



Pre- és perinatális veszteség hatása a gyógyító, segítő szakemberekre

PÉTER EDIT

Babeş-Bolyai Tudományegyetem – Vallás, Kultúra, Társadalom
Doktori Iskola, Kolozsvár (RO)
edit.peter@ubbcluj.ro

Az egészségügy területén kevésbé jártasok számára nem szokott kérdésként felmerülni, a gyógyító, segítő szakembereket vajon mi segíti 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 szamaritánus három kifejezésével élve (megállás, megindulás, sorsot osztani akarás) át tudják lendíteni őket a nehézségeken. Mégis kik lehetnek, akik hivatásukban segíteni tudják őket?

Az egyházban mindig léteztek és lesznek emberek, akiknek szívügyük a betegek gondozása, legyen az testi vagy lelki probléma. „A Krisztus követésében elkötelezett emberek életében mutatja meg Isten, hogyan kell válaszolnunk szeretetére, és hogyan kell feladatunkat teljesítenünk.”¹ Szent Kamill életével válaszolt Isten hívására és szeretettel, önfeláldozással végezte azt a feladatot, amelyre

1 LÁSZLÓ Attila: *Jóbok és Kamillok*, Infopress, Székelyudvarhely 1999, 97.

küldetést kapott. Adatott számára világi és egyházi támogató is, aki vele együtt a betegek és haldoklók szolgálatának szentelte magát. Feljegyezték, hogy Szent Kamill sokszor ismételte társainak: Szeretet, szeretet! A legszívesebben meghalnék, amikor mindig csak azt mondom nektek. „Szeretet, szeretet!” De nem tehetek róla, nem tudok mást mondani.²

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.

A budapesti I. Nőgyógyászati és Szülészeti Egyetemi Klinika Perinatális Intenzív Centrumában és a koraszülötteket ellátó Peter Cerny Mentőszolgálatnál dolgozva nagyon sokszor szembesültem a perinatális mortalitással, mely kivétel nélkül mindig megviselt. Nemcsak 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 kiegészítést 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

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

tevékenységükbe, így ismételten képesek lehetnek tudásukat a rászorulók szolgálatába állítani.

Személyes érintettségem miatt mindig foglalkoztatott ez a probléma, ezért kutatom a veszteség hatását a perinatális ellátásban dolgozókra. 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 végezte,³ akik a nemzetközi porondon 23 eredeti közleményt találtak, ebből 20 kutatási ismertető, 3 elméleti tanulmány, továbbá 6 szakirodalmi 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.

Mielőtt a pre- és perinatális veszteségről értekeznénk, néhány fogalmat tisztáznunk kell, hiszen különböző területről megközelítve többféleképpen 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

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

halva születéseket és a korai újszülöttkori elhalálozásokat is, tehát az 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 a 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, periodikus 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 az abortuszra, annak következményeire vonatkozó tudás sokszor elavult, hiányos, még rosszabb esetben egyszerűen téves. Ez megnehezíti vagy meg is gátolhatja, 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 érzelmekkel-indulatokkal rendkívüli mértékben terhelt erőterben történik.⁴ 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 hónapon keresztül 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 is, így nagyon nehéz a szülők ismétlődő gyászfeldolgozásának segítése mellett a saját kudarcélményüket feldolgozni.

A morális distressz megjelenése a szakembereknél részben a fent említett személyes kötődéseknek, valamint az etikai felelősségvállalásoknak és értékütközéseknek is köszönhető. Ha a perinatális időszak etikai kérdéseit vesszük górcső alá, megállapítható, hogy a dilemmák száma megnőtt. Az orvostudomány fejlődésével új etikai kihívásokkal kell szembenézni: információs túlterheltség, a perinatális diagnosztika bizonytalansága, az élet kezdetének meghatározása, részvétel a döntéshozatalban, szülői autoritás és etikai konszenzus keresése, a „jó halál” kérdése a neonatológiában stb. Még az általános érvényű, a pre- és perinatális teljes időszakára vonatkozó etikai problémákat is befolyásolja a vallás, a világnézet, illetve a különböző kultúrközegbe ágyazódott orvoslás.

Azt tudjuk, hogy az egyház akkor sem ítélezik, amikor fájdalom igazságokat kell kimondania, viszont tudatában van annak, hogy híven kell közvetítenie Isten akaratát.⁵ Ha elfogadjuk azt a nézetet, miszerint a lélek a nemzés után egyesül az emberi embrióval, sokkal inkább megértjük II. János Pál pápa az *Evangélium*

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

5 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.

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 gyermeketektől is bocsánatot kérhettek, aki most az Úrban él.”⁶

Abban minden perinatológus egyetért, hogy a szülői elsőbbség figyelembe vételével elsődleges feladatuk felismerni a magzat és az újszülött szükségseit, megoldásokat találni rá, és a gyermek érdekét szem előtt tartva, lelkiismeretükre is hallgatva, a legjobb tudásuk szerint döntsenek.

A perinatális veszteség a komplikált gyász jelensége, megélése terhet ró a szülőkre, környezetükre és az egészségügyi szakemberekre egyaránt, mégis kevésbé feldolgozott, tanulmányozott terület.⁷ 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 gyásszal 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 el látásban dolgozók, illetve ezek hogyan gyakorolnak hatást rájuk, röviden tekintsük át ebben a kontextusban a gyász folyamatát.

⁶ *Evangelium vitae*, 99.

⁷ ZSÁK Éva - KOVÁCSNÉ Török Zsuzsa - HEGEDŰS Katalin: *A perinatális veszteségek és intrauterin magzati halálozások aktuális szakmai gyakorlatainak, valamint a szakemberekre gyakorolt hatásainak vizsgálata*, in: Orvosi Hetilap, 2015/29, 1174-1178.

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 - pár óra (ritkán 1-2 nap)	A halál tényével szembesülve sokan tagadással reagálnak, gyakran ürességet, 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 jelentkezhethet (passzivitás vagy fokozott tevékenység). Érzelmi szempontból gyors és intenzív hullámzásokkal jellemezhető.
Tudatosulás	Kb. 2-3 hónap	A kezdeti érzéseket, a kiüresedettséget, boldogtalanságot harag, büntudat, 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 intenzitása csökken, az elkerülő magatartás oldódik, a racionális elfogadás nő.
Adaptáció	Az első év végére várható.	Megszilárdul a self-integráció érzése, a gyászolók képesekké válnak az életük folytatására, a jövőre irányultság dominál.

A táblázatból is kitűnik, hogy a kórház a perinatális gyászfeldolgozás első lépcsőfoka. Bár történtek előrelépések az egészségügyi oktatásban, a felmérések⁸ azt bizonyítják, nem készítik fel a szakembereket megfelelően a halállal való szembesülésre, a haldokló

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

megfelelő gondozására, ezért sokszor nem tudják a veszteséggel járó problémáikat kezelni. Felkészületlenségük a halálfélelmet erősíti bennük, amely betegek, hozzátartozók halálával és saját halálukkal kapcsolatban is igen erőteljesen megnyilvánul. A morális válság a személyes beállítódástól függően jelentkezik. A lelkiileg kiegyensúlyozott orvos a világ legtermészetesebb dolgának tartja az élet védelmét, bizonyos helyzetekben viszont az egészségügyi dolgozó erkölcsi felfogásával, lelkiismereti vagy vallási meggyőződésével ütközhet a szakmai követelmény, a törvényes jog és az éppen uralkodó társadalmi ideológia. A represszió, projekció, racionalizáció és intellektualizáció mint énvédő mechanizmusok jelennek meg az orvosok, ápolók körében.

Döbbenetes, hogy a 2019-ben közzétett európai kutatások eredményei azt mutatják, hogy Romániában az abortuszok száma kétszeresen meghaladja az Európai Unió átlagát, azaz 480 terhesség-megszakítás/1000 szülés. Ennek komoly közegészségügyi, orvosi, társadalmi, gazdasági és vallási vonzata van. Holló László II. János Pál pápa enciklikájára⁹ hivatkozva tanulmányában¹⁰ 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 deontologikus érvek alapján megfogalmazott axiómaszerű igazságokat elutasítja, másfelől az autonómia, a szabadság gondolat oltárán bizonyos körülmények között az emberi életet is kész feláldozni.

Az élet feltétel nélküli tisztelete szakmai irányelvek közé szorult, ugyanakkor a halál egyre inkább szekularizálódik, hospitalizálódik, depersonalizálódik, irracionalizálódik, kommercializálódik, metaforizálódik és a haldokló végső soron izolálódik. 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,

9 *Evangelium vitae*, 63.

10 HOLLÓ László: *Halál az élet előtt*, 4.

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, lassan eltűnik a köztudatból a „jó halál” fogalma is. 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 egyes kórképet „agresszív” jelzővel illetnek. 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 halál szekularizációjához hozzájárult az a tény is, hogy a robbanásszerű 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.¹¹ 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.¹²

Kutatások alapján megállapítható az is, hogy a spiritualitás, azaz a transzcendenciába vetett hit csökkenti a halállal kapcsolatos szorongást, elfogadóbbá teszi az embereket a végzettel szemben. Napjainkban az értékek pluralizálódásával azzal szembesülünk, hogy egyre többen keresik a spiritualitás egyéni útjait, nem számolva azzal, a mozaikvallás védő szerepe halál esetén nem érvényesül. A szekularizációs nyomás ellenére az emberekben továbbra is megvan a vallásosság iránti igény, melynek egyik fő oka, hogy a tudomány

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

12 POLCZ Alaine: *Ideje a meghalásnak*, Pont Kiadó, Budapest 1998, 4-5.

sokszor nem tud kielégítő választ nyújtani az élet végességére vonatkozó kérdésekre.

Időszerű lenne figyelni a perinatális ellátásban érintett, halmozott veszteségeket átélt szakemberek személyes és szakmai kihívásaira és nehézségeire, mert egyértelmű az összefüggés a gyászoló családok részére nyújtott támogatás és a személyes érintettség között. Az elszenvedett veszteségélmények pszichoszomatikus tüneteket válthatnak ki, továbbá szellemi jóllétüket is befolyásolják, így hatással vannak a hivatásukra és magánéletükre egyaránt. Ennek tudatában kiemelt fontosságú a szupervízióban is megvalósuló gyászterápia és pszichoszociális támogatás a perinatológusok számára. Akár pszichoterápiás, akár mentálhigiénés vagy spirituális módon történik meg a külső segítség igénybevétele, ezek az egyéni gyázmunka lehetséges alternatívái. Ha nem történik meg azoknak a megfelelő támogatása, akik érzelmileg erősen érintődnek hivatásuk gyakorlása közben, a kiegészítő előbb-utóbb elkerülhetetlenné válik, az érzelmi életükben eluralkodik a stressz, elvész a motiváció, az empátiás kapacitásuk kimerül.

Áttekintve a lehetőségeket, a segítségnyújtás több síkon történhet: továbbképzéseken tudatosítás és önismeret révén, amely lehet egy növekedésre lehetőséget adó tevékenység, továbbá intézményi szinten egy támogató munkahelyi kapcsolati háló kialakítása, pozitív visszajelzések, autonómia biztosítása, feszültségcsökkentést lehetővé tevő munkatársi csoport, közösség. A hivatáson kívüli magánszférákat erősítve a gyógyító szakember lendületet és energiát vihet át munkája területére. Érdemes fontolóra venni azt a tényt, hogy a vallásos hit, az egyházi közösség és a lelkigondozó bizony hatékonyan tudja segíteni a lelki válságot megélt embereket, így erőt, nyugalmat, kiegyensúlyozottságot képes nyújtani a perinatológusoknak is.

Kiemelném prof. dr. Perczel-Forintos Dóra klinikai pszichológus tanulmányából¹³ azt a megállapítást, miszerint a modern gyógyítás egyre inkább felismerte, hogy a vallás hozzájárul a személy lelki

13 PERCZEL-FORINTOS Dóra: *Az imádkozás lélektani (gyógyító) hatása*, in: *Lélektan és spiritualitás*. Sapiientia Füzetek 5., Vigilia Kiadó, Budapest 2005, 20-41.

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. Érdemes elgondolkozni azon, a vallásos hit ernyője mennyire biztosítana védelmet a kiégés ellen. Abból kiindulva, hogy a kora középkortól kezdve gyógyhelyeket, kórházakat lényegében csak az egyház, illetve a szerzetesrendek tartottak fenn Európában, elmondható, hogy a lelki segítségnyújtás csak a vallás intézményeinek keretében volt elérhető. Számos szerzetesrend kifejezetten a betegekkel, a kirekesztettekkel való törődés céljából alakult meg. Szolgáltatukban válik nyilvánvalóvá, hogy az Istennek szentelt élet az Isten és a felebarát iránti szeretet kettős parancsának szoros egységét mutatja meg.¹⁴

Egyenesen adódik a kérdés, a szülész-nőgyógyász miként éli meg a terhesség megszakítását? Személyes meggyőződése, vallása, világnézete, Isten és emberképe hogyan egyeztethető össze ezzel a szörnyű beavatkozással? Az élet kezdetéről szóló kétes nyilatkozatok, az anyaméhben történtek misztikuma, az egészségügyben végbement szekularizáció és a törvényes szabályozások miatt már 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 aszisztálniuk kell az élet kioltásában. Bizony sokszor nagyon nehéz átlépni a személyes meggyőződéseken, a morális válsághoz a bűntudat is hozzájárul. Nos, a keresztény hitgyakorlás során megszűntethető a nyomás a bűntudathoz, bűnértéshez tapadó események, élmények tudatosításával, közlésével. Bizonyított tény a szentségi bűnbevallás katartikus hatása, hiszen letesszük bűneinket Isten elé. 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.

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

Az ima is pozitív hatást gyakorol az emberekre, hiszen közben tudatosan a hívőben életének értelme és értékrendje, önmagára figyelve szembe tud nézni cselekedeteivel, önértékelése javulhat. Miközben arra a felhívásra figyel, hogy szeresd felebarátodat, mint önmagadat, olyan pozitív „mellékhatások” lépnek fel, melyek biztosítják a mentális státusz egyensúlyát. Az imádkozó pozitív pszichés állapotba kerül, megéli azt, hogy nincs egyedül, társak veszik körül, örülnek neki és minden esendőségével együtt elfogadják. Az imában való elmélyülés tekinthető a mindennapi élet stresszeivel szemben egy speciális megküzdési módnak is, amelynek egészségvédő szerepe a nehézségek elfogadásában vagy átértékelésében rejlik. Bagdy Emőke a következőképpen fogalmazza meg: „Az ima befelé, lefelé a testünk felé is old, felszabadít, gyógyít, rendez, újjraépíti, amit lerombolt a kín, összerendezi, amit szétszedett a fájdalom, aggodás és ebben a történetben 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.”¹⁵

A pre-és perinatális veszteség hatását vizsgálva céлом az volt, hogy a hazai viszonyokat feltérképezsem, rávilágítsak a sajátos problémákra, valamint a megoldási lehetőségeket megtaláljam. Az orvostudomány rohamos fejlődésével számolva talán sosem volt aktuálisabb a gyógyító, segítő szakmákban dolgozók veszteségélményének feldolgozásával foglalkozni, hiszen a napi gyakorlatban ők azok, akik a gyászt elszenvedőkkel elsősorban találkoznak.

Elő kutatásom során mélyinterjúkat készítettem egy erdélyi város egészségügyi intézményében. A pre- és perinatológián dolgozók meglátásaira, érzéseire fókuszáltam, ezért úgy gondoltam, ez a módszer a kutatott jelenség minőségi megismerésére, vélemények összegyűjtésére a legalkalmasabb, ugyanakkor komplex adatok nyerhetőek, amelyek széleskörű megértést tesznek lehetővé. Mivel

15 BAGDY Emőke: *Az ima ereje*, in: Reformátusok Lapja, 2003. ápr. 27.

kvalitatív kutatásról van szó, a kiválasztás célirányos és szakértői szempontokat követett. 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 egyértelmű tartalom mellett a közlő attitűdje is fontos szempontnak számított. Feldolgozásakor fontosnak tartottam a reflexivitást, hogy tudatában legyek saját perspektívám hatásának és azt minimalizálni tudjam.

Elsősorban azt vizsgáltam, milyen hatást gyakorolnak az egészségügyi szakdolgozókra a különböző típusú veszteségek. Igaznak bizonyult az a tény, hogy fokozott érzelmi teherként élük meg a perinatális elhalálozás élményét és együttérzésükkel egyidőben megjelennek a gyászreakciók is. Ennek fényében fontos volt körüljárni személyes érintettségük mellett, hogy hogyan tudnak segíteni a veszteséget átélőknek. Az a felvetésem igaznak bizonyult, miszerint felkészültségükhöz és személyes beállítódásuhoz 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. Amennyiben nem változik a helyzet, a dehumanizáció tovább folytatódhat, ezért szükséges prevenciót jelentene az interperszonális kapcsolatok javítása, támogatása is. Továbbiakban az interjúalanyok azt erősítették meg, hogy önmaguk szupportív támogatására is szintén saját tapasztalataikra és személyes beállítódásukra alapoznak és eszerint 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 változtat a halál és gyász természetszerű elfogadásában. Azt is megállapíthattam, hogy 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 helytállónak 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 megélt veszteségélmény megfelelő feldolgozása teszi csak lehetővé a további hivatásbeli helytállásukat. Az igény részükről elhangzott, már csak a megvalósítás várat magára.

Az orvosok és ápolók tanulmányaik során ugyan találkoznak a holisztikus gyógyítás fogalmával és az emberre test, lélek és szellem együtteseként tekintenek, a gyakorlatban az tapasztalható, mindennek ellenére markánsan a szomára figyelnek, így fennáll a veszélye annak, hogy a lélekre és a szellemre az anyagi fejlődés produktumaként tekintsenek. Ha abból indulunk ki, hogy az ember képes túllépni fizikai valóságán, nyilvánvalóvá válik a lelki valósága is, mely az ésszel megtapasztalható dimenziókon túlmutat. A lélek vezethet el bennünket a transzcendenshez, és általa a lét képes egyesülni az abszolúttal. Másképp fogalmazva Istentől eredünk és életünk során folyamatosan Isten felé haladunk.

Az egészségügyben igencsak nehéz a halhatatlanságról beszélni, amikor meglehetősen gyakran a test nyilvánvaló mulandóságával szembesülnek és ha megszűnnek a vitális és vegetatív funkciók, a test elenyészik. Nem az isteni élet és a halhatatlan lélek kerül előtérbe, hanem az élet védelme a sejtek zavartalan működését, a vízterek és ionok mozgását, az ingerek tovahaladásának biztosítását jelenti. A keresztény hit szerint a test és lélek elválaszthatatlan egymástól, együtt lépnek át a fizikai törvények nélküli létezésbe. „Romlandó testet vetnek el, és romolhatatlan test támad fel; szegényben vetik el, és dicsőségben támad fel; gyöngeségben vetik el, s erőben támad fel, érzéki testet vetnek el, és lelki test támad fel.“ (1Kor 42-44)

Különösen nehéz ez a kérdés a pre- és perinatális elhalalozás kapcsán. Különböző tévhitek is nehezítik a halálhoz való viszonyt, hiszen társadalmunkban él egy téves nézet, miszerint az orvosi

értelemben vett perinatológiai időszakban elhalálozott gyerekeket felesleges meggyászolni, hiszen alig éltek vagy nem is éltek. Ezt nevezük illegitim gyásznak. Ezen a tabukkal terhes területen rendkívül nagy szükség van egy más szemléletet nyújtó segítőre egy lelkipásztor, lelkivezető vagy pasztorálpszichológus személyében. Előfordul, hogy az orvos vagy a szakápoló tapintatosan elkerüli a veszteségről szóló beszélgetést, továbbá meglehetősen nehezen ismerik el, hogy nekik is szükségük lehet segítségre. Viszont a kutatásom során végzett mélyinterjúk kapcsán kiderült, hogy az élet és halál kérdéseire adott magyarázataik zavarosok, bizonytalanok.

Meggyőződésem, hogy a posztmodern világunk szenvedő emberének a kórházi pasztoráció terápiás hatású értékközvetítést jelentene nemcsak a betegek, hanem a krízishelyzetben lévő gyógyítók számára is. Diósi Dávid fogalmazza meg könyvében¹⁶ igen plasztikusan: „A krízistől – kissé sarkítva – nem kell megijedni, hanem egyenesen örülni kell neki. Élet húzódik mögötte, korunk kereső emberének vitalitása. Továbbá sose felejtjük el, hogy a krízis egy kikristályosodási folyamat szükségszerű s ugyanakkor legelementálisabb tartozéka, velejárója. (...) A krízis ezért munkát jelent, s nem kényelmet.” Azon a helyen, ahol gyógyító, ápoló tevékenységet folytatnak, Isten jelenlétének megtapasztalható forrásai lehetnek a szakdolgozók és a lelkigondozók egyaránt.

16 DIÓSI DÁVID: *Egyházam a posztmodernben*, Vigilia Kiadó, Budapest 2014, 50-51.