületve és megerősödve nyernek értelmet. Ennek megvalósulása a gyász tulajdonképpeni lényege: a halott bensővé tétele, belső alakká válása. „A bennünk élő, életünk során elvesztett alakok döntően meghatározzák azon viszonyunkat és képességünket, ahogy gyászunkat megéljük. Minden újabb veszteség ugyanis felszínre hozza az addig megélteteket, a bennünk rekedteteket”⁴⁰.

A nő számtalan veszteséget és gyászt képes elviselni azért, hogy életet adjon és teljesítse egyik legnemesebb feladatát, hogy szülővé váljon. A sikertelenség önmagában is gyászfolyamatot indít el benne. A családtervezésben és a várandósság kísérésében a szülők rendszerint az orvostudomány segítségét kérik, ezért a nőgyógyászati-szülészeti és neonatológiai osztályokon folyamatosan jelen vannak a különböző veszteségekkel küzdők. Az egészségügyi dolgozónak még azzal is szembesülnie kell, hogy az intézményt rendszeresen felkeresik azok a nők is, akik a bennük lakozó élettől akarnak megválni. A szakmai elvárásoknak természetesen meg kell felelnie, azonban nála is megjelenik egy sajátos érzelmi ambivalencia.

Az előző fejezetekből látni lehet, hogy a perinatális veszteséget átélni többszörösen nehezített feladat. Ennek oka, hogy a veszteség sokrétű, amelyek szinte hagymahéjszerűen épülnek egymásra. A szeretettel várt gyermek elvesztése önmagában is megrázó élmény, magában hordozza egy vágyott, álmodott jövő elvesztését is. A gyermekszületés tragikus kimenetele miatt a szülői kvalitások, az elképzelt vagy már valamilyen mértékben megélt anyai és apai szerepek sérülnek, nagymértékben károsodik a női testkép is, hiszen nem jöhetett a világra életképes gyermek, aki továbbviszi a szülői örökséget⁴¹. Szakszerű, kommunikációra épülő támogatás nélkül, a gyászfeldolgozás olyan mértékben blokkolódik, amely negatívan

⁴⁰ KÁRPÁTY Ágnes: *A gyász szociológiája*, MTA Politikai Tudományok Intézete Etnoregionális Kutatóközpont, Budapest 2002.

⁴¹ GEISZBÜHL-SZIMON Petra: *Emlékezési módok a perinatális veszteségben*, in: Kharon, 2018/3, 27-40

fogja befolyásolni egy újabb várandósság vállalását. Mindezen elemek együttes, vagy részben együttes megjelenése miatt válik a perinatális halálozás miatt érzett gyász különösen nehezítetté⁴².

Hivatásuk gyakorlása közben a perinatológus szakemberek a kórházban elsősorban az anticipált gyással és a sokk fázisával találkoznak. A veszteséget átélők nem csak a szomatikus problémáikra vonatkozóan kérnek segítséget, hanem igényt tartanak a lelki, szellemi támogatásra is. Nagyon sok intézményben nincs lehetőség klinikai pszichológushoz vagy lelkipásztorhoz irányítani a gyászolókat, így az egészségügyi szakemberek felkészültségükhöz és személyes beállítódásukhoz mérten igyekeznek segíteni, holott sok esetben maguk is részesei ennek a gyászfolyamatnak. Különböző tévhitek is nehezítik a gyázmunkát, hiszen társadalmunkban él egy téves nézet, miszerint az orvosi értelemben vett perinatológiai időszakban elhalálozott gyerekeket nincs is miért meggyászolni, hiszen még csak nagyon keveset, vagy egyáltalán nem is éltek. Ezt nevezzük illegitim gyásznak. Ebben a tabukkal terhes közegben rendkívül nagy szükségük van a szülőknek, főleg az édesanyáknak egy külső segítőrre. A kórházban eltöltött időszakban segíthet az orvos vagy a szakápoló is, bár az a gyakoribb, hogy tapintatosan próbálják elkerülni a veszteségről szóló beszélgetést, így a gyászoló izolálódik, az egészségügyi szakemberben pedig beindulnak az énvédő mechanizmusok.

A kutatások azt igazolták, hogy a perinatális gyászt négy tényező határozza meg⁴³:

- A halál körülményei
- Kapcsolat a halottal
- A gyászoló személyisége
- A szociális támaszrendszer

Ezek közül a gyógyítók elsősorban a halál körülményeinek alakításában és a halottal való kapcsolat felvételében játszanak nagyobb szerepet, azonban ezt befolyásolja

⁴² GEISZBÜHL-SZIMON Petra: *Emlékezési módok a perinatális veszteségben*, in: Kharon, 2018/3, 27-40

⁴³ KOVÁCSNÉ TÖRÖK Zsuzsa: *Pszichoterápiás segítségnyújtás perinatális gyermek elvesztés után*: https://kharon.hu/docu/2000-nyar_kovacsne-pszichoterapias.pdf, 2000

a gyászoló személyisége is. A szenvedő számára az egészségügyi intézményben a szociális hálót is a gyógyító személyzet biztosíthatja, hogy ne maradjon egyedül a gyászában. Ennek teljesítésére nem készítik fel az orvosokat és az ápolókat, így a kiadott szakmai irányelvek és protokollok csak részben, vagy egyáltalán nem kerülnek megvalósításra. A téma elhanyagoltságát jól mutatja, hogy ezekből a dokumentumokból hiányoznak a pszichológiai aspektusok. Egyes intézményekben a lelki támogatás lehetőségét ugyan megtaláljuk, azonban elérhetőségekre nem történnek lényeges lépések. Ugyanígy a lelkivezetői, illetve a pasztorális tanácsadói szolgálatokat sem promóválják.

A gyógyászat pre- és perinatális ágazatában fordul elő leggyakrabban a halmozott veszteség élménye: egzisztenciális krízis⁴⁴, önértékelési problémák, párkapcsolati zavarok, szociális státuszvesztés⁴⁵, kettős érzés az események feletti kontroll szempontjából. Természetesen orvosi szempontból minden szigorúan ellenőrzött, mégis a szülőknél -ahogy halmozódnak a veszteségek-, megjelenik a kontrollézés teljes elvesztése, az eseményekkel és érzésekkel való sodródás érzése. Ezekben a helyzetekben igen fontos lenne a testi-lelki-szellemi támogatás azok részéről, akik közvetlenül a kezelésben, gyógyításban, ápolásban résztvesznek, hiszen a veszteséget átélőkkel ők vannak a legközvetlenebb kapcsolatban. Ki kell emelni az egészségügyi dolgozók különböző továbbképzésekbe és gyászfeldolgozó programokba való bevonásának szükségességét is. Például megfelelő továbbképzések biztosítása a meddősegi, valamint a perinatális intenzív centrumokban dolgozók számára. A perinatális veszteséget megélt szülők gyakran érzik a számukra megterhelő helyzetben az empátikus, lelki nehézségeiket is figyelembe vevő, támogató kommunikáció hiányát. A sorozatos veszteségek során az egyirányú, beszűkült tudatállapotban, amelybe az érintettek kerülhetnek, elengedhetetlen fontosságú kérdés, miként kommunikálnak az orvosok és az ápolók.⁴⁶ Az egységes protokollhoz alapvető fontosságú a „másik oldal”, vagyis az orvosi

⁴⁴ Többszörös identitás-vesztés: szülővé válás, mint normatív krízisek elmaradása, az élet értelmességének kérdései.

⁴⁵ A szülők, majd nagyszülők társadalmából való kivetettség, izoláció.

⁴⁶ GEISZBÜHL-SZIMON Petra – ZSÁK Éva: *Veszteségek sodrában – Az asszisztált reprodukció eljárás folyamatának kihívásai a veszteségek tükrében*, in: Kharon, Thanatológiai Szemle, 2018/3, 41-52

szakma megfelelő felkészítése és mentálhigiénés egészségvédelme is. A reprodukciós intézményekben különösen disszonáns a veszteségek értelmezése, az élet és a halál kettőssége. A tárgyiasítás, amely a folyamat egészét áthatja, értelmezhető háritásként is ott, ahol az „élet előidézésére” szakosodnak.⁴⁷

3.4. A te gyászod az én veszteségem is

A figyelem csak nemrég fordult a születés körüli ellátásban résztvevő szakemberek perinatális veszteségeket illető személyes és hivatásbeli nehézségeire és az ezzel járó problémákra. Ennek következményeként ezen a téren az elmúlt két évtizedben megjelent, viszonylag kis számú publikációk elsősorban egyéni kutatásokról szóló beszámolók, és csupán kisebb részben elméleti és gyakorlati tanulmányokat áttekintően elemző, szisztematikus kritikai közlemények.

3.4.1. A szakemberek érzelmi érintettsége

Az orvosok, orvosi asszisztensek és ápolók által megélt veszteségek és a feldolgozásukra irányuló megküzdési stratégiák vizsgálata még új kutatási területnek számít. Természetesen a veszteségeket illetően kijelenthető, hogy széles körben készültek kutatási tanulmányok, elemzések, azonban úgy tűnik, mintha megfeledkeztek volna arról, hogy ezeket a veszteségeket a szakemberek is megélik, ezért ezek az érzések hivatásbeli, továbbá magánéleti problémákat vonhatnak maguk után. A szakirodalom rávilágít arra a jelenségre, hogy „egyre nagyobb mértékben tudunk odafigyelni a szakemberek érzelmi érintettségéből, a krónikus distresszből és a nem megfelelő veszteség-feldolgozásból származó hivatásbeli és magánéleti problémákra. Összefüggés mutatható ki a gyászoló családok részére adott támogatás és a személyes érintettség, a szupervízió és az elvárható szakmai továbbképzés megléte vagy hiánya között. Amennyiben a felsorolt lehetőségek jelen vannak, a gyászfeldolgozás is sokkal könnyebbé válhat.”⁴⁸ A tanulmányok

⁴⁷ GEISZBÜHL-SZIMON Petra – ZSÁK Éva: *Veszteségek sodrában – Az asszisztált reprodukciós eljárás folyamatának kihívásai a veszteségek tükrében*, in: Kharon, Thanatológiai Szemle, 2018/3, 41-52

⁴⁸ GOLD, Katherine – SEN, Ananda – HAYWARD, Rodney: *How physicians cope with stillbirth and neonatal death: a national survey of obstetrician*, *Obstetrics and Gynecology* 2008/112, 29-34.

kiemelik, hogy az akut valamint krónikus veszteségélmények nem csak szomatikus tüneteket okoznak a szakembereknél, hanem a pszichoszociális állapotukat is meghatározzák, amely hatással van a hivatásukra, és magánéletükre egyaránt. Mindenképp fontos, tudatosuljon bennük, hogy ezek a szomorú események hatással vannak az általános egészségükre.⁴⁹ Gerow és szerzőtársai kiemelték, hogy a megélt veszteségélmény megfelelő feldolgozása teszi csak lehetővé a további hivatásbeli helytállást.⁵⁰

A heveny és idült veszteségélmények egészségre gyakorolt hatásainak tudatosítása mellett ajánlatos a szakembereknek szupervíziókon résztvenni, ahol hatékony segítséget kaphatnak a gyászfeldolgozáshoz, illetve pszichoszociális támogatásban részesülhetnek. Amint a kutatások bizonyítják, az orvosok fő megküzdési stratégiái a családdal, barátokkal, kollégákkal történő beszélgetések, amelyek segítenek elviselni a hivatással járó érzelmi érintettséget. „A páciensekkel és a családjaikkal való jó kapcsolat, az életvégi helyzettel kapcsolatos közös rítusok kialakítása egyik módja lehet az egyéni gyászmunkának, míg a külső segítség igénybevétele - akár pszichoterápiás, akár mentálhigiénés vagy spirituális módon történik -, egy másik lehetséges alternatíva.”⁵¹

3.4.2. Empatikus támogatás és megküzdési stratégiák

Rogers és szerzőtársai⁵² 2008-as kutatása 890 egészségügyben dolgozó személyre terjedt ki. A vizsgálatba bevont szakemberek fő célkitűzése a gyászoló szülőknél nyújtható empatikus támogatás megteremtése volt. A gyással kapcsolatosan a két vizsgált csoport (orvosok, ápolók) tagjai másként határozták meg saját szerepüket és

⁴⁹ ZSÁK Éva – Dr. HEGEDŰS Katalin: *Szakemberek veszteségélményei, gyászja és megküzdési stratégiái a perinatális ellátásban. Szakirodalmi áttekintés*, in: Kharon, 2019.02./XXIII.

⁵⁰ GEROW, Lisa – CONEJO, Patricia – ALONZO, Amanda – DAVIS, Nancy – RODGERS, Susan – DOMIAN, Elain.: *Creating a curtain of protection: nurses' experiences of grief following patient death*. Nurs Scholarsh 2010, 42/122, 9

⁵¹ LIMBO, Rana – KOBLER, Kathie.: *The tie that binds: Relationships in perinatal bereavement*, MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing 2010/35, 316

⁵² ROGERS, Susan – BABGI, Amani – GOMEZ, Calos: *Educational interventions in end-of-life care: Part I: An educational intervention responding to the moral distress of NICU nurses provided by an ethics consultation team*. Advances in Neonatal Care 2008/8(1), 56-65.

feladataikat. Mindkét csoport a betegek legjobb mértékű segítségét tartják elsődleges feladatuknak, azonban az orvosoknál ez inkább a helyes terápiás döntések meghozatalában nyilvánul meg, míg az ápolók esetében a kezelés kivitelezését, a megfelelő ápolást és a bizalmi viszony kialakítását jelenti. „A kutatás során megkérdezett orvosok jelentős része fokozott érzelmi teherként éli meg a perinatális halálozás élményét, kisebb hányaduk gondolkodott már pályaelhagyáson is.”⁵³ Ugyanez az irányvonal az ápolók körében is megfigyelhető, bár nem egyforma a nehézségek személyes vetülete. A hatékony gondoskodás, spiritualitás és az empátiából fakadó kifáradás jelei náluk is éppúgy hangsúlyosak, mint a kommunikációs és interkulturális kérdések. Rogers és szerzőtársai tanulmányukban arra a következtetésre jutottak, hogy „folyamatos, minden egyes gyermek halálát követő támogatásra van szüksége a Perinatális Intenzív Centrum dolgozóinak, külső szakértők bevonásával.”⁵⁴

Magyarországon két esszenciális kutatás történt, amelyek között húsz év telt el, ez idő alatt nem jelent meg hasonló témájú tanulmány. Török és Szeverényi vizsgálatainak⁵⁵ alanyai szülészorvosok, míg Zsák és szerzőtársai „kutatása a szülészeken kívül neonatológus, gyermekgyógyász szakorvosok, szülésznők, ápolók, védőnők és pszichológusok veszteséggel kapcsolatos attitűdjét, személyes és szakmai problémáit is vizsgálja. A kibővített mintát tekintve Zsák és szerzőtársai kutatása mindenképpen újdonságnak számít. Az eredmények alapján kijelentették, hogy a két évtized alatt nem történt jelentős változás a problémakörben: hasonló kommunikációs, pszichés és interperszonális nehézségek, a perinatális veszteséghez kapcsolódó változatlan attitűdök jellemzik a vizsgálati célcsoportokat mindkét tanulmány megállapításai szerint.”⁵⁶

^{53,54} ROGERS, Susan – BABGI, Amani – GOMEZ, Calos: *Educational interventions in end-of-life care: Part I: An educational intervention responding to the moral distress of NICU nurses provided by an ethics consultation team.* *Advances in Neonatal Care* 2008/8(1), 56-65.

⁵⁵ KOVÁCSNÉ TÖRÖK Zsuzsa – SZEVERÉNYI Péter. *A szülészek perinatális halálra adott interperszonális és intrapszichés válaszai.* *Orvosképzés* 1995/6, 326-329

⁵⁶ ZSÁK Éva – KOVÁCSNÉ TÖRÖK Zsuzsa – HEGEDŰS Katalin: *A perinatális veszteségek és intrauterin magzati halálozások aktuális szakmai gyakorlatának, valamint a szakemberekre gyakorolt hatásainak vizsgálata.* *Orvosi Hetilap* 2015, 156/29, 1174–1178

A fellelhető tanulmányok áttekintésével megállapítható, hogy a szakmai és az interperszonális kapcsolatok egymásra hatása, a veszteségélmény feldolgozásának szükségessége a legfontosabb problémák, amelyekhez elengedhetetlen a megfelelő képzés a páciensek és saját maguk önfenntartó támogatásához. A tanatólogiai képzésből származó ismeretek hozzájárulhatnak a megfelelő segítségnyújtáshoz és a saját érzések feldolgozásához is, míg a megküzdési stratégiák folyamatos fejlesztése hozzájárulhat a megfelelő alkalmasság megszerzéséhez, ahogyan ezt Gold, valamint Gerow munkacsoportja látja.⁵⁷

3.5. A veszteség és a kiégés-szindróma kölcsönhatása

A segítő szakmában dolgozók egyik markáns jellemzője az empátia, egy folyamat, melynek során úgy vannak együtt valakivel, hogy próbálják a másik ember érzéseit, érzelmeit megérteni, és előítélet nélkül segíteni. Olyan dimenziókba juthatnak általa, amelyeknek a másik maga is alig van tudatában.⁵⁸ Az empátia szoros kapcsolatban áll az altruizmussal. Az empátiás kapacitás kimerülése rendszerint kiégéshez vezet. Ez egy olyan állandósult kimerültséget jelent, amellyel az érintettek már nem tudják felvenni a harcot. A kiégés vagy burn out szindróma minden foglalkozásnál előfordulhat, azonban sokkal jellemzőbb az egészségügyi dolgozókra, pedagógusokra, szociális munkásokra és a lelkészekre.

3.5.1. Kiégés az egészségügyi dolgozóknál

A kiégés olyan állapot, amely hosszú időn át lappangva, de folyamatosan alakul ki. Számos oka lehet: túlerőltetés, folyamatos törekvés, túlzott társadalmi elvárások stb. Mindezek idővel felmorzsolják az érintettek testi és lelki erejét. Az

⁵⁷ Vesd össze: GOLD, Katherine – SEN, Ananda – HAYWARD, Rodney: *How physicians cope with stillbirth and neonatal death: a national survey of obstetricians*, *Obstetrics and Gynecology* 2008/112(1), 29-34. és GEROW, Lisa – CONEJO, Patricia – ALONZO, Amanda – DAVIS, Nancy – RODGERS, Susan – DOMIAN, Elain.: *Creating a curtain of protection: nurses' experiences of grief following patient death*. *Nurs Scholarsh* 2010, 42/122-9.

⁵⁸ ROGERS, Carl.: *Empathic: An unpredicted way of being*. In.: Kulcsár Zsuzsanna (ford.): *Egészségpszichológia*, ELTE Eötvös Kiadó, Budapest 1998.,162

érzelmi életben eluralkodik a stressz, elvész a motiváció. Eleinte fáradtságról, kimerültségről panaszkodnak, aztán állapotukat már természetesnek veszik. Ilyen esetben már markáns veszélyeztetettségről beszélhetünk.

Azokat az orvosokat és ápolókat fenyegeti a kiégés veszélye, akik érzelmileg erősen érintettek, nagyon lelkiismeretesek hivatásuk gyakorlása közben, hiszen segítségre, támogatásra szoruló emberekkel foglalkoznak, krízishelyzetekkel szembesülnek napi rendszerességgel. Szintén kitétek a burn out jelenségnek azok a szakemberek, akiknek hivatásuk gyakorlása extra igénybevételt jelent, és akiknek a munkája nagy felelősséggel jár, például az intenzív terápiában résztvevők. Megfigyelhető, hogy a gyors kiégés azokat a kezdőket is veszélyezteti, akik túlzott idealizmussal indulnak a pályán, és irreális igényeket támasztanak az általuk segítettettekkel szemben valamint, akik kiégett munkatársak között kénytelenek dolgozni, mert a „burn out – sajátos módon – fertőző”.⁵⁹ Az se elhanyagolandó szempont, hogy az egészségügyi szakembereknek nehéz észrevenniük és elfogadniuk, hogy nekik is lehet segítségre szükségük.

A kiégési folyamat ciklikus alakulása az egészségügyben dolgozó szakemberekre is jellemző. A következő táblázatban a kiégés professzionális jellemzőit foglaltam össze:

Terület	Jellemzők
Primér jelek	- Fokozott elköteleződés és az állandó fáradtság érzése
Az elkötelezettség és elhivatottság érzésének csökkenése	- A páciensekkel szemben - Embertársakkal szemben - A hivatásukkal szemben
Pszichés reakciók	- Depresszió - Agresszió

⁵⁹ HÉZSER Gábor: *Miért? Rendszerelmélet és lelkipozítói gyakorlat*, A Magyarországi Református Egyház Kálvin János Kiadója, Budapest 1996, 90

Leépülés	<ul style="list-style-type: none"> - A koncentráció képessége csökken - A munkavégzés iránti motiváció és kreativitás csökken
Felületessé válás	<ul style="list-style-type: none"> - Érzelmileg - Interperszonális kapcsolatokban (visszahúzódás) - A szakmai szellemi igényeket illetően
Pszichoszomatikus megbetegedések	<ul style="list-style-type: none"> - pl. magas vérnyomás
A kétségek és a kétségbeesés állandósulása	<ul style="list-style-type: none"> - Az élet és a munka értelmének elvesztése - “Belső felmondás” - Pszichés megbetegedés

4. táblázat: *A kiégés professzionális jellemzői*⁶⁰

Szicsek Margit 1995-ben ápolók körében végzett kutatása során a mindennapi ápolói munka közben fellépő feszültségeket, a szorongást kiváltó tényezőket, és az ezekkel való küzdelem módjait vizsgálta.⁶¹ Az eredmények tükrében kitűnik, hogy a vizsgálatban résztvevő 100 ápoló – a munkájából adódó feszültségkiváltó tényezőként – a leggyakoribb stresszfaktorok között említi a halált, a halott ellátását és a betegek lelki vezetését. „A legnagyobb intenzitású feszültségkiváltó okok pedig a következők:

- a munkával kapcsolatos kudarcélmény (pl. sikertelen újraélesztés)
- a nővér és az elvesztett beteg közötti, pozitív személyes kötődésből adódó lelki megterhelés
- a munkatársak közötti meg nem értés
- a gyógyíthatatlan beteg lelki vezetése
- az anyagi, erkölcsi megbecsülés hiánya
- a gyógyíthatatlan beteg bizakodásának kezelése

⁶⁰ KOVÁCS Bernadett: *A vallásosság/spiritualitás protektív szerepének vizsgálata a kiégéssel kapcsolatban*, Doktori (PhD) értekezés, Debreceni Egyetem – BTK 2010, 47-53

⁶¹ ⁶²SZICSEK Margit: *A szorongás megjelenése a mindennapi ápolói munkában és az alkalmazott Coping-mechanizmusok*. Szakdolgozat. Budapest, ELTE BTK Pszichológia Szak, 1995

- a megváltozott állapot elfogadtatása a beteggel
- a beteg igazságtalan viselkedése az ápolóval szemben”⁶²

Betekintést nyerve az egészségügyi intézmények működésébe megállapítható, hogy a foglalkozási területek közül az egyik legmegterhelőbb az ápolói szerep. Mindennapi munkájuk során különböző szereppartnerrel találkoznak, s mindenki a saját elvárását tartja a legfontosabbnak. Az orvos a legpontosabban mindent végrehajtó, szakmailag jól felkészült, gyors, akár a „gondolataiban is olvasó” nővért kíván. A kolléga számára az ideális munkatárs empátikus, rugalmas, együttműködő, toleráns, segítőkész. A beteg mindig „mosolygó, türelmes, megértő, a kívánságait azonnal teljesítő, elegendő ráfordítható idővel rendelkező” ápolót igényel. Hozzáteve az ápolók által felsorolt stresszfaktorokat, megérthető, miért fenyegeti őket a legjobban a foglalkozási deformáció, a kiégés.

3.5.2. A vallásos hit ernyője alatt

Amint az előző fejezetekben láthattuk, a gyógyításban, ápolásban, gondozásban résztvevők fokozottabban ki vannak téve a kiégés veszélyének. Az okok között szerepel a halál, a halott ellátása, a gyász és a kudarcélmény. Az empátikus gyógyító elhalálozott betegének hozzátartozóival is együttérez, ezért lelkiileg fokozottan terhelődik. Több tanulmány foglalkozik a kiégés megelőzésével, különböző intézményi és egyéni megküzdési (coping) praktikákról olvashatunk. „Individuális szinten a kényszeres jellegű, elhárítást szolgáló szociális segítséget fokozatosan fel kell váltassa - a tudatosítás és önismeret révén - egy kreatív, növekedésre lehetőséget adó tevékenység. Ebben a már néhányszor említett képzések segíthetnek: mentálhigiénés képzés, önismereti csoportok, identitás fejlesztése. Intézményi szinten a prevencióban fontos területek a szervezési tényezők, továbbképzések, támogató munkahelyi kapcsolati háló kialakítása, pozitív visszajelzések, autonómia biztosítása, feszültségcsökkentést lehetővé tevő munkatársi csoport, közösség. A hivatáson kívüli privát szférákat (család, baráti kapcsolatok) erősítve, a segítő elkerülheti a

túlinvólódást, azonosulást a hivatással, és erőt, energiát vihet át ebből a szférából a munkája területére.”⁶³

Prof. Dr. Perczel-Forintos Dóra klinikai pszichológus a következőket írja tanulmányában: „A modern gyógyítás egyre inkább felismerte, hogy a vallás hozzájárul a személy lelki egészségéhez, mintegy mentálhigiénés hatással bír. Számos vizsgálat kimutatta, hogy a vallásos emberek várható élettartama magasabb és egészségi állapotuk jobb, mint az átlagnépesség azonos korú, nemű és szociális helyzetű csoportjaié.”⁶⁴

Anélkül, hogy ebben a dolgozatban a vallás és hitélet tárgykörét körbejárnám, a vallásosság kiegészre irányuló protektív szerepét emelném ki.

Abból kiindulva, hogy kora középkortól kezdve gyógyhelyeket, kórházakat lényegében csak az Egyház, illetve a szerzetesrendek tartottak fenn Európában, elmondható, hogy a lelki segítségnyújtás csak a vallásos intézményekben volt elérhető. „Számos szerzetesrend kifejezetten a betegekkel, a kirekesztettekkel való törődés céljából alakult meg. Szolgálatukban válik nyilvánvalóvá, hogy az Istennek szentelt élet az Isten és a felebarát iránti szeretet kettős parancsának szoros egységét mutatja meg.”⁶⁵

A keresztény hitgyakorlás eljárásaiban a cél azonos: „megszüntetni a nyomást a büntudathoz, bűnérzéshez tapadó események, élmények tudatosításával, közlésével. A másikkal való megosztás a büntudattól való szabadulás lényeges eleme. A szentségi bűnbevallás katartikus hatása tagadhatatlan, hiszen letettük bűneinket Isten előtt.”⁶⁶ A bűnbocsánati gyakorlat és szertartások terápiás hatást fejtenek ki, és nyilvánvaló a hívő és a lelkipásztor közötti személyes kapcsolat terápiás értéke is. A beszélgetés, a lelkivezetés hasznos lehet az önismeret fejlesztésére, a benső világ feltárására, közlésére és önreflexió tartására.

⁶³ KOVÁCS Bernadett: *A vallásosság/spiritualitás protektív szerepének vizsgálata a kiégéssel kapcsolatban*, Doktori (PhD) értekezés, Debreceni Egyetem Humán bölcsészettudományok doktori iskolája, 2010, 64

⁶⁴ DR. PERCZEL- FORINTOS Dóra: *Az imádkozás lélektani (gyógyító) hatása*, In.: *Lélektan és spiritualitás*. Sapientia Füzetek 5., Vigilia Kiadó, Budapest 2005, 20-41.

⁶⁵ II. JÁNOS PÁL pápa: *Vita consecrata*, Szent István Társulat Kiadója, Budapest 1996, 14-15

⁶⁶ BENKŐ A – SZENTMÁRTONI M: *Testvéreink szolgálatában*, Új Ember Kiadó, 2002, 168

Az ima is pozitív hatást gyakorol az emberekre, hiszen közben tudatosan a hívőben életének értelme és értékrendje, önreflexió hatására szembe tud nézni cselekedeteivel, önazonossága és hitelessége növekedik. Ugyanakkor a szeretet parancsolatának megvalósításánál olyan „mellékhatások” lépnek fel, melyek szintén egészségvédő, illetve gyógyító jellegűek: az imádkozó emelkedett érzelmi állapotba kerül, átéli a feltétel nélküli elfogadást és az abból fakadó örömet, hogy nincs egyedül, olyan társak veszik körül, akikre számíthat. Végül az imádkozás tekinthető a mindennapi élet stresszeivel szemben egy speciális megküzdési módnak is, amelynek egészségvédő szerepe a nehézségek elfogadásában vagy átértékelésében rejlik.⁶⁷ Ahogy Bagdy Emőke is írja: „Az ima befelé, lefelé a testünk felé is old, felszabadít, gyógyít, rendez, újraépíti, amit lerombolt a kín, összerendezi, amit szétszedett a fájdalom, aggodás és ebben a történésben a test szolgálai engedelmisséggel követi az érzelmi tudat üzeneteit. Az elképzelés, a képzeleti tevékenység, a szemléletes gondolkodás közvetlenül teremt a testben változásokat. (...) Ebben a lelkiállapotban az immunrendszer is erőre kap, sőt a szervezet saját, fájdalomcsökkentő és ún. örömhormonjai is fokozottan termelődnek.”⁶⁸

Tehát, a vallásos hit gyakorlása képes bizonyos szinten védettséget nyújtani a „burn out” szindrómával szemben is.

4. A veszteség hatása a perinatalis centrumokban dolgozó szakemberekre

A dolgozat elméleti részében bemutatásra került a pre- és perinatális veszteség, valamint az általa kiváltott gyászreakció. A kórház a perinatális gyászfeldolgozás első lépcsőfokának helyszíne, ezért a gyászfeldolgozás jellegzetességei, illetve a gyógyító szakemberek érzelmi érintettsége került előtérbe. A főbb elméleti

⁶⁷ DR. PERCZEL- FORINTOS Dóra: *Az imádkozás lélektani (gyógyító) hatása*, In.: Lélektan és spiritualitás. Sapia Füzetek 5., Vigilia Kiadó, Budapest 2005, 41

⁶⁸ BAGDY Emőke: *Az ima ereje*. In.: Reformátusok Lapja, 2003. ápr.27

kérdéseket kutatva megerősödött bennem az a felismerés, hogy vidékünkön is határozottan időszerű a veszteségélmény hatását kutatni a kórházban dolgozók körében.

4.1. A kutatás célkitűzései

A disszertáció általános kérdésvetéseinek közé tartozik, hogy megvizsgáljuk, az egészségügyi intézményekben hogyan valósul meg a gyászfeldolgozás, milyen lehetőségek adóttak, továbbá a segítő szakemberekre milyen hatást gyakorol a gyakran átélt veszteségélmény.

A gyakorlati kutatás célja elsősorban az, hogy a kórházi gyászfeldolgozás helyi és jelenlegi gyakorlatába betekintést nyerjünk, feltérképezzük a sajátosságokat, problémakörét, valamint a fejlődési lehetőségeket. Rá szeretnék világítani, mennyire fontos a gyógyító, segítő szakmákban dolgozók számára a veszteségélmény feldolgozásával foglalkozni, hiszen a napi gyakorlatban ők azok, akik a gyászt elszenvedőkkel első sorban találkoznak, ezért saját érzelmi érintettségük és a stresszfaktorok háttérbe helyezésével a kiégés veszélye fenyegeti őket.

Célom négy kutatási témakörrel foglalkozni:

1. az átélt veszteségek hatása a pre- és perinatális osztályokon dolgozókra
2. az egészségügyi szakemberek részvétele a szülők primér gyászfeldolgozásában
3. saját megküzdési stratégiájuk során használt módszerek
4. a segítségkérés lehetőségei

4.2. Kérdések és hipotézisalkotás

Amint előzőleg vázoltam, a gyakorlati kutatás témái kapcsolódnak az elméleti kutatáséhoz, ugyanis az elméleti kutatásból kikövetkeztett főbb kérdéskörök jelennek meg itt is. A négy témához, négy átfogó kutatási kérdés kapcsolódik. A kérdésekre adott válasz-hipotéziseket az elméleti kutatás és az eddigi saját tapasztalatom alapozza meg.

1. Milyen hatást gyakorolnak a pre- és perinatális osztályokon dolgozókra az átélt veszteségek?

Hipotézis: A pre- és perinatális osztályokon dolgozók fokozott érzelmi teherként élik meg a perinatális elhalálozás élményét, ezért kommunikációs, pszichés és interperszonális nehézségek, valamint veszteséghez kapcsolódó gyászreakciók jelennek meg.

2. *A segítő szakemberek hogyan vesznek részt a szülők primér gyászfeldolgozásában?*

Hipotézis: Az egészségügyi szakemberek felkészültségükhöz és személyes beállítódásukhoz mérten igyekeznek segíteni, holott sok esetben maguk is részesei ennek a gyászfolyamatnak.

3. *Saját megküzdési stratégiájuk során milyen módszereket használnak?*

Hipotézis: Az egészségügyi szakdolgozó személyes meggyőződése, vallása és világnézete szerint próbálja feldolgozni veszteségélményét, miközben meg kell felelnie a társadalmi és szakmai elvárásoknak is.

4. *Kihez folyamodhatnak segítségért a perinatális szakterületen dolgozók?*

Hipotézis: A pszichológusi támogatás, illetve a lelkipásztori és tanácsadói szolgálatok igénybevételére nem történnek proaktív lépések, így problémájukkal magukra maradnak.

4.3. A kutatás megvalósítása

A kutatás során az előző alfejezetben ismertetett témakörökön belül részkérdések is megfogalmazódtak, így a felállított hipotézisek igazságértékét tesztelni tudjuk, és a valósághoz mindenképp közelebb kerülünk.

4.3.1. A kutatás módszere

Gyakorlati kutatásom módszere a félig strukturált interjúk alkalmazása és ezek tartalomelemzése. Az interjú készítése a kvalitatív kutatások egyik leggyakrabban használt módszerének számít. Mivel a gyakorlati kutatás kérdésfelvetése problémafeltáró jellegű, és a kórházban dolgozók meglátásaira, érzéseire fókuszálók, ez a módszer a kutatott jelenség minőségi megismerésére, vélemények összegyűjtésére alkalmas. A kutatott terület részletes, több szempontra kiterjedő feltárására használható, általában kis

mintát alkalmaz, melyekben nem cél a reprezentativitás. „A kvalitatív technikával készített vizsgálatokban az interaktivitás, az induktív megközelítés, a rugalmasság és a reflexivitás a jellemző.”⁶⁹ A félig strukturált interjú esetében a párbeszéd célja és irányai előre meghatározottak, azonban a válaszoló interjúalanyok viszonylag szabadon rendelkeznek a beszélgetés menetének, tartalmának meghatározásában. Az interjú készítése közben előre meghatározott kérdések fogalmazódtak meg, azonban a válaszadó az adott témakörön belül szabadon fogalmazhatta meg véleményét, és bármivel, amelyet ő lényegesnek tartott, kiegészíthette a beszélgetést. „Ezzel az interjú technikával komplex adatok nyerhetőek egy adott témakör kapcsán, amely széleskörű és mély megértést tesz lehetővé.”⁷⁰

Mintavételkor arra törekedtem, hogy a kisebb létszám ellenére, mégis reprezentatív legyen, tehát a kiválasztás során az alanyok összesített jellemzői, tulajdonságai, paraméterei jól közelítsék meg a pre-és perinatális területen dolgozók összesített jellemzőit. Mivel kvalitatív kutatásról van szó, a kiválasztás célirányos és szakértői szempontokat követett. Így különböző szakterületeken dolgozókat kerestem meg, akik több éves tapasztalattal rendelkeznek és elismert szakembereknek számítanak az adott kórházi osztályon. Három interjú készült, mivel a dolgozat terjedelmére való tekintettel nem vonhattam be nagyobb létszámú alanyt. Az egyik kiválasztott a nőgyógyászati osztályon, egy másik a szülőszobán, a harmadik pedig a neonatológiai osztályon dolgozik több éve. Az interjúkészítés anonim módon történt, ezért az interjúalanyok jelölésére a következő rövidítéseket használtam: nőgyógyászatban dolgozó: NGYD, szülőszobán dolgozó: SZD, neonatológián dolgozó: ND. Az interjúbeszélgetés előtt az alanyokkal telefonon vettem fel a kapcsolatot, majd személyesen kerestem meg őket, hogy a témáról, a kutatás céljáról és időpontjáról egyeztessünk. Mindannyian készségesen vállalták a beszélgetést. Az interjúkészítés tegező formában történt, ugyanis ismerős vagyok a körükben, és úgy vélték, ilyen módon sokkal közvetlenebb lehet a

⁶⁹ BONCZ Imre: *Kutatásmódszertani Alapismertek*, PTE-ETK, Pécs, 2015.

⁷⁰ KOVÁCS Éva: *Interjú módszerek és technikák*, In: Kovács Éva (szerk.): *Közösségtanulmány. Módszertani jegyzet*, Néprajzi Múzeum – PTE-BTK Kommunikáció- és Médiatudományi Tanszék, Budapest 2007, 269-277.

kommunikációnk. Az átlag 40-50 perces beszélgetésről hangfelvétel készült, amelyet gépelt formában rögzítettem úgy, ahogyan elhangzott.

Az előkészítő munka végeredményeként némileg változott a standard kérdéssor attól függően, hogy melyik területen dolgozóval készült az interjú. Így az adott részlegen dolgozó fele –a szakterületének megfelelően– megfogalmaztam specifikus kérdéseket is. Az interjú során az általános kérdésektől haladtam a személyesebb, mélyebb témákat érintő kérdések fele.

- Az első blokkban egységesen a hivatásukra, vallásosságukra kérdeztem rá:

1. Mióta dolgozol egészségügyben?
2. Szereted a munkádat, hivatásodnak érzed?
3. Vallásos vagy?
4. Fontos neked a vallás gyakorlása?
5. Miért választottad ezt a pályát?
6. Mi motivál a mindennapi munkád során?
7. Számodra mi a legnehezebb a szakmádban?

- A második gondolati egységbe tartozó kérdések az interjúalanyok veszteségélményeikhez és segítői tevékenységéhez kapcsolódtak. Ezek a kérdések némileg árnyalódtak a szakterülettől függően:

8. Találkoztál már munkád során bármilyen veszteséget átélv kismamával, például koraszülés, halva szülés, súlyos fejlődési rendellenességgel világra jött újszülött, abortálás?
9. Van alkalmad beszélgetni velük ezzel kapcsolatosan?
10. Szerinted igénylik a lelki támogatást?
11. Hogy érzed, mi a te feladatod a veszteséget szenvedők segítésében?
12. Milyen hatást gyakorol rád, ha egy kismama veszteséggel küzd, például korábban szül, elveszíti újszülöttjét, abortál, esetleg ez a folyamat megismétlődik, vagy elveszíti méhét?
13. Mi az, amivel a legnehezebben tudsz megküzdeni egy veszteség kapcsán?

14. Szerinted nehezebb elviselni egy alig induló élet elvesztését?

15. Mi a véleményed a művi abortuszról?

16. Mi a tapasztalatod, hogy viselik a nők?

• A harmadik tömbbe tartozó kérdések a veszteség feldolgozásához és a szakmai segítségnyújtási formákhoz kapcsolódtak, valamint a továbbképzés igényét vizsgálták:

17. Meg szoktad valakivel osztani, ha úgy érzed, lelkileg leterhel mások vesztesége?

18. Van arra lehetőség a kórházban, hogy ezzel kapcsolatosan konzultálj valakivel?
Szükség lenne segítő szakemberre?

19. Tudsz arról, hogy a szülőszobán/osztályon valamilyen szakmai irányelvet követnétek a veszteséget átélt szülőkkel kapcsolatban?

20. Mit gondolsz, elégségesen felkészítettek tanulmányaid során az egészségügyben előforduló veszteségélmény feldolgozására? Szeretnél többet tudni róla?

21. Részt vennél egy kiégés elleni, esetleg mentálhigiénés továbbképzésen?

22. Gondolkoztál valaha azon, hogy elhagyod ezt a pályát, vagy osztályt cserélnél?

4.3.2. Tartalomelemzés

Az interjúk elemzése során a válaszok mélyebb rétegeibe kívántam behatolni, rejtett összefüggéseket igyekeztem feltárni. Az üzenetek jelentése mellett az elmondottak rejtett tartalmaira fókuszáltam, elsősorban a szövegek visszatérő sajátosságainak felfedezésére. Főleg az üzenet kibocsátójával kapcsolatos információkat figyeltem meg, a válaszok által átadott explicit tartalom mellett a közlő attitűdje is fontos szempontnak számított. Az interjúk pontos szövege a Függelék fejezetben található.

Az interjúk elemzését először az ATLAS.ti8 tartalomelemző szoftver segítségével végeztem el, amely kvalitatív és kvantitatív kutatásra is alkalmas. A bővülő magyar szakirodalomnak és tanulmányoknak köszönhetően már széles körben hozzáférhetővé vált ez a módszer.⁷¹ Mivel az interjúalanyaim azonos területen dolgoznak,

⁷¹ EHMANN Bea: *A szöveg mélyén – A pszichológiai tartalomelemzés*, Új Mandátum Kiadó, Budapest, 2002

viszont más-más szakágban tevékenykednek, a témakörön belüli azonos fogalmak gyakoriságát vizsgáltam meg. A program a szövegekből automatikusan generált szógyakoriság-listát származtatott. A kódolás során a szövegek leíró értelmezését használtam: előbb a rövid mondatokban történő összefoglalást, értelmezés nélkül, majd az átfogó kategóriákba rendezést, végül a kisebb egységekre bontást⁷².

A félig strukturált kérdések alapján a négy kutatási témakör jelentette a főkódot, ezekhez rendelődtek az alkódok, amelyek a témakörön belül az interjúalanyok személyes észrevételeiket tartalmazzák. Az alkódokba vannak csoportosítva azok a gondolatmenetek és szövegrészletek, amelyek megismétlődnek, vagyis ugyanarról a jelenségről szólnak. A program számon tartja a kódok előfordulásának gyakoriságát, azaz pontos számát, így az adatok feldolgozásánál egyértelmű, hogy melyik alkód, jelenség szerepelt hangsúlyosan az interjúk során.

Az alábbi összefoglaló táblázat tartalmazza a négy fő témakörhöz rendelt alkódokat, vagyis hány szövegrészletben olvashatunk az adott kérdésfelvetésről:

Főkódok	Kódolt elemek száma	Százalék szerinti eloszlás
Az átélt veszteségek hatása	12	35,29
Részvétel a szülők gyászfeldolgozásában	10	29,41
Megküzdési stratégiájuk módszere	6	17,64
Segítségkérés	6	17,64

5. táblázat: *Főkódokhoz rendelt elemek száma*

Az alkódokhoz csatlakozó szógyakoriság-listából kiszűrve a nem releváns kifejezéseket azt találjuk, hogy a következő szavak fordulnak elő a leggyakrabban az interjúalanyoknál:

⁷² KÉKESI Márk: *Tartalomelemzés szoftveres támogatással – bevezetés az ATLAS.ti program használatába*, Neveléstudományi Doktori Iskola, Szeged, 2013

Szavak	Gyakorisága
Sajnos	6
Nehéz	4
Szörnyű	4
Jó Isten	9
Idő	6
Sors	5
Érzés/érzem	10
Szeret/szeretne/szeretni	11

6. táblázat: Szógyakoriság-lista

A szövegelemző szoftver abban segít, hogy a kutatói munkában az adatokat rendszerezni lehessen, bizonyos szempontból összegezze azokat és átláthatóbbá tette. Azonban a kutató jelenség minőségi feltárása, nem adatszerű elemzése és a következtetések levonása a kutató feladata maradt.

4.3.3. Hipotézisek tesztelése

Az elméleti kutatás során tartózkodtam az előzetes hipotézisalkotástól többek között azért, hogy egyéni tapasztalatom, esetleges preconcepcióim lehetőleg ne torzítsák az adatfelvételt és elemzést. Az interjú készítésénél és feldolgozásakor fontosnak tartottam a reflexivitást, hogy tudatában legyek saját perspektívám hatásáról és azt minimalizálni tudjam. Szokolszky Ágnes pszichológus hívja fel a figyelmet arra, hogy a „reflexivitas folyamatos kritikai viszonyulás a kutatás menetéhez, amely azt jelenti, a kutató mindvégig tudatosan számba veszi saját értékorientációit, előfeltevéseit és személyének befolyását az adatgyűjtés folyamatára valamint az elemzésre”, ezért ezeket megfelelő képpen tudja kezelni.⁷³ A kvalitatív kutatásokban az objektivitás elérésének

⁷³ SZOKOLSZKY Ágnes: *Kutatómunka a pszichológiában*, Osiris Kiadó, Budapest 2004

egyik módja az „émikus” és az „étikus”⁷⁴ látásmód kiegyensúlyozott alkalmazása. Émikus szemszögből tudjuk megérteni az interjúalanyok gondolatait, érzéseit, étikus szempontból tudjuk értelmezni és tágabb összefüggésekbe helyezni. Az elemzés és értelmezés „megbízhatóságát és hitelességét növeli a két hermeneutikai tartomány közötti állandó mozgás.”⁷⁵ Ennek tükrében történt az interjúk szövegeinek értelmezése és a négy fő kutatási kérdés során megfogalmazott hipotézisek tesztelése.

Hipotézis: A pre- és perinatális osztályokon dolgozók fokozott érzelmi teherként élik meg a perinatális elhalálozás élményét, ezért kommunikációs, pszichés és interperszonális nehézségek, valamint veszteséghez kapcsolódó gyászreakciók jelennek meg.

Induktív feltárás: A pre- és perinatális osztályokon dolgozók kivétel nélkül érzelmi teherként élik meg a veszteséget, viszont a szakmai követelményeknek való megfelelés beindít olyan önvédő mechanizmusokat, amelyek többnyire átlendítik őket az akut nehézségeken. A gyászreakciók is megjelennek, amelyek érzelmi szempontból gyors és intenzív hullámzásokkal jellemezhetőek. Az interperszonális kapcsolatok alapvetően feszültek, a több irányból érkező elvárások önmagukban már stresszfaktoroknak számítanak, ezért az interperszonális nehézségek valóban a kommunikációban nyilvánulnak meg leginkább.

Arra a kérdésre, hogy milyen hatást gyakorol rájuk, ha a kórházi osztályon veszteséggel küzdőkkel találkoznak, a következő képpen válaszoltak:

- NGYD: Ha meghal az újszülött, vagy elvetél, az nagyon komolyan megráz. (sorok: 39-41)
- SZD: Átérezem a sorsát. Negatívan hat rám... Napokig nyomaszt. Fúúú, nagyon rossz! (sor: 44)

⁷⁴ émikus: belülről nézem a jelenséget – a közösség vagy egyén perspektívája; étikus: kívülről nézem a jelenséget – a diszciplína perspektívája

⁷⁵ZÖRGŐ Szilvia: *Szempontok a kvalitatív kutatás tervezéséhez és értékeléséhez*, in: *Lege Artis Medicinae: Új Magyar Orvosi Hírmondó*, 2017/11, 418-426

- ND: Néha meggyűl a könny a szememben, hisz nekem is vannak gyerekeim, és édesanyaként teljesen át tudom élni, hogy mit is érezhetnek...(sorok: 47-48) Ami a legnehezebb számomra az a bennem lévő érzelmi fájdalmak, amiket velük együtt átélek abban a helyzetben (sorok: 58-60)

Természetesen tudatában vannak, hogy támogatókként kell fellépjenek, ezért igyekeznek lehetőségükhöz mértén segíteni. Már a felvezető kérdések során megfogalmazták azt, hogy pályaválasztásukat az embereken való segítségnyújtás motiválta. Például a NGYD szerint „szerettem mindig segíteni az embereken, ezért szinte sorsszerű volt.” (11-12 sorok), vagy a SZD azt mondta: „szeretek segíteni az embereken. Mindig is szerettem.” (10-11 sorok)

Két interjúalany is megjegyzést tett a veszteségeken kívüli szakmai kihívásokról. „Meg az is leterhel, hogy mindenkinek meg kell felelni: kollégának, a főnöknek, betegnek, hozzátartozónak és sok a kritika.” (NGYD, sorok: 16-17) „Néha túlzottak az elvárások.” (SZD, sor:17) Ezek a nyilatkozatok azt jelentik, hogy az alapterheltég adott, amelyet a veszteségélmény tovább fokoz.

Az érzelmi ambivalencia, a gyors és intenzív hullámváltozás főleg a NGYD-nál jelenik meg markánsan, hiszen a nőgyógyászatban a veszteségnek több formájával találkozunk, így szembesülünk a művi abortusszal is: „Ha fiatalok jönnek küretre, az nagyon bosszant. Nem tudják, mivel játszanak. Azt hiszik, az idő mindent megold. Hát, nem.” (sorok: 39-40) Továbbá a művi abortusz kapcsán azt nyilatkozta: „Na, ez az! Gyűlölöm. Ha valamit igen, ezt nagyon. A munkám során, ha csak lehet, kerülöm. Rosszul vagyok tőle.” (sorok: 50-51) Hasonló érzelmek jelennek meg a SZD-nál is: „Szerencsére a szülőszobán nincs művi abortusz. Az viszont szörnyű.”

Több kérdéskörön belül szóba került a kommunikáció, mint az interperszonális kapcsolatok fenntartására, valamint a gyászfeldolgozásban használt alapvető módszer, pontosabban az, hogyan beszélnek a gyászoló szülővel, illetve kivel tudják megosztani saját veszteséggel kapcsolatos érzelmeiket. A válaszokból kitűnik, hogy nem mindig találják a megfelelő szavakat, amikor a gyászoló szülővel beszélnek (ND, sorok: 31-33; NGYD, sorok: 30-31C; SZD, sorok: 34-35), ezért visszatérő motívum

a metakommunikáció használata, illetve a csendes jelenlét alkalmazása. A válaszokból kiderült, hogy szakmán belüli pszichés problémáikról nem szívesen beszélnek még a kollégákkal sem, ketten (NGYD, sorok: 57-58; ND, sorok: 65-67) a legközelebbi családtagjaikat nevezték meg, akiknek néha „ki kell öntsék lelküket”.

Összességében a gyakorlati kutatásból kirajzolódik, hogy a pre-és perinatális veszteségnek a gyógyító szakemberekre kifejtett hatása korrelál az elméleti részben feltártakkal.

Hipotézis: Az egészségügyi szakemberek felkészültségükhöz és személyes beállítódásához mérten igyekeznek segíteni, holott sok esetben maguk is részesei ennek a gyászfolyamatnak.

Induktív feltárás: Az az alapvető tényállás, hogy a perinatális területen dolgozók a segíteni akarás szándékával választották szakmájukat és hivatásuknak érzik, kiderül az interjúk felvezető kérdéseinél. Mintavételnél alapvető fontosságú volt, hogy az alanyok több éves tapasztalattal rendelkezzenek és szakmai felkészültségük a lehető legjobb legyen, így válaszaik reprezentatívak lehetnek.

A felállított hipotézis ellenőrzésére a kulcskérdés arra vonatkozott, hogy elégségesen felkészítették-e őket tanulmányaik során az egészségügyben előforduló veszteségélmény feldolgozására. Mindhárman úgy vélték, képzésük során ugyan érintették a halál és gyász kérdését, de megítélésük szerint nincsenek megfelelően felkészítve a veszteségélmény feldolgozására és a gyászolók segítésére (NGY, sorok: 69-72; SZD, sorok: 76-79; ND, sorok: 77-78). Visszaköszön a halál szekularizációja, hiszen mint mondják, tanulmányaik alatt „szárazon a tényekről” beszéltek, „elvégzendő beavatkozás”-ként jelenik meg az abortusz, továbbá a „helyzetben való helytállás” volt a legfontosabb szempont. Azt külön megjegyezném, hogy az elmúlt években történt némi változás ezen a téren, mert 2018 óta bevezették a palliatív ellátás modult az orvosi asszisztensképzésbe, azonban átnézve a curriculum tartalmát és a kimeneti

kompetenciákat, a jövőbeli szakemberek továbbra sem kapnak hatékony ismereteket a saját veszteségélményük feldolgozásának lehetőségeiről.⁷⁶

A veszteséggel és halállal szembeni attitűdjük valóban a személyes tapasztalatuktól és beállítódásuktól függ. A SZD saját indíttatásból keresi meg a veszteséget elszenvedőt: „Tudod, ki szoktam menni az osztályra és meglátogatom őket. Az az érzésem, hogy ha én voltam ott a történéskor, mintha sorstársnak tekintenének. Úgy érzik, én jobban megértem őket. Csak nincs időm többet lenni velük.” (sorok: 38-40) A NGYD szintén az egyéb feladatokról beszél és az idő hiányára utal: „Lehetőség ugyan van, de sok az adminisztráció is.” (sor: 30) A ND a következő képpen nyilatkozik a páciensekhez fűződő kötődéséről a szógyakorosság-listában is előforduló „idő” függvényében: „Sajnos a gondozásuk, ápolásuk elég sok időt igénybe vesz, hogy stabil, megfelelő állapotba haza mehessen egy koraszülött, így sok időt töltenek el nálunk, és az mind-mind sok-sok együttléttel jár, sok együtt küzdött perccel, idővel, amit együtt viszünk végbe a kisbabákkal, és annyira a szívünkhöz nőnek... szoros ragaszkodást egyben.” (sorok: 53-56) Ugyancsak ez az interjúalany a következőket jegyzi meg: „és nem mi vagyunk -az asszisztensek- erre kompetensek, hogy elmondjuk ezt a szörnyű hírt a szülőknak, az orvosok feladata, de utána csak mi maradunk velük és annyira számítanak a mi további támogatásainkra!” (ND, sorok: 26-28) Ezek után egyértelmű, hogy határozottan érzik a segítségnyújtás szükségességét, viszont eleget kell tenniük más szakmai elvárásoknak is, így az időt, mint befolyásoló tényezőt említik, mely korlátokat szab a személyes beállítódásukból fakadó empátiás készségük kibontakoztatásának. A beszélgetés alatt megfigyelhető volt a frusztráció és bizonytalanság jelenléte is. A bizonytalanságukat olyan szavak használata tükrözi, mint „nem tudom....de azt tudom, próbálok, talán, ami tőlem telik” stb., továbbá esetenként az attitűdjük magyarázata is felbukkan: jelen kell lennem, elfogadom, nem vagyunk mindenhatóak, erőt ad a jó Isten, mindennek van értelme, hozzá tartozik a szakmánkhöz, emberek vagyunk mi is.

⁷⁶ Ministerul Educației, Centrul Național de Dezvoltare a Învățământului Profesional și Tehnic: *Standard de pregătire profesională*, Anexa 1 la OMEN nr.3499/2018.03.29, 397

Mindhárom interjúalanyánál láthatjuk, annak ellenére, hogy őket is megviseli a veszteség, valóban igyekeznek segíteni, azonban nem rendelkeznek szakszerű ismeretekkel, ezért saját beállítódásuk szerint közelítik meg a problémát. Az további kutatás tárgyát képezheti, hogy továbbképzések után mennyire változik meg az attitűdjük, szakszerűen és magabiztosabban tudják-e gyászoló pácienseiket támogatni.

Hipotézis: Az egészségügyi szakdolgozó személyes meggyőződése, vallása és világnézete szerint próbálja feldolgozni veszteségélményét, miközben meg kell felelnie a társadalmi és szakmai elvárásoknak is.

Induktív feltárás: Az eddigi szövegtelmezés szerint bizonyítást nyert az a tény, hogy az egészségügyi szakdolgozók fokozott érzelmi teherként élik meg a perinatális elhalálozást. Arra a kérdésre, hogy tudnak-e olyan szakmai irányelvről, mely segítené őket a veszteséget átélt szülőkhöz való viszonyulásukban, egyöntetűen nemleges volt a válasz. Az ismert szakmai irányelvek nem tartalmazznak passzusokat a szakemberek lelki válságairól, pedig az egységes protokollnak tartalmaznia kellene az egészségügyi szolgáltatók felkészítését és mentálhigiénés egészségvédelmét is. Az irányelvek ismerete nélkül sokkal nehezebb a gyászolók szakszerű támogatása, pszichoszomatikus gondozása, intenzívebb a stresszhatás, a bizonytalanság és az ebből fakadó iatrogén ártalom. Az empatikus segítségnyújtó igyekszik önmagának kialakítani egy biztonságosabbnak tűnő stratégiát, amelybe szükség esetén kapaszkodhat. Mindezt saját belátása, tapasztalata, meggyőződése, világnézete szerint. NGYD interjúalany kiemeli, hogy ő nem ítélkezhet (...), majd így folytatja: „Vannak, akiken látom, hogy igénylik a támogatást, vannak olyanok, akik inkább nem beszélnek róla, szó nélkül távoznak. Aztán ki tudja, mi lesz. Ha látom, hogy valaki maga alatt van, akkor beszélgetek vele, megfogom a kezét, átkarolom, bátorítom. Szóval, hagyom, hogy kibeszélje magából.” (sorok: 24-28) Tehát, saját meglátása szerint cselekszik, egyéni megfigyelésére támaszkodik. Adott esetben viszont közbelépik az önvédő mechanizmusa, amely enyhíti vagy elkerülhetővé teszi számára a nagyfokú involválódást és a veszteségélmény hatását. A SZD az utolsó pillanatig reménykedik, még akkor is, ha már valahol tudja, hogy

képtelen segíteni. „És szembe kell nézni a szülőkkel. Látni, hogy szenvednek, sírnak, és te nem tudsz segíteni.”(sorok: 47-48) Ugyanígy gondolja a ND: „Vannak sorsszerű tragédiák, de fontos, hogy ne adják fel a reményt. Mindennek van értelme, még akkor is, ha akkor ezt pont mi nem értjük.” (sorok: 41-43) Akinek hivatása a segítségnyújtás és rajta kívülálló okok miatt nem tudja ezt teljesíteni, próbál értelmet találni a szenvedésben és a veszteségben is.

Mintavételkor nem volt szempont a vallásosság kérdése, mégis mindhárom alany vallásosnak tartja magát. Bár NGYD vallását ritkábban gyakorolja, beszélgetésünk során utalt a „jó Istenre”. Kétszer hangzott el ugyanilyen formában az Istenre való hivatkozás a SZD-val készített interjú alatt is. A ND hatszor említi különböző kontextusban a „jó Istent”. A következő táblázatban összefoglalva találjuk meg azokat a szöveggörnyezeteket, amelyekben jelen van a transzcendens fele fordulás.

NGYD	Mi nem ítélezhetünk, ez alap. A <i>jó Isten</i> majd elintézi. (sor: 24)
SZD	Én úgy gondolom, megértéssel fordulok feléjük, és próbálom elmagyarázni nekik, hogy nem hiába adta így a <i>jó Isten</i> . (sorok: 26-27) Ha gondolkoznának, és hinnének a <i>jó Istenben</i> , talán kevesebb lenne az abortusz. (sor: 57)
ND	Bízok a <i>jó Istenben</i> , hogy még nagyon sok évet fogok itt dolgozni. (sorok: 13-14) De mindig megsegít a <i>jó Isten</i> ... (sor: 32) A biztató szavak és a <i>jó Istenbe</i> vetett hitet próbálom átadni, annyi erőt ad a <i>jó Isten</i> , hogy mindig úgy érzem, hogy hatással vagyok rájuk. (sorok: 35-36) Mindig ad a <i>jó Isten</i> valami okot mindenre. (sorok: 40-41) A <i>jó Isten</i> segítségével itt is szeretnék maradni. (sorok: 82-83)

7. táblázat: A transzcendens fele fordulás

Az interjúk készítésekor szándékosan nem tértem ki a spiritualitás kérdésére, mégis visszaköszönt a beszélgetés során. Minden bizonnyal a megküzdési stratégiák lényeges eleme a transzcendensbe vetett hit. A Dr. Perczel-Forintos Dóra klinikai

pszichológus által közreadott tanulmány eredményét, miszerint „a vallás hozzájárul a személy lelki egészségéhez, mintegy mentálhigiénés hatással bír”⁷⁷, a jelen kutatás is alátámasztja. Tehát kijelenthető, hogy a vallásos hit lehet tudatosan vagy akár ösztönösen alkalmazott stratégia a veszteségélmény feldolgozásában.

Hipotézis: A pszichológusi támogatás, illetve a lelkivezetői és tanácsadói szolgálatok igénybevételére nem történnek proaktív lépések, így problémájukkal magukra maradnak.

Induktív feltárás: Az előző felvetésekből már körvonalazódni látszanak az átélt szakmai veszteségélmények formáló hatásai, a szakmai és a személyes kapcsolatok egymásba fonódása, a személyes megküzdési stratégiák és a betegek lelkiismeretes gondozása közötti összefüggések. Ahhoz, hogy hatékony legyen a segítő munkájuk, a legfontosabb lenne a szakdolgozók veszteségélményének megfelelő feldolgozása, amelyekhez elengedhetetlen a képzés önmaguk szupportív támogatásához, illetve lehetővé kellene tenni a folyamatos lelki és mentális gondozás elérhetőségét.

Tulajdonképpen az intézmények nyitottságán múlik, hogyan valósul meg a kórházi lelki és mentális gondozás. Ez elsősorban nem az alkalmazott klinikai pszichológus vagy kórházi lelkigondozókon keresztül történik meg, hanem a kórházlelkészek szerepvállalásán és az egészségügyi dolgozókon keresztül. A probléma ott merül fel, hogy ha alkalmaznak is kórházlelkészt, a betegek vallásgyakorlásának szükségleteit kell elsősorban figyelembe vennie, például szentségekben való részesítés, lelki támasznyújtás, krízisintervenció, vigasz, közvetítés a beteg és az egészségügyi dolgozók között, stb. A többszörösen leterhelt orvosoknak és ápolóknak viszont rendszerint sem idejük, sem megfelelő képzésük nincs betegek és önmaguk szupportív támogatásához. A hazai intézményekben nem kötelező, csak ajánlott a klinikai pszichológus alkalmazása, így rendszerint ez elmarad. Ha jelen van is, a pszichológus munkaköri leírása szintén a betegek lelkigondozására irányul. Súlyosbítja a helyzetet, hogy a társadalomban elterjedt az a tévhit, miszerint az egészségügyi szakemberek

⁷⁷ DR. PERCZEL- FORINTOS Dóra: *Az imádkozás lélektani (gyógyító) hatása*, In.: Lélektan és spiritualitás. Sapientia Füzetek 5., Vigilia Kiadó, Budapest 2005, 20-41.

„hozzászoknak a veszteséghez, a halálhoz és a gyászhoz”. Az orvostudomány szerepe a halál szekularizációjában vitathatatlan, azonban fennáll a veszélye annak, hogy már robotokként tekintenek az orvosokra, ápolókra is.

Az interjúalanyoknak feltett elsődleges kérdés ebben a témakörben arra vonatkozott, hogy van-e arra lehetőségük a kórházban, hogy saját veszteség és kudarcélményük feldolgozásával kapcsolatosan konzultáljanak valakivel, illetve szükségét érzik-e egy segítő szakember jelenlétének. NGYD a kórházi lelkészt említette, akiről tud, de nem találkozott vele, így nem is fordulna hozzá segítségért (sorok: 62-63). De, mint hozzáfűzi, „itt mindenkinek szüksége lenne” (sor:61) konzultációs lehetőségre. A SZD szerint sincs kivel konzultálni, ugyan tud a kórház lelkészéről, de a szülészeti osztályon nem találkozott vele. Hozzáteszi: „Szükség lenne szakemberre, nyilván... Ezzel senki sem foglalkozik.” Egy másik válasznál megjegyzi, „emberek vagyunk mi is” (sor: 61). Tehát, itt utalnék a fent említettekre, miszerint nyomasztó lehet az az érzés, hogy esetleg szolgáltató gépként tekinthetnek az orvosokra és ápolókra. A ND is azt állítja, nincs kihez fordulnia szükség esetén, de „mi megküzdünk ezzel az érzéssel valahogy” (sor: 71) Az is megfogalmazódik benne, tehermentesítené őket egy kompetens személy jelenléte a kórházban. (sor: 71)

A lelkivezetői vagy mentálhigiénés tanácsadói szolgálatok igénybevételére, továbbképzésre vonatkozó kérdésfelvetésre mindhárman pozitív választ adtak:

- NGYD: Bármikor. Időszerű lenne, mert a XXI. század már önmagában szennyezi az elménket. (sor: 74)
- SZD: Igen. Mindenképp, mert sokat segítene. (...) Magunk küzdünk meg minden problémával (sor: 85-86)
- ND: Határozattan igen! (sor: 80)

Ismerve a tényt, hogy az empátiás kapacitás kimerülése kiegészítéshez vezethet, adódott az a kérdés, hogy az interjúalanyok gondolkodtak-e pályaelhagyáson vagy osztálycserén. Egyhangúlag azt vallották, hogy szeretik a szakmájukat, úgy érzik nem váltanának. NGYD teszi hozzá, hogy „volt olyan kolléganőm, aki az abortusz miatt osztályt cserélt. Vallásos meggyőződésből. Legalábbis azt mondta.” (sorok: 79-80)

A kutatás ezen szakaszában megállapítható, hogy a kórházi intézményekben, jelen esetben a perinatális részlegeken dolgozók nem kapnak megfelelő támogatást szakmai veszteségük feldolgozásához, pedig igényt tartanak rá. Nagyobb kiterjedésű ezirányú vizsgálódások talán jobban felhívják a figyelmet erre a jelenségre és ez a probléma kimozdulna a holtpontról. A gyógyítás, gondozás sokkal hatékonyabbá válna, ha lelkileg és szellemileg is egészséges, kiegyensúlyozott szakemberek végeznék.

4.3.4. Szintézis és konklúziók

A pre- és perinatális veszteség okozta gyászreakcióról számtalan tanulmány született, azonban a gyógyító szakemberekre kifejtett hatását nagyon kevesen vizsgálták, szinte már felmerül a tabuizálás kérdése. A fellelhető tanulmányok bizonyítják ennek fontosságát, de az elmúlt évtizedekben nagyon kevés változás történt ebben a problémakörben. Kutatásom általános célja tulajdonképpen az volt, hogy felmérjem a hazai állapotokat, rálátást nyerjek a felmerülő problémákra és felhívjam a figyelmet arra a jelenségre, amely az egészségügyben általánossá kezd válni, pontosabban, hogy a halál szekularizációját nagyrészt befolyásoló orvostudomány nem csak azt éri el, hogy gépként, esetleg tárgyként tekintenek a haldoklóra, mellőzve az emberi méltóságot, hanem az egészségügy humán erőforrása is elgépiesedik. Amennyiben az orvosok, ápolók nem kapnak segítséget a gyászolók támogatásában, illetve saját veszteségelményük feldolgozására, hivatásbeli és magánéleti következményei is lesznek. Előbb-utóbb az akut és krónikus veszteségelmények a pszichoszociális és általános szellemi jóllétüket is befolyásolják. A szakmai és társadalmi követelmények súlya alatt az empátiás kapacitásuk kimerül, amely kiégéshez vezet.

Specifikus kutatási céloom négy perinatális veszteséghez kötődő témakör vizsgálata volt, melyekhez kérdéseket fogalmaztam meg, ezekhez pedig válaszhipotéziseket rendeltem. Az elkészített interjúk tartalomelemzése és a hipotézisek tesztelése során bizonyítást nyertek a felvetéseim. Elsőként a pre- és perinatális osztályokon dolgozók körében kutattam, milyen hatást gyakorolnak rájuk a különböző típusú veszteségek. Igaznak bizonyult, hogy fokozott érzelmi teherként élik meg a

perinatális elhalálozás élményét és együttérzésükkel egyidőben megjelennek a gyászreakciók is. Ennek fényében fontos volt körüljárni, személyes érintettségük mellett, hogyan tudnak segíteni a veszteséget átélőknek. A második hipotézis is igaznak bizonyult, hiszen felkészültségükhöz és személyes beállítódásához mérten igyekeznek segíteni. Az interjúk arra is rámutattak, ismereteik nem elégségesek, annak ellenére, hogy tanulmányaik során némileg érintették az elhalálozás témáját. Úgy gondolom, minél hamarabb javítani kellene a jelenlegi helyzeten, és legalább továbbképzéseken bővíteni ismereteiket. Az orvostudomány további rohamos fejlődésével a dehumanizáció tovább folytatódhat, ezért szükséges prevenciót jelentene az interperszonális kapcsolatok javítása, támogatása is.

A következő felvetésem az volt, hogy az egészségügyi szakdolgozó személyes meggyőződése, vallása és világnézete szerint próbálja feldolgozni veszteségélményét. Az interjúalanyok azt erősítették meg, hogy önmaguk szupportív támogatására is szintén saját tapasztalataikra és személyes beállítódásukra alapoznak és ez szerint próbálják feldolgozni kudarcélményeiket, miközben meg kell felelniük a társadalmi és szakmai elvárásoknak. Kutatásom alatt kiderült, hogy a megküzdési stratégiák lényeges eleme a transzcendensbe vetett hit is. További vizsgálat tárgyát képezheti, hogy a hivatáson kívüli társadalmi szférákat (család, egyházi közösségek) erősítve elkerülhetővé válik-e az egészségügyi szakdolgozó pszichés túlterhelődése, illetve a vallásos hit erősítése mennyiben segít a gyászfeldolgozásban.

A negyedik hipotézisem szerint a pszichológusi támogatás, illetve a lelkipásztori és tanácsadói szolgálatok igénybevételére nem történnek proaktív lépések a kórházakban, így az orvosok és ápolók problémáikkal magukra maradnak. Felvetésem ebben az esetben is helytállóan bizonyult, hiszen a megkérdezett perinatológián dolgozó szakemberek az intézményen belül nem kapnak támogatást, illetve nem tudnak segítséget kérni azért, mert elmondásuk szerint nincs kihez fordulniuk, pedig nemzetközi szinten bizonyított tény, hogy a veszteségélmény alapos feldolgozása teszi csak lehetővé a további szakmai helytállásukat. Az igény részükről elhangzott, már csak a megvalósítás várat magára.

5. Összefoglalás

Dolgozatomban a pre- és perinatális veszteségnek a gyógyító, segítő szakemberekre kifejtett hatását vizsgáltam azzal a céllal, hogy rámutassak a gyógyítást és ápolást végző lelkiismeretes egészségügyi szakdolgozók hivatásgyakorlásuk közben milyen lelki válságon mehetnek keresztül amikor halállal, gyással szembesülnek. Nemzetközi szinten is meglehetősen kevés a fellelhető szakirodalom, Romániában ebben a témakörben tanulmány még nem készült, talán azért, mert az egészségügyi intézményekben ezt a fajta veszteséget és gyászt övezi a legnagyobb kommunikációs tabu.

A kutatás első részében a pre- és perinatális veszteséghez kapcsolódó általános fogalmakat, az etikai kérdéseket, a perinatális gyászt és annak jellegzetességeit jártam körül. A következőkben kitértem a kórházi perinatális gyászfeldolgozás problematikájára, amelynek keretén belül nagyobb hangsúlyt kapott a szakemberek érzelmi érintettsége, megküzdési stratégiájuk és a veszteség – kiégés-szindróma kölcsönhatása.

A disszertáció egy gyakorlati kutatást is tartalmaz, melyet egy városi kórház nőgyógyászati, szülészeti és neonatológiai részlegein készítettem. A kutatás kvalitatív módon tárja fel a pre-és perinatális területen dolgozó veszteségélményeit, az elhalálozással szembeni attitűdjét és megküzdési lehetőségeit. Rámutat, a szakdolgozók személyes érintettségük mellett, hogyan tudnak segíteni a veszteséget átélőknek. A témában egyik legismertebb magyar szakértő, Dr. Hegedüs Katalin által közzétett tanulmány szerint az egészségügyi dolgozók jelentős stresszforrásnak tartják a halált, mert a szakképzés során nem készítik fel őket a veszteséggel és halállal való szembesülésre, ezért sokszor nem tudják az ezzel járó problémáikat megfelelő módon kezelni. Kutatásom hasonló eredményt mutat, a szakdolgozó személyes meggyőződése, vallása és világnézete szerint próbálja feldolgozni veszteségélményét. Kiemelném, hogy pszichológusi támogatásra, a lelki vezetői és tanácsadói szolgálatok igénybevételére legtöbb kórházban nincs lehetőség, így az orvosok és ápolók problémáikkal magukra maradnak. Úgy gondolom, időszerű lenne lépéseket tenni a helyzet megoldására.

6. Függelék

I. Interjú – NGYD

- 1 1. *Mióta dolgozol egészségügyben?*
2 23 éve, azt hiszem, ha jól számolom.
- 3 2. *Szereted a munkádat, hivatásodnak érzed?*
4 Szeretem, igen.
- 5 3. *Vallásos vagy?*
6 Igen, de nem vagyok nagy templomba járó.
- 7 4. *Fontos neked a vallás gyakorlása?*
8 Én szoktam imádkozni, néha a templomba is elmegyek. Nem tudom...
- 9 5. *Miért választottad ezt a pályát?*
10 Amikor választottam, nem gondolkoztam ezen, jött magától. Szerettem mindig segíteni
11 az embereken, ezért szinte sorsszerű volt.
- 12 6. *Mi motivál a mindennapi munkád során?*
13 Mi motivál? Hát, a segítségnyújtás. Jó érzés, ha hatékonyan tudok valamit tenni az
14 érdekükben. Az a legjobb, ha sikerül.
- 15 7. *Számodra mi a legnehezebb a szakmádban?*
16 Az, amikor hiába próbálsz segíteni. Meg az is leterhel, hogy mindenkinek
17 meg kell felelni: kollégának, a főnöknek, betegnek, hozzátartozónak és sok a kritika.
- 18 8. *Találkoztál már munkád során bármilyen veszteséget átélt kismamával, például*
19 *koraszülés, halva szülés, súlyos fejlődési rendellenességgel világra jött újszülött,*
20 *abortálás?*
21 Sajnos igen. Elég gyakran, ilyen vagy olyan formában.
- 22 9. *Elfogadással, együttérzéssel, megértéssel tudsz viszonyulni hozzájuk? Hogyan*
23 *fejezed ezt ki?*
24 Mi nem ítélezhetünk, ez alap. A jó Isten majd elintézi. Vannak, akiken látom, hogy
25 igénylik a támogatást, vannak olyanok, akik inkább nem beszélnek róla, szó nélkül

26 távoznak. Aztán ki tudja, mi lesz. Ha látom, hogy valaki maga alatt van, akkor
27 beszélgetek vele, megfogom a kezét, átkarolom, bátorítom. Szóval, hagyom, hogy
28 kibeszélje magából.

29 *10. Van rá lehetőséged segíteni?*

30 Lehetőség ugyan van, de sok az adminisztráció is. Sokszor azt is nehéz eldönteni, mit is
31 lehet adott esetben mondani. Próbálom magamévá tenni a helyzetüket, és úgy beszélni
32 velük.

33 *11. Hogy érzed, mi a te feladatod a veszteséget szenvedők segítésében?*

34 Nekem jelen kell lennem. Érezzék, hogy számíthatnak rám. Sokszor elég csak
35 meghallgatni őket. Van, amikor a hozzátartozónak elmondom, hogy ha hazamegy,
36 figyeljenek jobban rá, ha szükséges, keressenek meg szakembert.

37 *12. Milyen hatást gyakorol rád, ha egy kismama veszteséggel küzd, például korábban
38 szül, elveszíti újszülöttjét, abortál, esetleg ez a folyamat megismétlődik?*

39 Ha meghal az újszülött, vagy elvetél, az nagyon komolyan megráz. Ha fiatalok jönnek
40 küretre, az nagyon bosszant. Nem tudják, mivel játszanak. Azt hiszik, az idő mindent
41 megold. Hát, nem.

42 *13. Mi az, amivel a legnehezebben tudsz megküzdni egy veszteség kapcsán?*

43 Maga a veszteség. Tudom, hogy hozzá tartozik a szakmánkhoz, mert nem vagyunk
44 mindenhatóak, de attól még jó lenne ezt elkerülni.

45 *14. Szerinted nehezebb elviselni egy alig induló élet elvesztését?*

46 Az élet, az élet. Már az anyaméhben az. Első pillanattól fogva. Csak ezt nem
47 mindannyian így látjuk. Lehet, az érintettek -minden oldalról- saját magukat nyugtatni
48 próbálják és nem is mernek belegondolni, különben megfutamodnának.

49 *15. És akkor megkérdezhetem, mi a véleményed a művi abortuszról?*

50 Na, ez az! Gyűlölöm. Ha valamit igen, ezt nagyon. A munkám során ha csak lehet,
51 kerülöm. Rosszul vagyok tőle.

52 *16. Mi a tapasztalatod, hogy viselik a nők?*

53 Aki azt mondja, nem viseli meg, az hazudik. Én látom. Csak magyarázkodnak, és
54 igyekeznek elhessegetni a rájuk törő érzéseket. Temetőt csinálnak a méhükből. Pedig
55 jobb lenne őszintén szembe nézni ezekkel a dolgokkal. Hát, nem?

56 *17. Meg szoktad valakivel osztani, ha úgy érzed, lelkileg leterhel mások vesztesége?*

57 Nem nagyon szoktunk az osztályon erről beszélni. Néha éjszakai műszakban osztjuk meg
58 egymással, ha olyan a kolléga. Néha édesanyámnak mondom el...

59 *18. Van arra lehetőség a kórházban, hogy ezzel kapcsolatosan konzultálj valakivel?*
60 *Szükség lenne segítő szakemberre?*

61 Itt mindenkinek szüksége lenne. Még annak is, aki jobban viseli, mert kérdéses, hogy
62 meddig. De, én még nem tudok olyanról, aki itt a kórházban megállította volna a lelkézt,
63 hogy beszélni szeretne vele. Más nincs.

64 *19. Tudsz arról, hogy a nőgyógyászatban valamilyen szakmai irányelvet követnétek a*
65 *veszteséget átélt szülőkkel kapcsolatban?*

66 Nem. Szerintem nincs is ilyen, vagy nem tudunk róla.

67 *20. Mit gondolsz, elégségesen felkészítettek tanulmányaid során az egészségügyben*
68 *előforduló veszteségélmény feldolgozására? Szeretnél többet tudni róla?*

69 Beszéltünk róla többször is, de mindig csak szárazon a tényekről. De a valóságban
70 másképp működik. Az első halálélmény mindenkibe egy életre beleívódik, azt nem lehet
71 felejtetni. Jó lenne más szemszögből is beszélni a veszteségről, a halálról, nem sokkolna
72 annyira.

73 *21. Részt vennél egy kiégés elleni, esetleg mentálhigiénés továbbképzésen?*

74 Bármikor. Időszerű lenne, mert a XXI. század már önmagában szennyezi az elménket.

75 *22. Mire gondolsz?*

76 Sok mindenre, de ezt most nem fejteném ki. Csak szétnézek, hogyan alakul az életünk. Itt
77 a kórházban is elképesztő mikkel találkozik az ember manapság.

78 *23. Gondolkoztál valaha azon, hogy elhagyod ezt a pályát, vagy osztályt cserélnél?*

79 Nem. Szerencsére több a pozitívum, mint a negatívum. Viszont volt olyan kolléganőm,
80 aki az abortusz miatt osztályt cserélt. Vallásos meggyőződésből. Legalábbis azt mondta.

II. Interjú – SZD

1 1. *Mióta dolgozol egészségügyben?*

2 1998-tól.

3 2. *Szereted a munkádat, hivatásodnak érzed?*

4 Igen, teljes mértékben.

5 3. *Vallásos vagy?*

6 Igen.

7 4. *Fontos neked a vallás gyakorlása?*

8 Igen, a gyerekeimet is így nevelem. Katolikus iskolába járnak.

9 5. *Miért választottad ezt a pályát?*

10 Szeretek segíteni az embereken. Mindig is szerettem... és szeretek a kismamákkal
11 foglalkozni.

12 6. *Mi motivál a mindennapi munkád során?*

13 A kismamák igényeinek kielégítése, segíteni őket az életük legfájdalmasabb és egyben
14 legboldogabb pillanataiban.

15 7. *Számodra mi a legnehezebb a szakmádban?*

16 A kismama negatív hozzáállása. Akarom mondani, amikor nem működnek együtt, mikor
17 bizalmatlanok, pedig én segíteni szeretnék. Néha túlzottak az elvárások.

18 8. *Találkoztál már munkád során bármilyen veszteséget átélt kismamával, például
19 koraszülés, halvaszülés, súlyos fejlődési rendellenességgel világra jött újszülött,
20 abortálás?*

21 Igen. Sajnos elég gyakran. De ezt tudtam. Csak azt nem tudtam, hogy milyen nehéz ezzel
22 mit kezdeni. De...ezzel együtt szeretem a szakmámat.

23 9. *Elfogadással, együttérzéssel, megértéssel tudsz viszonyulni hozzájuk? Hogyan
24 fejezed ezt ki?*

25 Elfogadom a történeteket, én mindent megteszek, ami tőlem telik. Persze, ez sok
26 mindentől függ. Én úgy gondolom, megértéssel fordulok feléjük, és próbálom
27 elmagyarázni nekik, hogy nem hiába adta így a jó Isten. Mindennek oka van, ne keresse,
28 mert nem mindig tudjuk azonnal, mi, miért történik. El kell valahogy fogadnia azt, amin

29 átesik. Ez is egy megpróbáltatás. Az abortusz, az más. Ha spontán jön létre, az tragédia.
30 Szerencsére a szülészobán nincs művi abortusz. Az viszont szörnyű.

31 *10. Hogyan próbáltál neki/nekik segíteni? Volt rá lehetőséged?*

32 Lelkileg támogatom. Beszélgetek velük. Próbálom megértetni, hogy talán valami elől
33 megmenekült. A sors keze? Nem tudom... De azt tudom, hogy legtöbbször nem is kell
34 mondjak semmit, csak ott kell legyek és hallgatnom kell. Igen. Rendszerint ez van. Mit is
35 tudnék mondani egy újszülött halálakor? Hogy sajnálom? Az egy dolog, de akármit
36 mondok, az hamisnak hangzik. Fölösleges.

37 *11. Hogy érzed, mi a te feladatod a veszteséget szenvedők segítésében?*

38 Pozitív hozzáállás, támogatás. Tudod, ki szoktam menni az osztályra és meglátogatom
39 őket. Az az érzésem, hogy ha én voltam ott a történéskor, mintha sorstársnak
40 tekintenének. Úgy érzik, én jobban megértem őket. Csak nincs időm többet lenni velük.
41 Aztán haza mennek... Ki tudja, mi lesz aztán ezekkel a kismamákkal?

42 *12. Milyen hatást gyakorol rád, ha egy kismama veszteséggel küzd, például korábban
43 szül, elveszíti újszülöttjét, abortál, esetleg ez a folyamat megismétlődik?*

44 Átérezem a sorsát. Negatívan hat rám... Napokig nyomaszt. Fúúú, nagyon rossz!

45 *13. Mi az, amivel a legnehezebben tudsz megküzdni egy veszteség kapcsán?*

46 Hogy már nincs visszaút. Az utolsó pillanatig reménykedem. Még akkor is, ha már
47 valahol tudom, hogy vége... És szembe kell nézni a szülőkkel. Látni, hogy szenvednek,
48 sírnak, és te nem tudsz segíteni. Te tudod, milyen.

49 *14. Szerinted nehezebb elviselni egy alig induló élet elvesztését?*

50 Nem. Az élet elvesztése mindig egyformán nehéz.

51 *15. Mi a véleményed a művi abortusztól?*

52 Helyzettől függ. Én nem ítélek. Tudod, milyen... De jó, hogy én nem kell részt
53 vegyek ilyenben.

54 *16. Mi a tapasztalatod, hogy viselik a nők?*

55 Változó. Szerintem attól függ, miért jön abortuszra. Szerintem senkinek sem könnyű,
56 csak önmagukat áztatják. Tiszta önámítás, nem is akarnak ezen gondolkozni. Ha
57 gondolkoznának, és hinnének a jó Istenben, talán kevesebb lenne az abortusz.

58 17. *Meg szoktad valakivel osztani, ha úgy érzed, lelkileg leterhel mások vesztesége?*
59 Igen, de igyekszem nem haza vinni a problémáimat. Senkire sem tartozik. A kollégákkal
60 szoktuk átbeszélni a történeteket. De attól is függ, kivel dolgozol.

61 18. *Hogy érted?*
62 Vannak, akiket jobban megérint a dolog, mások meg nem veszik jó néven, ha beszélsz
63 róla. Azt mondják, ezzel szembe kell nézni, ez a szakmánk része. Persze, ez igaz, de
64 emberek vagyunk mi is.

65 19. *Van arra lehetőség a kórházban, hogy ezzel kapcsolatosan konzultálj valakivel?*
66 *Szükség lenne segítő szakemberre?*
67 Igazából nincs. Van ugyan kórházi lelkész, de vele mi nem találkozunk. Inkább a
68 betegekhez jár. Szükség lenne szakemberre, nyilván... Ezzel senki sem foglalkozik.
69 Érdekes, hogy ezzel kerestél meg.

70 20. *Tudsz arról, hogy a szülőszobán valamilyen szakmai irányelvet követnétek a*
71 *veszteséget átélt szülőkkel kapcsolatban?*
72 Nem tudok. Legalábbis, ha lenne, én tudnék róla. Nem alkalmazunk semmiféle
73 irányelvet. Egyéntől függ, hogy állunk a különböző esetekhez.

74 21. *Mit gondolsz, elégségesen felkészítettek tanulmányaid során az egészségügyben*
75 *előforduló veszteségélmény feldolgozására? Szeretnél többet tudni róla?*
76 Több szükség lenne rá. Volt szó halálról, haldoklóról, halott ellátásáról... Például
77 gyerekek elvesztéséről nem beszéltünk. Igen, többet kellene erről tanulni. Jaaa, és
78 abortusztól sem úgy tanultunk, mint veszteség, hanem „elvégzendő beavatkozás”. Ez
79 van.
80 „Elvégzendő beavatkozás”?

81 Igen, körülbelül. Persze, senki sem mondta, hogy jó, de nem is lelkiztünk rajta.
82 Egészségnevelés órán volt szó a megelőzésről, de hát... Beszélni lehet róla, de gyakorlatba
83 is kellene ültetni. Nagy a tudatlanság még a XXI. században is.

84 22. *Részt vennél egy kiegészítés elleni, esetleg mentálhigiénés továbbképzésen?*

- 85 Igen. Mindenképp, mert sokat segítene. De jó lenne akár egy olyan pszichológus is a
86 kórházban, akihez mi is fordulhatnánk, mert magunk küzdünk meg minden problémával.
87 Tudod, ki, ahogy tud.
- 88 23. *Gondolkoztál valaha azon, hogy elhagyod ezt a pályát, vagy osztályt cserélnél?*
- 89 Nem. Szeretem a szakmámat, nem is tudnám más helyen elképzelni magamat.

III. Interjú – ND

1 1. *Mióta dolgozol egészségügyben?*

2 2005 óta.

3 2. *Szereted a munkádat, hivatásodnak érzed?*

4 Határozattan igen

5 3. *Vallásos vagy?*

6 Igen

7 4. *Fontos neked a vallás gyakorlása?*

8 Nagyon fontos, az utóbbi időben különösen az.

9 5. *Miért választottad ezt a pályát?*

10 Mindig óvónéni szerettem volna lenni, mivel sajnos nem jött össze, ezért az újszülött
11 osztály volt az, ami közel állt a szívemhez, így irány az egészségügy!

12 6. *Mi motivál a mindennapi munkád során?*

13 15 éve dolgozom az Újszülött Osztályon, és bízok a jó Istenben, hogy még nagyon sok
14 évet fogok itt dolgozni, hisz amit kapunk az édesanyáktól és az újszülöttjüktől, az
15 hihetetlen érzés és egyben motiváló. A sok sikeres anyatejes baba, a sok sikeres
16 koraszülöttből érett újszülötté válás, a sok felsíró egészséges baba a születésnél, a sok
17 örömkönnyek a szülők részéről, hogy világra jött egy új csoda, ezek mind mind vezetnek
18 és motiválnak engem, hogy ez az én hivatásom.

19 7. *Számodra mi a legnehezebb a szakmádban?*

20 A legnehezebb és talán a legdrasztikusabb, mikor egy koraszülöttet, vagy egy bármilyen
21 komplikációval fellépő újszülöttet elveszítünk, és miként éli meg az ott tartózkodó
22 édesanya ezt a belső lelki állapotot, szívszorítóak ezek a helyzetek, ez számomra a
23 legnehezebb ezen az osztályon.

24 8. *Tehát, találkoztál már munkád során bármilyen veszteséget átélt kismamával,
25 szülővel...*

26 Igen, sajnos elég gyakran, és nem mi vagyunk -az asszisztensek- erre kompetensek, hogy
27 elmondjuk ezt a szörnyű hírt a szülőknek, az orvosok feladata, de utána csak mi
28 maradunk velük és annyira számítanak a mi további támogatásainkra!

29 9. *Elfogadással, együttérzéssel, megértéssel tudsz viszonyulni hozzájuk? Hogyan*
30 *fejezed ezt ki?*

31 Határozattan igen, szörnyű és szívszorító lehet ez az érzés, annyira nincsenek szavak
32 ebben a helyzetben! De mindig megsegít a jó Isten és együtt tudunk érezni velük a
33 fájdalmukban.

34 10. *Hogyan próbáltál neki/nekik segíteni?*

35 A biztató szavak és a jó Istenbe vetett hitet próbálom átadni, annyi erőt ad a jó Isten,
36 hogy mindig úgy érzem, hogy hatással vagyok rájuk.

37 11. *Megrendít mindig?*

38 Mi az, hogy!?! Nagyon!

39 12. *Hogy érzed, mi a te feladatod a gyászolók segítségével?*

40 Megmagyarázni mindig az adott szituációnak a miértjét, mindig ad a jó Isten valami okot
41 mindenre, és ezt próbálom átadni a gyászoló szülőknek is. Vannak sorsszerű tragédiák,
42 de fontos, hogy ne adják fel a reményt. Mindennek van értelme, még akkor is, ha akkor
43 ezt pont mi nem értjük.

44 13. *Milyen hatást gyakorol rád, ha egy kismama veszteséggel küzd, például*
45 *koraszülöttje van és elszállítják Intenzív Centrumba, elveszíti újszülöttjét, abortál, esetleg*
46 *ez a folyamat megismétlődik?*

47 Néha meggyűl a könny a szememben, hisz nekem is vannak gyerekeim, és édesanyaként
48 teljesen át tudom élni, hogy mit is érezhetnek, de mivel a mi újszülött osztályunk nem
49 annyira felszerelt koraszülött osztálynak számít, így mindig úgy gondoljuk, ha
50 elszállítják, annak a picic babának jobb lesz minden féle szempontból a megfelelő
51 koraszülött osztályon.

52 14. *Mennyire „nő hozzád” ápolás, gondozás során egy koraszülött/újszülött?*

53 Sajnos a gondozásuk, ápolásuk elég sok időt igénybe vesz, hogy stabil, megfelelő
54 állapotba haza mehessen egy koraszülött, így sok időt töltenek el nálunk, és az mind-
55 mind sok-sok együttléttel jár, sok együtt küzdött perccel, idővel, amit együtt viszünk
56 végbe a kisbabákkal, és annyira a szívünkhöz nőnek... szoros ragaszkodást egyben.

57 15. *Mi az, amivel a legnehezebben tudsz megküzdni egy veszteség kapcsán?*

58 Ilyen helyzetben olyan nehéz bármivel is támogatni egy édesanyát! Ami a legnehezebb
59 számomra az a bennem lévő érzelmi fájdalmak, amiket velük együtt átélek abban a
60 helyzetben.

61 *16. Szerinted nehezebb elviselni egy alig induló élet elvesztését?*

62 Minden szülő felkészül valamilyen szinten egy új kis jövevény érkezésére, persze, hogy
63 nehéz az elvesztése, szörnyű lelki trauma lehet bennük.

64 *17. Meg szoktad valakivel osztani, ha úgy érzed, lelkileg leterhel mások vesztesége?*

65 Igen, én muszáj kimondjam a lelki fájdalmamat, és azt általában a férjemnek. Amúgy a
66 munkába történeteket nem igazán szoktam elmondani neki, de ha egy ilyen történik, ki
67 kell neki öntsem a lelkemet.

68 *18. Van arra lehetőség a kórházban, hogy ezzel kapcsolatosan konzultálj valakivel?*
69 *Szükség lenne segítő szakemberre?*

70 Sajnos nincs, és igen, szükség lenne, de még inkább a szülőknek lenne szükségük rá, nem
71 is annyira nekünk. Mi megküzdünk ezzel az érzéssel valahogy. Biztos tehermentesítene...

72 *19. Tudsz arról, hogy az osztályon valamilyen szakmai irányelvet követnétek a*
73 *vesztéséget átélt szülőkkel kapcsolatban?*

74 Nem tudok róla, de olyan jó megoldás lenne! Valami fogódzó lehetne...

75 *20. Mit gondolsz, elégségesen felkészítettek tanulmányaid során a veszteségélmény*
76 *feldolgozására? Szeretnél többet tudni róla?*

77 Nem volt elégséges, de a 15 év itt dolgozás megtanított sok mindenre, egy ilyen
78 helyzetben való helytállására is. Azt gondolom, sosem tudunk eleget erről.

79 *21. Részt vennél egy kiegészítés elleni, esetleg mentálhigiénés továbbképzésen?*

80 Határozattan igen!

81 *22. Gondolkoztál valaha azon, hogy elhagyod ezt a pályát, vagy osztályt cserélnél?*

82 Neeem, tökéletes szakmát választottam, és a jó Isten segítségével itt is szeretnék
83 maradni mindörökre.

7. Források

Szakirodalom

1. ANTHOLZER Roland: Gyász és vigasz, Ethos, Budapest 2001
2. ARIES, Philippe: A halál iránti attitűdjeink. A fejlődés főbb állomásai és értelmezése, in: Pilling János (szerk.): A halál, a haldoklás és a gyász kultúrantropológiája és pszichológiája, Semmelweis Kiadó, Budapest 2010, 25-37
3. BENKŐ A. – SZENTMÁRTONI M.: Testvéreink szolgálatában, Új Ember Kiadó, 2002, 168
4. CSÜRKE József: A lótuszevő eszmélése. Krízis és önmeghaladás, Oriold és Társai, Budapest 2011
5. DIÓSI Dávid: A halálbiztos halál, Szent István Társulat, Verbum 2014
6. EHMANN Bea: A szöveg mélyén – A pszichológiai tartalomelemzés, Új Mandátum Kiadó, Budapest, 2002
7. Ghid din 7 decembrie 2020, in: MONITORUL OFICIAL nr. 1301 din 29 decembrie 2020
8. GENG Noémi – CSISZÁR Klára: *Metodológia. Egy tudományos dolgozat megírásának módszerei*, Presa Universitară Clujeană, Kolozsvár 2020
9. HÉZSER Gábor: Miért? Rendszerelmélet és lelkigondozói gyakorlat, A Magyarországi Református Egyház Kálvin János Kiadója, Budapest 1996, 90
10. HOLLÓ László: Halál az élet előtt, in: Diósi Dávid (szerk.), A halálbiztos halál. Tanulmányok az elmúlás és a halál kultúrájáról, Szent István Társulat, Verbum, Budapest-Kolozsvár 2011
11. II. JÁNOS PÁL pápa: Vita consecrata, Szent István Társulat Kiadója, Budapest 1996, 14-15
12. KÁRPÁTY Ágnes: A gyász szociológiája, MTA Politikai Tudományok Intézete Etnoregionális Kutatóközpont, Budapest 2002.

13. KISS Enikő Csilla – SZ. MAKÓ Hajnalka (szerk): Gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana, Pro Pannonia, é.n.
14. KOVÁCS Éva: Interjú módszerek és technikák, In: Kovács Éva (szerk.): Közösségtanulmány. Módszertani jegyzet, Néprajzi Múzeum – PTE-BTK Kommunikáció- és Médiatudományi Tanszék, Budapest 2007, 269-277.
15. KRISTJANSON, Linda – LOBB, Elizabeth – AOUN, Samar – MONTEROSSO, Leanne: A systematic review of the literature on complicated grief, Department of Health and Ageing, Canberra 2010
16. LÁSZLÓ Attila: Jóbok és Kamillok, Infopress, Székelyudvarhely 1999
17. Ministerul Educației, Centrul Național de Dezvoltare a Învățământului Profesional și Tehnic: Standard de pregătire profesională, Anexa 1 la OMEN nr.3499/2018.03.29, 397
18. ORZALESI, Marcello M. – CUTTINI, Marina: Ethical issues in neonatal intensive care, in: SciELO - Scientific Electronic Library Online
19. POLCZ Alaine: Ideje a meghalásnak, Pont Kiadó, Budapest 1998, 45
20. PUSKÁS Attila - PERENDY László (szerk): A szenvedő ember Isten színe előtt, Szent István Társulat, Budapest 2014
21. ROGERS, Carl.: Empathic: An unpredicted way of being. In.: Kulcsár Zsuzsanna (ford.): Egészségpszichológia, ELTE Eötvös Kiadó, Budapest 1998.,162
22. ROGERS, Susan – BABGI, Amani – GOMEZ, Calos: Educational interventions in end-of-life care: Part I: An educational intervention responding to the moral distress of NICU nurses provided by an ethics consultation team, Advances in Neonatal Care 2008/8(1), 56-65.
23. SONTAG, Susan: A betegség, mint metafora, Európa Kiadó, Budapest 1983
24. SZOKOLSZKY Ágnes: Kutatómunka a pszichológiában, Osiris Kiadó, Budapest 2004

Tanulmányok:

1. A Nemzeti Erőforrás Minisztérium szakmai irányelve a pszichológiai feladatokról szüléshez társuló veszteségek során , in: Hivatalos értesítő 2010/104
2. BAGDY Emőke: Az ima ereje. In.: Reformátusok Lapja, 2003. ápr.27
3. CROWE, Lisa - GRAHAM, Ruth H.- - ROBSON, Stephen C.- - RANKIN, Judith: Negotiating acceptable termination of pregnancy for non-lethal fetal anomaly: a qualitative study of professional perspectives, in: BMJ Open 1, 8 (3)
4. DR. HEGEDŰS Katalin – ZANA Ágnes – SZABÓ Gábor: Medikusok halálképe és a halállal, haldoklással foglalkozó kurzusok hatásai, in: Thanatológiai Szemle, 2006/3-4
5. DR. PERCZEL-FORINTOS Dóra: Az imádkozás lélektani (gyógyító) hatása, In.: Lélektan és spiritualitás. Sapientia Füzetek 5., Vigilia Kiadó, Budapest 2005, 20-41
6. Dr. PILLING János: A gyász hatása a testi és a lelki egészségi állapotra, PhD értekezés, Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, Budapest 2012
7. GEISZBÜHL-SZIMON Petra – ZSÁK Éva: Veszteségek sodrában – Az asszisztált reprodukciós eljárás folyamatának kihívásai a veszteségek tükrében, in: Kharon, Thanatológiai Szemle, 2018/3, 41-52
8. GEISZBÜHL-SZIMON Petra: Emlékezési módok a perinatális veszteségben, in: Kharon, 2018/3, 27-40
9. GEROW, Lisa – CONEJO, Patricia – ALONZO, Amanda – DAVIS, Nancy – RODGERS, Susan – DOMIAN, Elain.: Creating a curtain of protection: nurses' experiences of grief following patient death. Nurs Scholarsh 2010, 42/122-9.
10. GOLD, Katherine – SEN, Ananda – HAYWARD, Rodney: How physicians cope with stillbirth and neonatal death: a national survey of obstetricians, Obstetrics and Gynecology 2008/112(1), 29-34.

11. HARVEY H., John – MILLER D., Eric: Toward a Psychology of loss, in: *Psychological Science* 1998
12. KÉKESI Márk: Tartalomelemzés szoftveres támogatással – bevezetés az ATLAS.ti program használatába, *Neveléstudományi Doktori Iskola, Szeged*, 2013
13. KOVÁCS Ágota: A spiritualitás és a halálhoz való viszony összefüggései az emberi lélekben, in: *Kharon*, XI/1-2, 40-68
14. KOVÁCS Bernadett: A vallásosság/spiritualitás protektív szerepének vizsgálata a kiégéssel kapcsolatban, *Doktori (PhD) értekezés, Debreceni Egyetem – BTK* 2010, 47-53
15. KOVÁCSNÉ TÖRÖK Zsuzsa – SZEVERÉNYI Péter: A szülészek perinatális halálra adott interperszonális és intrapszichés válaszai. *Orvosképzés* 1995/6, 326-329
16. KOVÁCSNÉ TÖRÖK Zsuzsa: Pszichoterápiás segítségnyújtás perinatális gyermekelvesztés után in: https://kharon.hu/docu/2000-nyar_kovacsne-pszichoterapias.pdf, 2000
17. LIMBO, Rana – KOBLER, Kathie: The tie that binds: Relationships in perinatal bereavement, *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing* 2010/35, 316
18. MOORE, Bryanna S. – CARTER, Brian S. – BEAVEN, Bryan – HOUSE, Katie – HOUSE, Joel: Anticipation, Accompaniment, and a Good Death in Perinatal Care, *Yale J Biol Med* 2019, 92 (4), 741–745
19. MUCSI Georgina: A halálkép jellegzetességei hospice ellátásban dolgozó szociális munkások és az önkéntes tevékenységet végzők körében, *Doktori disszertáció, Bölcsészettudományi Kar, Irodalomtudományi Doktori Iskola, Kultúratudományi Doktori Program, Pécs* 2015, 20-25
20. SZICSEK Margit: A szorongás megjelenése a mindennapi ápolói munkában és az alkalmazott Coping-mechanizmusok. *Szakedolgozat. Budapest, ELTE BTK Pszichológia Szak*, 1995
21. VÉGH Katalin: A modern ember viszonya a halálhoz, in: *Esély*, 1994/1, 68-76

22. WILKINSON, Dominic - DE CRESPIGNY, Lachlan – XAFIS, Vicki: Corrigendum to "Ethical language and decision-making for prenatally diagnosed lethal malformations", in: Semin Fetal Neonatal Med 19/5, 2014, 306-311
23. ZANA Ágnes: Halálkép és rítusaink. A halálhoz és haldokláshoz kötődő szokások változása, in: Embertárs, 8 évf(1), 54-62
24. ZÖRGÖ Szilvia: Szempontok a kvalitatív kutatás tervezéséhez és értékeléséhez, in: Lege Artis Medicinae, 2017/11
25. ZSÁK Éva – KOVÁCSNÉ Török Zsuzsa – Dr.HEGEDŰS Katalin: A perinatális veszteségek és intrauterin magzati halálozások aktuális szakmai gyakorlatának, valamint a szakemberekre gyakorolt hatásainak vizsgálata, in: Orvosi Hetilap, 2015/29, 1174-1178
26. ZSÁK Éva– Dr.HEGEDŰS Katalin: Szakemberek veszteségélményei , gyásza és megküzdési stratégiái a perinatális ellátásban. Szakirodalmi áttekintés, in: Kharon, 2019.02./XXIII.
27. ZSÁK Éva, KOVÁCSNÉ TÖRÖK Zsuzsa, HEGEDŰS Katalin: A perinatalis veszteségek és intrauterin magzati halálozások aktuális szakmai gyakorlatának, valamint a szakemberekre gyakorolt hatásainak vizsgálata. Orvosi Hetilap 2015, 156/29, 1174–1178
28. ZSÁK Éva: Etikai kérdések a perinatális palliatív ellátásban, in: Thanatológiai Szemle, 2020/2

Internetes források:

<https://romkat.ro/esemenynaptar/lelligi-szent-kamill-aldozopap/?occurrence=2021-07-14>.

2021.07.14.

<https://archiv.katolikus.hu/szentek/0714.html>, n.a.

<https://777blog.hu/2020/06/02/uram-tegy-engem-beked-eszkozeve-ima/>, 2020.06.02

<https://insp.gov.ro/download/cnsisp/Fisiere-de-pe-site>

[CNSISP/mortalitatea_perinatale/Mortalitatea-perinatale-2020.pdf](https://cnsisp/mortalitatea_perinatale/Mortalitatea-perinatale-2020.pdf), 2022.01.10.

<https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/8/3/e020815.full.pdf>, 2018.01.29.

<https://www.scielosp.org/article/aiss/2011.v47n3/273-277/en/>, 2011.06.28.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6913827/>, 2019.12.20.

<https://www.viata-medicala.ro/reuniuni/rata-avorturilor-din-romania-dubla-fata-de-mediaeuropeana-17003>, 2019.11.29

<https://legislatie.just.ro/Public/DetaliuDocument/235705>, 2020.12.29

https://kharon.hu/docu/2000-nyar_kovacsne-pszichoterapias.pdf, 2000