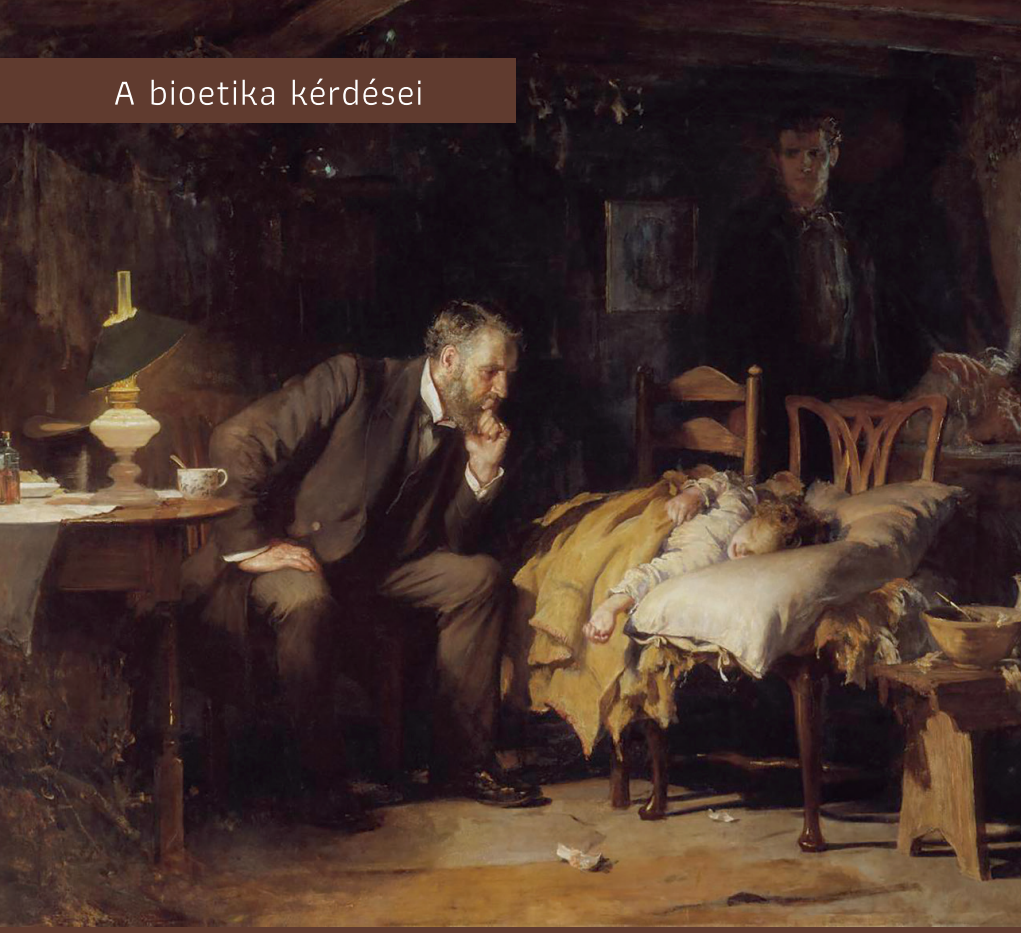
A bioetika kérdései



Barcsi Tamás, Kőmüves Sándor,
Nemes László

# ÉLETVÉGI DÖNTÉSEK

L'Harmattan

Ez a mű a Creative Commons Nevezd meg! - Ne add el! - Így add tovább! 4.0 Nemzetközi Licenc feltételeinek megfelelően felhasználható.
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/



**Életvégi döntések**

End-of-Life Decisions

**Barcsi Tamás, Kőmüves Sándor és Nemes László**

https://orcid.org/0009-0008-8091-6217
https://orcid.org/0000-0003-2323-3192
https://orcid.org/0000-0002-5941-4019

Etika, moralitás, bioetika / Ethics and morality, bioethics (12958), Filozófia, filozófiatörténet / Philosophy, history of philosophy (13033)

etika, filozófia, bioetika

ethics, philosophy, bioethics

DOI: https://doi.org/10.56037/978-963-646-179-9



https://openaccess.hu/

# ÉLETVÉGI DÖNTÉSEK

# A BIOETIKA KÉRDÉSEI

A PTE Általános Orvostudományi Kar (Magatartástudományi Intézet), a SZTE Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Kar (Magatartástudományi Intézet) és a HUN-REN BTK Filozófiai Intézet (MTA Lendület Értékek és Tudomány Kutatócsoport) közös sorozata

Sorozatszerkesztők

*Barcsi Tamás, Tari Gergely és Tuboly Ádám Tamás*

BARCSI TAMÁS – KŐMÜVES SÁNDOR – NEMES LÁSZLÓ

# ÉLETVÉGI DÖNTÉSEK

L'Harmattan
Budapest, 2024

A kötet a Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar anyagi támogatásával, a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Kar és a HUN-REN Bölcsészettudományi Kutatóközpont szakmai együttműködésében jelent meg.










Szakmai lektor: Dr. Julesz Máté

© L'Harmattan Kiadó, 2024
© Szerzők, 2024

L'Harmattan France
5-7 rue de l'École Polytechnique
75005 Paris
T.: 33.1.40.46.79.20
Email : diffusion.harmattan@wanadoo.fr

L'Harmattan Italia SRL
Via Degli Artisti 15
10124 Torino
Tél: (39) 011 817 13 88 / (39) 348 39 89 198
Email: harmattan.italia@agora.it

ISBN 978-963-646-179-9
ISSN 3057-9775

A kiadásért a L'Harmattan Kiadó igazgatója felel.

A kiadó kötetei megrendelhetők,
illetve kedvezménnyel megvásárolhatók:
L'Harmattan Könyvesbolt
1053 Budapest, Kossuth L. u. 14–16.
Tel.: +36-70-554-3177
harmattan.hu

Korrektúra: Györe Gabi
Borítóterv: Kára László
Tördelés: Csernák Krisztina
Nyomdai kivitelezés: Prime Rate Kft.
Felelős vezető: Tomcsányi Péter

# TARTALOMJEGYZÉK

ELŐSZÓ . . . . . 9

I. BEVEZETÉS. HALÁL ÉS KULTÚRA (Barcsi Tamás) . . . . . 13
1. Félelem a haláltól és a halhatatlansági fantáziák . . . . . 13
2. A halál „eltüntetése" . . . . . 14

II. A HALÁL NÉHÁNY FONTOSABB FILOZÓFIAI ÉRTELMEZÉSE (Barcsi Tamás) . . . . . 18
1. Görög, római és reneszánsz gondolkodók a halál elfogadásának fontosságáról . . . . . 18
2. Modern élet- és egzisztenciálfilozófiák a halál és a jó élet összefüggéseiről . . . . . 21
3. A halálhoz való saját viszony kialakításával kapcsolatos kételyek . . 25

III. AZ EMBERI MÉLTÓSÁG TISZTELETE ÉS AZ ÉLETVÉGI DÖNTÉSEK (Barcsi Tamás) . . . . . 30
1. Viták az életvégi döntésekkel kapcsolatos fogalmakról . . . . . 30
2. Az emberi élet szentségének különböző értelmezései . . . . . 35
3. Az emberi méltóság tiszteletének elve . . . . . 36
4. Az életvégi kérdések szabályozási dilemmáiról . . . . . 42
5. Az emberi méltóság tisztelete és az életvégi terápiák . . . . . 46

IV. HOGYAN HOZUNK DÖNTÉSEKET AZ ÉLETÜNK VÉGÉRŐL? (Nemes László) . . . . . 49
1. Miről döntünk? . . . . . 49
2. A döntések pszichológiája és etikája . . . . . 54
3. Tájékozott beleegyezés az élet végén . . . . . 58
4. Az eutanázia filozófiai és etika dilemmái . . . . . 65
Világnézeti, politikai álláspontok . . . . . 66
Különleges probléma? . . . . . 67

Szabadság és igazságosság: az eutanázia társadalmi etikája . . . . . 69
Jó halál, jó élet – a halál filozófiája . . . . . 75
Erkölcsi szempontok az élet végén . . . . . 78
Válasszuk-e az eutanáziát? . . . . . .80
5. Erények az élet végén . . . . . 81
A magára hagyott páciens . . . . . 82
Az erényes páciens . . . . . 83
A betegség jellemnevelő hatása . . . . . 85
Egy modern Ars moriendi lehetősége . . . . . 87
Bioetika betegeknek . . . . . 90

V. ÉLETVÉGI DÖNTÉSEK AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS KERETÉBEN
(Kőmüves Sándor) . . . . . 94
1. Bevezetés . . . . . 94
Egyéni autonómia az élet végén . . . . . 95
Az utolsó lehetőségek . . . . . 96
2. A szenvedés . . . . . 97
A szenvedés enyhítése . . . . . 97
Az elviselhetetlen szenvedés . . . . . 98
3. Hospice . . . . . 98
A modern hospice eredete: Cicely Saunders keresztény alapvetése 99
„Virrasszatok velem" (Mt 26,38) . . . . . .101
A modern hospice jellegzetességei . . . . . .101
Totális fájdalom . . . . . .103
Palliatív gondozás . . . . . .105
A hospice szekularizációja (a pluralizmus térhódítása) . . . . . .107
4. Eutanázia . . . . . .108
A definíciók kulcsfogalmai . . . . . .108
Eutanázia: Hollandia . . . . . .110
Palliatív gondozás vagy eutanázia? Helytelen dichotómia!? . . . . . .111
5. Az életmentő és az életfenntartó kezelések visszautasítása . . . . . .113
Az életmentő és az életfenntartó kezelés . . . . . .113
Az életmentő és az életfenntartó kezelések visszautasítása:
Magyarország . . . . . .114
Az életmentő és az életfenntartó kezelések visszautasítása:
passzív eutanázia? . . . . . .116

6. Terminális szedálás . . . . . 117
A szedálás klinikai formái . . . . . 118
Az arányosság követelménye . . . . . 119
A refraktorikus tünet . . . . . 119
A hátralévő időszak . . . . . 120
A szedálás szándéka . . . . . 121
A mesterséges táplálás és a mesterséges hidratálás szerepe . . . . . 121
A többváltozós definíció . . . . . 122
A palliatív- és az eutanázia jellegű meghatározások . . . . . 123
7. „Orvos által asszisztált öngyilkosság” . . . . . 125
A hagyományos büntetőjogi értelmezés . . . . . 126
Büntető Törvénykönyv: Magyarország . . . . . 126
Svájc . . . . . 128
A saját élet elvétele . . . . . 128
Példa az esemény átértelmezésére: USA tagállamok . . . . . 130
8. A táplálék- és folyadékbevitel önkéntes beszüntetése . . . . . 130
Klinikai szakaszai . . . . . 132
Formái . . . . . 132
Perspektívája . . . . . 133

IRODALOM . . . . . 135

# ELŐSZÓ

Az élet végessége, a halál minden ember, minden kor, minden társadalom és kultúra számára nagy kihívás. Akadnak, akik szerint minden kultúra, vallási, tudományos, művészeti, technológiai, orvosi és filozófiai teljesítményével együtt, voltaképpen a végső kérdésekre keres valamiféle megnyugtató megoldást. Nem minden esetben egyértelmű válasz megfogalmazásával, hanem talán a kérdés megkerülésével, a figyelem elterelésével, a halál tabusításával, az élvezetek előtérbe helyezésével, hosszabb távú remények ébresztésével, akár ebben a világban, akár egy túlvilági vízióba vetett hit révén. A halálra nem szívesen gondolunk, nem szívesen beszélünk róla. Leginkább pedig nem szívesen halunk meg. Ugyanakkor ez az élet ténye, a tudat pedig, hogy az életünk, létünk véges, különös módon határozza meg az emberi gondolkodást. Ehhez nem szükséges a halál gondolatát folyamatosan a figyelmünk középpontjában tartani. Az életünk időben zajlik, ez az idő pedig véges, életünkben, döntéseinkben, terveinkben, gyakorlatainkban állandóan kalkulálunk a rendelkezésre álló idővel, amelynek terjedelméről teljes bizonyosságot ritkán szerezhetünk.

Az élet vége körül különböző nézetek, hiedelmek alakultak ki, bár könnyen kimutathatók lényegi egyezések. Hasonlóképpen, a meghaláshoz, a gyászhoz, a veszteséget követő időszakhoz kapcsolódó gyakorlatok is folyamatosan változnak. Ilyen például a meghalás helye, intézményes környezete, vagy a temetkezési szokások alakulása. Ma az emberek többsége kórházi környezetben hal meg, tehát nem az otthonában éli meg élete utolsó időszakát. Ez egyszerre a jobb orvosi ellátás jele, másrészt magával vonja a halál medikalizálásának jelenségét. A medikalizáció az orvosi antropológiában és szociológiában elterjedt kifejezés, ami arra a folyamatra utal, hogy életünk egyre nagyobb része válik orvosi kérdéssé, kerül orvosi felügyelet alá.

Ennek egyik sokat vitatott példája az élet vége. Felmérések szerint sok ember ellenérzéssel viseltetik azzal kapcsolatban, talán kifejezetten retteg is attól, hogy kórházban, idegen környezetben, idegen emberekkel és gépekkel körülvéve érjen véget az élete. Az orvos-asszisztált halál (orvos-asszisztált öngyilkosság, az eutanázia különböző formái, palliatív kezelések, palliatív szedáció, hospice stb.) is felvetnek a medikalizálódással összefüggő kérdéseket. Ezek a lehetőségek inkább csökkentik, vagy inkább növelik a medikalizáció hatását? Egyáltalán: rossz dolog-e a medikalizáció növekedése?

Meglehetősen modern fejlemény, hogy az életünk minden részéről döntést akarunk hozni, így szerezve ellenőrzést és befolyást a velünk történő dolgok felett. „Tudatosan" akarunk dönteni a hivatásunkról, a szerelmi- és magánéletünkről, a gyermekvállalásról, a lakhelyünkről, a táplálkozásunkról, az egészségügyi kezeléseinkről, a kinézetünkről, az identitásunkról, a pénzügyi befektetéseinkről, végső soron életünk egészéről, a halálunkat is beleértve. A szabadság, az önrendelkezés, filozófiai kifejezéssel az autonómia kiterjedése egy nagyon fontos eredmény. Nemcsak kiszámíthatóbbá, biztonságosabbá teszi az életünket, de a választás révén – ami egyszersmind a felelősségünket is előtérbe állítja – jobban azonosulunk a sorsunkkal, nem érezzük úgy, hogy külső erőknek vagyunk kiszolgáltatva. A döntéseinkkel megpróbáljuk megszelídíteni, valahogy uralmunk alá hajtani, befolyásolni az életünket és a halálunkat is, ami sokak számára a nagyravágyás, a hübrisz jele, olyan törekvés, ami ha sikeressé válik is, valami fontos mélységétől fosztja meg az életet, ezáltal az értékét is csökkentve.

Korunk egy másik jellegzetessége, hogy irtózik a megmagyarázhatatlantól, a felfoghatatlantól, a rejtélyektől. A tudomány felvilágosodás kori ígérete szerint a tudomány képes lesz minden természeti jelenséget feltárni, leírni és magyarázni, az emberi viszonyokat is beleértve, ezáltal biztosítva az ember számára a szabadságot és a méltóságot, a tudást és hatalmat a természet felett. Mindent megismerni, leírni, kategorizálni, magyarázni, előre jelezni: ez a modern ember vágya és a modern tudomány ígérete. A halál, a nemlét ezen a horizonton üt léket, amennyiben közvetlenül nem tapasztalható és nem vizsgálható. Mégis megindult egy kiterjedt tudományos kutatás

a halál bizonyos jelenségeivel kapcsolatban a társadalomtudományokban, a pszichológiában és az orvostudományokban megszokott módszerekkel. Ez könnyen azt a benyomást keltheti, hogy ma többet tudunk a halálról, mint valaha, ami talán így is van, viszont ez a tudás eltereli a figyelmünket a halál valódi „természetéről": arról, hogy a saját nemlétünk felfoghatatlan a számunkra.

A COVID-19 világjárvány időszaka különös jelentőséget adott az életvégi kérdéseknek, hiszen az emberek új módon szembesültek egészségük és életük törékenységével. A járvány hirtelen sújtott le ránk, a fenyegetés pedig nem egyéni, hanem közösségi szinten jelent meg.

Az utóbbi években magyar nyelven is számos könyv és egyéb kiadvány jelent meg az életvégi kérdésekről. Elsősorban pszichológiai munkák a haldoklás és a gyász témakörében, valamint jogi tanulmányok, a hazai és a nemzetközi szabályozások egy-egy aspektusára is kitérve. Jelen kötet annyiban más, hogy az életvégi helyzet és az életvégi döntések kérdéseit főként filozófiai és etikai szempontból közelíti meg.

A könyv írása közben jelent meg a magyarországi közbeszédben Dr. Karsai Dániel, a gyógyíthatatlan ALS betegségben (amiotrófiás laterálszklerózisban) szenvedő jogász ügye, ami jelentős nyilvános figyelmet kapott és hozzájárult a témával kapcsolatos hazai társadalmi párbeszéd megélénküléséhez. Karsai keresetet nyújtott be az Emberi Jogok Európai Bíróságához, mert álláspontja szerint az életvégi döntések magyarországi szabályozása (nincs lehetőség a gyógyíthatatlan beteg kérésére elvégzett halálba segítésre és az orvos által aszszisztált öngyilkosság is tilos) alapvető emberi jogokat sért, különösen az emberi méltósághoz való jogból levezethető önrendelkezési jogot, az embertelen, megalázó bánásmód tilalmát és a világnézeti meggyőződés szabad megválasztásához való jogot. A magyar kormány Karsai beadványának elutasítását kérte. 2024. június 13-án nyilvánosságra hozott döntésében az Emberi Jogok Európai Bírósága elutasította Karsai Dániel keresetét. Kötetünkbe ezt az esetet már nem tudtuk lényegi módon beilleszteni, ugyanakkor az eset kapcsán megfogalmazódó számos szempont, álláspont vizsgálatához, elmélyítéséhez könyvünk remélhetőleg segítséget ad. A fogalmi és elméleti

tisztázás tovább finomíthatja a tágabb nyilvánosságban zajló eszmecseréket.

A könyvet a Pécsi Tudományegyetem, a Debreceni Tudományegyetem és a Semmelweis Egyetem oktatói, kutatói jegyzik. A szerzők régóta ismerik egymást és számos területen dolgoztak együtt. Mindhárman szerkesztőségi tagjai például a *Kharón Thanatológiai Szemle* című online folyóiratnak, amely az életvégi kérdések legfontosabb hazai fóruma. A szerzők sok éve tanítanak orvosi etikai, orvosbölcseleti, bioetikai tárgyakat. Barcsi Tamás és Kőmüves Sándor a könyv készítésekor az MTA Lendület Értékek és Tudomány Kutatócsoportban dolgozott.

A *Bevezetés* (I.), illetve a II.-III. rész Barcsi Tamás, a IV. rész Nemes László[1], az V. rész Kőmüves Sándor munkája, az egyes részek mégis közös alkotássá állnak össze, amennyiben a témák felosztása, összeillesztése közös munka eredménye.

Ezekkel a gondolatokkal kívánunk mindenkinek jó olvasást, gondolkodást!

Pécs–Debrecen–Budapest, 2024. június 25.

*Barcsi Tamás,*
Pécsi Tudományegyetem ÁJK, Jogbölcseleti és
Társadalomelméleti Tanszék
*Kőmüves Sándor,*
Debreceni Egyetem ÁOK, Magatartástudományi Intézet
*Nemes László,*
Semmelweis Egyetem ÁOK, Magatartástudományi Intézet

[1] Ez a rész nagyban támaszkodik a szerző két korábbi tanulmányára: Nemes 2020a, 2021.

# I. BEVEZETÉS. HALÁL ÉS KULTÚRA

Barcsi Tamás

## 1. FÉLELEM A HALÁLTÓL ÉS A HALHATATLANSÁGI FANTÁZIÁK

Az emberek számára feltehetően egyik kultúrában sem könnyű szembesülni a halállal. A halálfélelmet azonban enyhíti, ha az adott kultúrához tartozók értelmet tudnak adni a halálnak, haldoklásnak, ha vannak ezek elviselését, feldolgozását megkönnyítő szokások, rítusok. Itt természetesen nem az *elkerülhető veszélyektől* oltalmazó halálfélelemről van szó, amely hasznos, hiszen óvatosságra int bennünket (Bitó 2005, 120). Az *elkerülhetetlen* halállal kapcsolatos félelem viszont rombolja az embert. Pontosabban inkább félelmekről kell beszélnünk: az ember retteghet a saját elmúlásától, a családtagjai, barátai elvesztésétől, a haldoklással együtt járó szenvedéstől, vagy akár magától a haláleseménytől, tehát az életből a halálba való átmenettől is, persze lehet, hogy a halál nem mindegyik aspektusa nyugtalanítja ugyanolyan mértékben.

Norbert Elias, a neves szociológus is felhívja a figyelmünket, hogy a halállal való szembenézés minden korszakban *nehéz* volt, mindig szükség volt valamiféle vigaszra, ezért alakultak ki a kollektív halhatatlansági fantáziák: a halálról való „kellemetlen tudás és az azt elfedő fantáziák tehát valószínűleg az evolúció ugyanazon órájának szülöttei" (Elias 2000, 45). Ha például a keresztény középkort vizsgáljuk témánk szempontjából, azt mondhatjuk, hogy a *vallás* által nyújtott vigasz segíthetett a haldoklónak, illetve a hozzátartozóinak, akiknek meg kellett birkózniuk az elvesztésével. A haldoklás továbbá *társas esemény* volt, a különböző népi és vallási *rítusok* nagyon fontos szerepet töltöttek be. A halálban a Sors mutatkozott meg, a haldokló elfogadta a halált egy szokásszerű, nyilvános rítus keretében (Ariès 1987, 411). A középkori ember leginkább a hirtelen haláltól félt, mert ekkor nem részesülhetett az „utolsó kenet" szentségében. Az elmondottak nem jelentik azt, hogy idealizálnunk kellene a középkort, hiszen

ez a pestisjárványok, a mindennapos erőszak időszaka is. A többi ember jelenléte vigaszt jelenthetett, de ez attól függött, hogy ezek az emberek miként viszonyultak a haldoklóhoz (Elias 2000, 19–27). Továbbá a 12. századtól a túlvilági élet kapcsán az egyház kevésbé a reményt, inkább a bűnhődés és a kárhozat lehetőségét hangsúlyozta. Az így keltett félelmet a tisztítótűz tana (a túlvilági megtisztulás lehetősége miatt a hirtelen halál nem tűnt olyan borzasztónak), majd a reneszánsz életigenlés enyhítette (Mújdricza 2020, 27–33). A 14. századtól jelenik meg a haláltánc-motívum az irodalomban és a képzőművészetekben, számos reneszánsz művésznél megtalálhatjuk a haláltánc-ábrázolást. Az 1400-as évektől lesznek népszerűek az Ars Moriendi kiadványok, amelyek a haldokló halálra való felkészülését segítő szövegeket és képi ábrázolásokat tartalmaznak, de előzetesen, meditációs célokból is használták ezeket. Az ún. Ars Moriendi táblák a nem írástudó haldoklók számára is lehetővé tették a halálra való felkészülést: az öt képpár az öt legnagyobb kísértést és félelmet, illetve ezek legyőzését ábrázolja. Az utóbbi képeken az Atya, a Fiú, a Szentlélek, Szűz Mária, az apostolok, a szentek felidézésével próbálják a haldoklóban erősíteni a hitet, az üdvözülés reményét, a szenvedések elviseléséhez szükséges türelmet, alázatot és elősegíteni a földi élettől való elszakadást. A 11. képen a jó halált láthatjuk, a halott arcán a megnyugvás mosolyával. Az Ars Moriendi táblák célja már nem a félelemkeltés, hanem a haldokló megnyugtatása volt (Kovács 2010).

## 2. A HALÁL „ELTÜNTETÉSE"

Ha a halálnak nem tudunk értelmet adni, annak érdekében, hogy ne uralkodjon el rajtunk a halálfélelem, megpróbáljuk „eltüntetni" a halált, azaz nem veszünk tudomást róla. Ez az „eltüntetésre" törekvés egyéni viszonyulásmódként minden időszakban jelen volt. Az ókori Rómában és a középkorban, ahogy a reneszánsz időszakában is, a halál igazán mindennapi jelenségnek számított, de mind Seneca, mind Montaigne írt arról, hogy vannak, akik nem gondolnak a halálra, amíg megtehetik, illetve nem tudják elképzelni, hogy egyszer ők is meghalnak. Seneca egy helyen megjegyzi, hogy az emberek

magukat és hozzátartozóikat sérthetetlennek tartják, a gyászmenetek látványakor is arra gondolnak, hogy őket ez nem érinti, Montaigne pedig azt tapasztalta, hogy sokaknak nehezükre esik elhinni haláluk bekövetkezését, még utolsó órájukban is (Seneca 2002a, 17–19; Montaigne 2013/II, 315).

Ha egy *kultúrára* jellemző az „eltüntetés", ekkor ez válik a halálhoz való viszonyulás természetes módjává. Nyugaton a modernitásban mindinkább felerősödött az „eltüntetés" folyamata. A 20. század közepére Nyugaton kulturális tabuvá válik a halál, amelyről nyilvánosan nem beszélnek (mert nem tudnak mit mondani róla), illetve az embert a halálra emlékeztető képi ábrázolások is visszaszorulnak és eltűnnek vagy kiüresednek a halállal kapcsolatos rítusok. Ennek a kezdetét többen a 18. századra teszik, de vannak, akik szerint ez még korábban kezdődött. Elias a halál nyilvánosságának, mindennapiságának „eltüntetését", a haldokló elszigetelését egy civilizációs folyamat részeként értelmezi: ennek jellemzője, hogy az emberi élet animális, elementáris vonatkozásait, amelyek veszélyt jelenthetnek az egyén és a társadalom számára, a társas élet kulisszái mögé rejtik (Elias 2004).

A *modern ember* számára túl félelmetes szembesülni a halállal, mert nem tud neki *értelmet* adni. A vallási világszemlélet szerepének csökkenésével a kollektív halhatatlansági fantáziáknak egyre kisebb a jelentősége, az egyéni halhatatlansági fantáziák pedig az egyén számára sokszor kevéssé megnyugtatók (Elias 2000, 46). A modern ember általában értelmetlenségnek tartja a szenvedést, ezért retteg a haldoklástól, a halál-esemény pedig a kiszámíthatatlanság, az uralhatatlanság miatt tölti el félelemmel. A modernitás során előtérbe kerül a halál *tudományos szemlélete*, amely a halálban csupán egy biológiai tényt lát, és a tudomány egyik fontos feladata az lesz, hogy a halál bekövetkezését minél inkább kitolja. A 20. század közepétől Nyugaton legtöbben kórházi, klinikai körülmények között halnak meg, egyre inkább *medikalizált* és *technicizált* eseménnyé válik a halál. A kórházakban „elzárják" a társadalomtól a haldoklót, és mivel az orvosok a halált sokszor a gyógyítás kudarcaként fogják fel, addig tartják fenn a páciens életműködését, ameddig csak a rendelkezésre álló technikai eszközökkel lehetséges, de eközben az emberre is úgy tekintenek, mintha valamilyen gép lenne.

Nem véletlenül „tüntetik el", *tabusítják* tehát a halált a 20–21. századi Nyugaton (de más kultúrákban is jelen vannak többé vagy kevésbé ezek a jelenségek): ez következik abból, hogy a halálnak az emberek nem tudnak értelmet adni, és a haldoklás sok esetben egy magányos, kórházi esemény. Ugyanakkor, ahogy látni fogjuk, számos filozófus gondolja úgy, hogy nem tudunk jó életet élni, ha félünk a haláltól, de akkor sem, ha nem veszünk róla tudomást. Hiszen a halál eltüntetése – egy pszichoanalitikus fogalmat használva: elfojtása – csak ideig-óráig tarthat. Előbb-utóbb mindenkinek *szembesülnie kell* a halállal, tehát az „eltüntetés" nem működhet, ráadásul minden korábbinál drasztikusabb módon törhet rá az ilyen egyénre a halálfélelem. A pszichológusok és pszichiáterek a 20. század második felétől egyre nagyobb figyelmet fordítanak a halálfélelem jelenségére, mivel egyre több az olyan páciens, akik problémáinak hátterében ez áll, illetve vannak kifejezetten olyan terápiák is, amelyek ahhoz nyújtanak segítséget, hogy a halál közelében lévők értelmet találjanak a hátralevő hónapokban, hetekben (logoterápia, méltóságterápia – ezekre röviden kitérünk majd).

A halál tabusítása kihatott a COVID-19 világjárványra is: sokan képtelenek voltak elhinni, hogy az életük vagy akár hozzátartozóik élete veszélybe kerülhet, ami akár a járvány terjedését tovább növelő felelőtlen döntések sorához vezethetett. Másokon túlzott félelem lett úrrá, mindenhol veszélyt sejtettek. A pandémia alatt jóval több szó esett a halálról a nyilvánosságban, és számos embernek kellett elviselnie hozzátartozójának elvesztését, ugyanakkor, akik nem voltak közvetlenül érintve, azok a napi halálozási adatokra puszta számokként, a halál közelébe került emberek beszámolóira pedig egyéni szerencsétlenségként is tekinthettek. Arról, hogy Nyugaton a járvány hosszabb távon hogyan hatott a halálszemléletre, még korai bármit is mondani. Mindenesetre az ezredforduló utáni nyugati kultúrában vannak arra utaló jelek, hogy a haláltabu *oldódik* valamelyest. Folyamatosan bővül a tanatológiai, tehát a halál kérdésével foglalkozó szakirodalom és sorra jelennek meg olyan írások a témáról, amelyek szélesebb tömegeknek szólnak. Nemzetközi bestsellerré tudott válni például az *Elillanó lélekzet* című könyv, amely egy saját meghalására törekvő fiatal orvos utolsó időszakáról szól (Kalanithi, 2016). Vannak

olyan játék- és dokumentumfilmek, amelyek a halál komoly szemléletének jegyében készülnek. Világszerte működnek halálkávéházak, amelyekben csoportosan lehet megvitatni a halállal kapcsolatos kérdéseket (erről is szó lesz még). Bizonyos országokban élénk *közéleti polémiák* folynak az életvégi döntések kérdéseiről, Magyarországon – ahogy az előszóban is említettük – 2023-ban, az ALS-betegségben szenvedő *Karsai Dániel ügye* kapcsán indult meg komolyabb társadalmi diskurzus. Korábban is voltak olyan eutanázia-ügyek, amelyek felkavarták a magyar társadalmat. Említhető a *Binder-ügy*: 1993-ban Binder Györgyi végzett a súlyos, gyógyíthatatlan beteg, nagy szenvedéseket átélő tizenegy éves gyermekével, a gyermek kérésére. A 2000-es évek legelején a *Fekete Angyal-ügy* keltett figyelmet (ezzel alaposabban foglalkozunk majd). A Karsai-ügy azonban eddig nem tapasztalt, széleskörű vitákat indított el.

Természetesen attól, hogy egy államban bevezetik az eutanáziát és/vagy az asszisztált öngyilkosságot, még nem feltétlenül biztosított mindenki számára az emberhez méltó, jó halál. Ha egyáltalán beszélhetünk jó halálról. Geoffrey Scarre kortárs morálfilozófus szerint például a tiszta tudatállapot a halál közelében semmiképpen sem hozhat békés megnyugvást, nincs jó halál (Scarre 2012). Mások ezzel szemben úgy gondolják, hogy bizonyos feltételek, többek között a haldoklóval folytatott megfelelő kommunikáció mellett igenis lehetséges a jó, emberhez méltó halál (Chochinov 2014; Hegedűs 2017). Erről persze vitát lehet folytatni, de az biztos, hogy arra kell törekednünk, hogy minél inkább érvényesüljön az egyén autonómiája az életvégi döntések tekintetében is. Fontos, hogy legyenek valós döntési alternatívák, és például ne azért válassza a beteg az eutanáziát, mert úgy érzi, hogy természetes halál esetén méltatlan körülmények között kellene végigélnie élete utolsó időszakát. Egyértelmű, hogy az eutanázia bevezetésekor a hospice ellátást is fejleszteni kell. Ezekre a kérdésekre még visszatérünk, de most nézzünk meg röviden néhány, a halállal kapcsolatos filozófiai koncepciót.

# II. A HALÁL NÉHÁNY FONTOSABB FILOZÓFIAI ÉRTELMEZÉSE

Barcsi Tamás

## 1. GÖRÖG, RÓMAI ÉS RENESZÁNSZ GONDOLKODÓK A HALÁL ELFOGADÁSÁNAK FONTOSSÁGÁRÓL

A halál elfogadása és a jó élet közti összefüggés vizsgálata alapvető témája az ókori görög filozófiának. Közismert, hogy Szókratész (i. e. 470–399) nem foglalta írásba a gondolatait, de tanítványa, Platón (i. e. 427–347) a *Szókratész védőbeszéde* című művében – amely Szókratész peréről szól – nyilvánvalóvá teszi, hogy Szókratész nem félt a haláltól. Félni a haláltól a legnagyobb tudatlanság bizonyítéka (azt hinni, hogy tudjuk, amit nem tudunk), mivel „senki sem tudja, vajon a halál nem épp a javak legnagyobbikát jelenti-e az ember számára, ellenben úgy félnek tőle, mintha bizonyosan tudnák, hogy a legnagyobb szerencsétlenség." (Platón 2005, 83). De „nagy reménységünk" van arra, hogy *a halál jó*, hiszen ez vagy *nemlét* (egyfajta alvás, amikor a halott semmit sem érzékel), vagy *átmenet*, amikor a lélek erről a világról egy másikra költözik (Platón 2005, 108–112). Platón *Phaidón* című dialógusában a halálra készülő Szókratész *a lélek halhatatlansága* mellett érvel, és kifejti azt is, miért látja úgy, hogy az emberek közül a helyesen filozofálók számára a legkevésbé félelmetes a halál (Platón 1984, 1038). Ez azért van így, mert a filozófus a tiszta megismerésre vágyik, amelyet a test gátol, ezért el kell szakadnia a testtől és csak a lélekkel kell szemlélnie a dolgokat, ami tökéletesen az életben nem valósítható meg (Platón 1984, 1032–1039). A szókratészi-platóni szemlélet szerint tehát a filozófus szembenéz az élet végességével, de belátja, hogy az elmúlástól *nem kell félnie*.

Epikurosz (i. e. 341–270) és követői eltértek a platóni filozófiától, de azt ők is hirdették, hogy a helyes filozofálás a halálfélelem megszűnéséhez vezet. Az *epikureusok* azt vallották, hogy a lélek sem születé-

sünk előtt, sem halálunk után nem létezik, ezt tudomásul kell vennünk. Epikurosz így fogalmaz: „Szokd meg a gondolatot, hogy a halál nem tartozik ránk, mert mindaz, ami jó vagy rossz, az az érzékekben van. A halál viszont az érzékek megszűnése" (Epikurosz 2007, 334). A halál nem érinthet minket, hiszen, „amíg vagyunk, nincs a halál, amikor a halál bekövetkezik, már nem vagyunk" (Epikurosz 2007, 334).

A halálfélelemtől és a halhatatlanságba vetett hamis reménytől, illetve mindenféle zavartól és fájdalomtól való mentesség szükséges a boldogsághoz.

A *sztoikusok* az epikureusokkal szemben úgy látják, hogy a halál *jelen van az életben*, hiszen az embert folyamatosan foglalkoztatja saját halandóságának gondolata, így nem mondhatjuk, hogy a halál nem érint bennünket (ezt csak a halál-eseményről állíthatjuk, amit nem élhetünk át). A halál figyelmen kívül hagyása megakadályozza, hogy jól éljünk, ezért folyamatosan készülnünk kell a meghalásra (Hadot 2010). A sztoikusok feltételezik az isteni gondviselést (Long 1998, 189–235). Kozmikus perspektívából szemlélve a világot nem létezik rossz; amit a saját szempontunkból esetleg rossznak látunk, az is a jó elkerülhetetlen következménye, hiszen minden az egyetemes harmóniához járul hozzá. A sztoikus filozófia szerint az ember az egyetlen lény, amelyet a Természet értelemmel látott el, így az ember képes *univerzális szempontból* szemlélni a dolgokat, képes a Természet akaratát követni, de akár el is térhet ettől, ezért az ember vonatkozásában mégis beszélhetünk rosszról: amikor az egyén szándéka nem a Természet rendjével összhangban lévő, tehát erényes cselekedetek megtételére irányul.

A sztoicizmus az ókori Rómában is népszerű irányzat volt. Seneca (i. e. 4–i. u. 65), a neves római sztoikus gondolkodó sokat ír a halál kérdéséről, többek között két *Vigasztalás*ban és az *Erkölcsi levelek*ben. Seneca is arra utal, hogy a halál *közömbös* dolog, a hozzá való viszonyunk lehet jó vagy rossz. Azt persze el kell ismernünk, hogy a halál rossznak látszik, önmagunk szeretete, a létfenntartás ösztöne, az ismeretlentől való félelem miatt. Ezért *sok gyakorlattal* kell megkeményíteni a lelkünket, hogy közömbösnek tekintsük a halált, és bátran elviseljük közeledtét. Ebben a filozófia lehet segítségünkre, de Seneca is elismeri, hogy ez nem könnyű feladat. A filozófus szerint a *halál-eseménytől* nem kell tartanunk pillanat-jellege miatt. Továbbá nem

a haláltól, hanem a halál gondolatától félünk a közhiedelem miatt, tehát valójában szavaktól félünk, hiszen vádlói közül senki sem ismeri tapasztalatból a halált. Ahogy láttuk, erre utalt Szókratész is a *Védőbeszéd*ben. Seneca kiemeli, hogy mivel mindig a halál hatalmában vagyunk, így, ha félni kellene a haláltól, mindig félnünk kellene. A *fájdalommal* kapcsolatban az epikureusoktól veszi át azt a gondolatot, hogy a haldoklást kísérő fájdalomtól sem kell tartanunk, mivel a fájdalom vagy kibírható – hiszen megveti a köszvényes, elviseli a nő szülés közben –, vagy nem tart sokáig (Seneca 2002b, 106, 165–168, 185–186, 362–368, 435–436).

Montaigne (1533 – 1592), a neves francia esszéíró szintén sokat foglalkozik a halálhoz való viszony problémáival, és gyakran hivatkozik ebben a vonatkozásban (is) Senecára. Montaigne-re természetesen a vázolt szókratészi-platóni, epikureus és sztoikus halálfelfogás mellett a keresztény szemlélet is hatással volt. Az *Esszék* Első könyvében a XX. fejezet a következő címet viseli: *Bölcselkedni annyi, mint megtanulni meghalni*. A filozófia azért felkészülés a halálra – írja Montaigne – mert egyrészt lelkünket az elmélkedés kivonja belőlünk és ez némiképp a halál iskolája, másrészt a világ bölcsessége ahhoz segít hozzá, hogy megtanuljunk nem félni a haláltól. Montaigne elismeri, hogy a halál közelének elviselése *nem könnyű* (nem utolsósorban a halált félelmetesnek mutató rítusok miatt) még azoknak sem, akik felkészültek a halálra, hiszen egyszerre kell szembenéznünk életünk végével, és akár borzasztó szenvedéseket kiállni. De azt is írja, hogy *a természet átsegít* ezen is bennünket, hiszen ha az egészség megromlása miatt és nem hirtelen következik be a halál, akkor kialakul bennünk valamilyen természetes életmegvetés. Montaigne elfogadja, hogy a *fájdalom* valóban létezésünk leggonoszabb kísérőjelensége, de rajtunk múlik, hogy miként viseljük el: ha megszüntetni nem is tudjuk, erejét *gyengíthetjük* a megfelelő lelki hozzáállással, illetve erényekről tehetünk tanúbizonyságot. Montaigne is hangsúlyozza – Ciceróra hivatkozva – azt a Senecánál is gyakran olvasható epikureus eredetű gondolatot, hogy a heves fájdalom rövid, a hosszantartó pedig enyhe.[1] Másrészt azt

[1] A modern orvoslás által meghatározott korszakban ez az állítás már nem feltétlenül igaz, hiszen a nagy fájdalommal járó súlyos betegségben szenvedők életét

is kiemeli, hogy a halálra sem csak elmélkedéssel készülhetünk, hiszen valamiféle – ha nem is teljes – tapasztalatot is szerezhetünk róla: az alvás képességét, illetve az eszméletvesztéssel járó betegségeket, baleseteket említi, és leírja saját lovasbalesetét, ami megmutatta neki a halál ábrázatát és megbékítette vele. A *reménnyel* kapcsolatban Montaigne megjegyzi, hogy az ember mindenáron arra törekszik, hogy meghosszabbítsa a létét (a név dicsősége is erre szolgál ebben a világban), mindenben reményt, vigasztalást keres. A lélek halhatatlanságáról azonban csak ingatag vélemények vannak, amelyeket a halhatatlanság állapotáról szóló mesékkel egészítettek ki. El kell ismernünk, hogy a halhatatlanságot az emberi ész képtelen igazolni, hogy igazságát Istennek köszönhetjük, így csak hihetünk benne (Montaigne 2013, I. kötet, 61–69, 92, 103–104, II. kötet 48–56, 253–258).

## 2. MODERN ÉLET- ÉS EGZISZTENCIÁLFILOZÓFIÁK A HALÁL ÉS A JÓ ÉLET ÖSSZEFÜGGÉSEIRŐL

A modern, 19-20. századi élet- és egzisztenciálfilozófiai koncepciók közös eleme a „saját halál" jelentőségének hangsúlyozása. A legtöbb *életfilozófiai* elméletben a „*saját halál*" a magas szintű individualizálódással, a „*saját élet*" megalkotásával, az önmegformálással áll összefüggésben. Arthur Schopenhauer (1788–1860) felfogása nyilvánvalóan *kivételt* képez, álláspontja szerint a „saját halál" lehetősége éppen *az individualitás leépítésében* rejlik. Az önmagunktól való elfordulás vezethet a Másik felé forduláshoz, a szeretet gyakorlásához, de ennél is van magasabb szint, az erényből az aszkézisbe való átmenet, amikor önmagunk megtagadásán keresztül az életakaratot tagadjuk meg, és örömmel várjuk a halált. Schopenhauer szerint a halálfélelem a vak életakaratból ered, amely valójában elpusztíthatatlan, de áldozatul esik annak az illúziónak, hogy léte az egyéni létezővel együtt elvész. Az életakarat halhatatlanságának belátásához legközelebb a lélekvándorlást hirdető tanok jutottak, így a platóni

gyakran meghosszabbítják az orvosi technológiák segítségével. Ugyanakkor a fájdalomcsillapítási technológiák is fejlődnek.

idea-tan, illetve a hinduizmus és a buddhizmus, de Schopenhauer ezeket is kritizálja (a buddhizmust a legkevésbé), hiszen nem az egész lélek, a megismerő lény, hanem csak az akarat elpusztíthatatlanságáról kell beszélnünk. A halál-esemény mint a szervezet működésének megszűnése nem félelmetes, írja Schopenhauer, és olyan gondolatokat is megfogalmaz, amelyeket az epikureusoknál, a sztoikusoknál, illetve Montaigne-nél is olvashatunk: mivel a halál csak az eszméletet érinti, ezért a halál csupán az a pillanat, amikor az eszmélet megszűnik, ebben nincs semmi félelmetes, ezt az elalvás vagy az ájulás alapján állíthatjuk (Schopenhauer 2001, 211–267; Schopenhauer 2002, 337–350, 441–489).

Az *egzisztenciálfilozófiai* megközelítésekben válik nyilvánvalóvá, hogy a halálhoz való viszonyulás meghatározó módon befolyásolja azt, ahogy az életünket éljük. Søren Kierkegaard (1813–1855) szembeállítja az önmegalkotásra képtelen esztétikai életstádiumban élő embert az etikai életstádium Önmagát választásaival létrehozó emberével, akinek a halál, az előbbivel ellentétben, nem csupán egy külső esemény (az esztétikai és az etikai életstádiumról: Kierkegaard 2005). *Egy sírnál* című írásában a dán filozófus megkülönbözteti a halál *komoly gondolatát* a halállal kapcsolatos „*tréfával*". Az utóbbihoz tartozik a halál minden olyan szemlélése, amelyben a szemlélő önmagát *nem gondolja együtt* a halállal. Kierkegaard ebben a vonatkozásban említi többek között az epikureus felfogást, tehát ha azt állítjuk, hogy a halál nem tartozik ránk, de tréfa az is, amikor az ember úgy gondol a halálra, mint ami az emberi nem sorsa és nem pedig az övé. Tréfa a hirtelen halálra mint szerencsére tekinteni (ez főként a modern emberre jellemző), illetve általában a halálra mint a legnagyobb szerencsére vagy szerencsétlenségre gondolni. Tréfának tekinthető vágyni a halálra, alvásként meghatározni azt, egy olyan állapotként, ahol végre nyugalomban leszünk, mivel ez az élettől való félelem jele. Kérdés persze – tehetjük hozzá –, hogy vajon mennyire vádolható az élettől való félelemmel Szókratész? Esetében megvolt az oka, hogy miért nem szökött meg a börtönből: a Jónak megfelelő cselekvés, amelytől a halál sem térítheti el. Kierkegaard szerint elvetendő továbbá az érzéki ember gyáva életvágya is, akivel a halál azt mondatja: „együnk, igyunk, holnap úgyis meg kell halnunk". Aki

komolyan viszonyul a halálhoz, az valóban *a saját sorsaként* gondolja el a halált és *ez alapján alakítja az életét*. Megérti, hogy a halállal mindennek vége, tisztában van a halál döntő jellegével, lényegi megmagyarázhatatlanságával, meghatározhatatlanságával (Kierkegaard 2001, 272–303 ).

A saját élet kialakítását lehetetlenné teszi a halálfélelem, ahogy az is, ha a halálfélelem következtében a halál elfedésére törekszünk – ez nyilvánvalóvá válik Martin Heideggernek (1889–1976) a *Lét és idő*-ben kifejtett halálértelmezéséből. Itt azt olvashatjuk, hogy a *jelenvalólét* (Dasein) *halálhoz viszonyuló létként* (Sein zum Tode) ragadható meg. A halál a jelenvalólét legsajátabb és vonatkozásnélküli lehetősége, ami azt jelenti, hogy a halált a jelenvalólétnek mindenkor magának kell magára venni, eloldódva a többi jelenvalóléthez fűződő valamennyi vonatkozásától. A halál legvégső (tehát meghaladhatatlan), továbbá bizonyos és meghatározatlan lehetőség, amely azt jelenti, hogy a halál bármelyik pillanatban lehetséges (Heidegger 2001, 298–300). Heidegger megkülönbözteti *a véghez viszonyuló mindennapi létet* (az „akárki", „das Man" viszonyát a halálhoz, amely a fecsegésben kimondott közfelfogásban konstituálódik) és *a halálhoz viszonyuló tulajdonképpeni létet*. Az előbbire a halál elfedése jellemző, amikor az ember elhiteti magával, hogy a halál nem őt érinti, az „akárkit" ragadja el, tisztában van ugyan a halál „empirikus" bizonyosságával, tud a halálról, csak éppen saját halálában bizonytalan: „a halál bizonyosan eljő, de egyelőre még nem" (Heidegger 2001, 299–300). Az „akárki" halálhoz való viszonyára jellemző *a halál elől való menekülés* vagy kitérés. A halálhoz viszonyuló tulajdonképpeni léthez kapcsolódik Heideggernél *a halálba való előrefutás* (Vorlaufen) fogalma, amely a legsajátabb, legvégső lenni tudás megértésének lehetőségét jelenti (Heidegger 2001, 302–310). Heidegger rámutat, hogy a jelenvalólét e magamegértéséhez szükségszerűen hozzátartozik a *szorongás*. Ezt a szorongást a halálhoz viszonyuló mindennapi lét halálfélelembe fordítja át, majd ezt legyűrve nyilvánvalóvá válik a szorongással szembeni gyávasága.

*„Az akárki nem engedi, hogy bátran vállaljuk a haláltól való szorongást. […] Az akárki gondoskodik arról, hogy ez a szorongás egy bekövetkező*

*eseménytől való félelembe forduljon át. A félelemként kétértelművé tett szorongást ezenfelül olyan gyengeségnek tartja, amelyet egy magabiztos jelenvalólétnek nem szabad ismernie. Az akárki ki nem mondott dekrétumának megfelelően az az „illendő", hogy közönyös nyugalommal vegyük tudomásul azt a „tényt", hogy az ember meghal. E „fölényes" közöny kialakítása elidegeníti a jelenvalólétet legsajátabb, vonatkozás nélküli lenni-tudásától*" (Heidegger 2001, 295).

Heideggernél az *elhatározottság* a jelenvalólét tulajdonképpeni lenni tudását, az Önmagához elérkezett jelenvalólétet jelenti. Az elhatározottság csak előrefutó elhatározottságként lehet tulajdonképpeni, azaz mint *véghez viszonyuló megértő lét* (Heidegger 2001: 353–360).

Ha Heidegger filozófiáját tekintjük irányadónak a halál-probléma értelmezése kapcsán, akkor nem elégedhetünk meg azzal az állítással, hogy a „saját halál" az egyénileg megformált élet, tehát a „saját élet" következménye, és nem is csak arról van szó, hogy a halál az élet részét képezi. A legfontosabb felismerés: *a halálhoz való viszonya alapjaiban határozza meg az egzisztenciát*. Ha az egzisztencia saját halálához „tulajdonképpeni" módon viszonyul (tehát megérti a halál egzisztenciális jelentőségét), és ennek megfelelően alakítja az életét, akkor a saját életét éli. A halálhoz való „tulajdonképpeni" viszonyként meghatározott „*saját halál*" tehát *nem következménye* a „saját életnek", hanem *alapvető feltétele* annak. Amíg a halálfélelem (mivel ezt elfedéssé, a halállal kapcsolatos közönnyé fordítjuk át) kizárja, addig a haláltól való szorongás bátor vállalása, tehát a halál saját egzisztenciális lehetőségként való megértése lehetővé teszi a saját életet, önmagunk valódi megalkotását.

## 3. A HALÁLHOZ VALÓ SAJÁT VISZONY KIALAKÍTÁSÁVAL KAPCSOLATOS KÉTELYEK

Vannak olyan gondolkodók, akik nem látják értelmét a halálról való filozofálásnak, vagy megkérdőjelezik a halálhoz való saját viszony kialakításának lehetőségét. Előfordul az is, hogy egy életművön belül találunk a fent vázolt tradícióhoz kapcsolható és azt kritizáló néze-

teket. Erre jó példa Montaigne. Az *Esszék* harmadik kötetében olvasható *Az arcvonásokról* című írás egyik fő témája a filozófia és a halál kapcsolata, azonban itt Montaigne radikálisan *más álláspontot* képvisel, mint az első kötet XX. fejezetében, hiszen megkérdőjelezi a halálról való filozofálás, az ilyen tárgyú filozófiai művek tanulmányozásának és általában a halálra való felkészülésnek a fontosságát, és *az egyszerű, természetes halál eszményét* fogalmazza meg. Szókratészt ezúttal is követendő példaként említi, mivel

> *„Szókratész is arra tanít, hogy ami kell, az bennünk van, megtalálásának és használatának módjával együtt. […] Szálljunk magunkba: meg fogjuk találni a természet igazi érveit a halál ellen, amelyek leginkább szolgálatunkra lehetnek a szükségben; ezeknek köszönhető, hogy egy paraszt és egész népek éppoly állhatatosak a meghalásban, mint egy filozófus"* (Montaigne 2013, 282–283).

Itt Montaigne még arra a kettősségre utal, amit korábban is képviselt: a filozófia útján és a természetet követve is részünk lehet a méltó halálban. Azonban az előbbi lehetőséget, a halálról való előzetes elmélkedést a következő mondatokban már kifejezetten elveti, mivel úgy véli, hogy a tudomány sokszor kifejezetten árt, mert a kellemetlenségek súlyosságát még jobban a képzeletünkbe vési (ezáltal gyógyítás címén megmérgez), vagy csak egyszerűen haszontalanok a halállal foglalkozó filozófiai művek, „furfangok"-nak, „megtévesztő, szószátyár ravaszkodás"-nak nevezi ezeket (Montaigne 2013: 283). Montaigne szerint egy paraszt sokkal bölcsebben viszonyul a halálhoz, és ezáltal közelebb van Szókratészhez, mint az, aki filozófiai elmélkedésekkel vértezi föl magát a halál ellen. A parasztok az élettel és nem a halállal foglalkoznak Montaigne szerint, de nem filozófiai belátások következményeképpen, hanem mert nem távolodtak el annyira az állati léttől, tudatlanságuk erény.

Ezzel kapcsolatban megjegyezhetjük, hogy a filozofálás valóban jelentheti a halál elfedését azáltal, hogy a filozófus lényegtelen álproblémákat vizsgál és nem szembesül ténylegesen a halál problémájával. Szókratész és az egyszerű emberek párhuzama csak akkor áll meg, ha nem az állati tudatlanságot eszményítjük, hanem a természetes ész-

használatot, amely reflektál a világra, így a halál kérdésére, de belátja tudása korlátozott voltát is. Van olyan kritikai meglátás, miszerint éppen a sztoikusok „görcsös" felkészülése akadályozza meg az embert, hogy a saját életét élje, mivel ezzel túlságosan „közelre" hozza az univerzális eseményként értett halált, amely minden ellenkező szándék dacára hozzájárulhat a halálfélelem fokozásához (Csejtei 2002, 171–172). Montaigne az *Esszék* végén lényegében ezeket az ellenvetéseket fogalmazza meg a filozófiai felkészülés ellen. A sztoikus szemlélet hiányosságaiból ugyanakkor nem az a következtetés adódik, hogy egyáltalán nem kell a halállal foglalkoznunk, hanem éppen ellenkezőleg, pontosabban kell tisztáznunk azt, mit is jelent „megtanulni meghalni".

A szókratészi–platóni és a sztoikus felfogás nagy jelentőséget tulajdonít a halál közeledtekor tanúsított viselkedésnek, Seneca is ezt képviseli, hiszen ekkor derül ki, hogy a halálra való felkészülésünk sikeres volt-e, hogy tudunk-e meghalni (Seneca 2002b, 173–174.) A „könnyű" halál a félelemmentes, emberhez méltó módon, bátran viselt halál előtti időszakot, haldoklást jelenti. Friedrich Nietzsche (1844–1900) az *Emberi, nagyon is emberi* című könyvének II. kötetében viszont arról ír, hogy nincs jelentősége, milyen módon halunk meg, vagy éppen miként viselkedünk a halálunk előtt, a meghalást nem tekinthetjük az élőről szóló tanúságtételnek, hiszen például öreg emberek halálakor „az agy szabálytalan vagy elégtelen táplálása", a fájdalmak, az állapot újszerűsége ezt nem teszi lehetővé (Nietzsche 2012, 38).

A Nietzsche által megfogalmazott gondolatokra reagálva érdemes használni a „*saját meghalás*" fogalmát. „Saját életen" a halálhoz való saját viszony alapján megformált „autentikus" életet értettük. A „saját meghalás" a „saját élet" részeként értelmezhető, az élet utolsó periódusára vonatkozik, arra, hogy azt az egyén *a saját választásán alapuló módon, környezetben* éli meg. Abban igazat adhatunk Nietzschének, hogy az élet utolsó szakaszának megalkotására sokszor nincs lehetőség, nem csak a Nietzsche által felsorolt okok miatt, hanem azért sem, mert egy magatehetetlen, végstádiumú beteg teljesen kiszolgáltatott a körülötte lévők jó szándékának (hogy figyelembe veszik-e a kéréseit, vagy sem), illetve ha valaki egy balesetben, hirtelen hal meg, eleve nem beszélhetünk életvégi döntésekről. A saját meghalás feltételezi a halálra való várakozás hosszabb-rövidebb időszakát, illetve ezalatt

(vagy legalább ennek egy részében) az alapvetően normális tudatműködést és az egyénre jellemző gondolkodásmód meglétét. A saját meghalás azon érett személyiségű emberek lehetősége, akik a halál közelében is, ameddig tudják, megpróbálják kiteljesíteni önmagukat. Ezt semmiképpen nem célszerű idealizálni, mivel inkább küzdelemként jellemezhető. A halál közelében még azt is, akinek nem a halálfélelem és a halál eltüntetése határozta meg az életét, megrohanhatja a félelem, vagy éppen úrrá lehet rajta az értelmetlenségérzés, de egy ilyen ember mindenesetre nagyobb eséllyel békél meg a helyzetével és próbál meg értelmet találni a rá váró néhány hétben vagy napban.

Jean-Paul Sartre (1905–1980), Heideggerrel szemben, a halált nem legsajátabb lét-lehetőségként, nem „egy dallam záróakkordjaként" fogja fel, hanem az emberi léten kívülálló, véletlenszerű, *sajáttá nem tehető abszurd dologként*. A halál minden lehetőségem semmítéseként ragadható meg, amely már nem része az én lehetőségeimnek – állítja Sartre. A saját halálunknak nem adhatunk értelmet, hiszen csak a jövő képes „megerősíteni vagy megcáfolni a magamról felvázolt jelentést" (Sartre 2006, 627, 631). Sartre úgy látja, hogy értelmetlen a halálra várakozni, hiszen az mindig érkezhet előbb, mint amilyen időpontra várnánk, csupán számolhatunk vele (Sartre 2006, 628). Sartre részéről ez nem lehet jogos kritika Heideggerrel szemben, hiszen a német filozófus is problémásnak tartja, ha a halált megpróbáljuk uralni, rendelkezni akarunk felette, bevonjuk a valóságosba: ide tartozik a halálra való gondolás (arra, hogy mikor és milyen módon valósulhat meg), vagy az arra való várakozás (Heidegger 2001, 303–304).

A halálhoz való egzisztenciális viszony kialakítása tényleg nem lehet egyenlő a halál módjával és körülményeivel való foglalkozással, hiszen ezen „technikai" kérdések megválaszolása nem jelenti szükségszerűen azt, hogy az embert a haláltól való bátor szorongás jellemzi, hogy életét a halál egzisztenciális jelentőségének megértése alapján éli. Viszont a halállal kapcsolatos „technikai" kérdések magától értetődően felmerülnek az életét a saját halálához fűződő egzisztenciális viszony alapján élő egyénben is, főként idős korában és/vagy súlyos, végstádiumú betegen, ez az önmeghatározásának részét képezi, az ilyen kérdésekre adott válaszok „saját meghalásának" részét alkotják. A halál uralásáról valóban nem lehet szó, bárhogy is

„határozunk" saját halálunkról, bármikorra is „várjuk" azt, semmi biztosíték nincs arra, hogy elgondolásaink teljesülnek (annak, aki öngyilkosságot akar elkövetni, nem biztos, hogy sikerül meghalnia úgy, ahogy azt eltervezte; aki eutanáziát kér, mert ezt gondolja méltó halálnak, talán a kitűzött időpont előtt természetes módon hal meg). Ha a halálesemény bizonytalan bizonyosságát, *uralhatatlanságát* értjük a halál abszurditása alatt, akkor nevezhetjük a halált abszurdnak. Azonban ha a halálra mint valami külső, sajáttá nem tehető abszurd dologra tekintünk, ez megfoszt bennünket attól, hogy életünket a halálunk figyelembevételével alakítsuk, hiszen egy külső, abszurd dolog félelmet kelt bennünk, amit igyekszünk elfojtani.

A fentiekben röviden áttekintettük annak a nyugati filozófiai tradíciónak néhány fontos vonatkozását, amely szerint halandóságunk tényleges elfogadása, a halálról való gondolkodás, a halálfélelmünk csökkentése a jó élet feltétele, ugyanakkor szót ejtettünk e tradíciót kritizáló álláspontokról is. Modern egzisztenciálfilozófiák nyomán a halálhoz való saját, egzisztenciális viszony kialakításának fontosságára hívtuk fel a figyelmet, heideggeri alapú, azt némileg módosító szemléletet képviselve (természetesen az olvasón múlik, hogy elfogadja-e ezt a felfogást). A halállal kapcsolatos filozófiai nézetek a témával kapcsolatos *pszichológiai, pszichoterápiás koncepciókra* is hatottak. Itt most csak a neves amerikai pszichiáter, Irvin D. Yalom által kidolgozott egzisztenciális pszichoterápiára utalunk. A *megsemmisüléstől való félelmet* Yalom szerint pontosabb *szorongásnak* nevezni, ez mindig ott van az emberben kisebb vagy nagyobb mértékben, és általában nem tudatosodik.[2] A halálszorongást Yalom az emberi lét meghatározó tényezőjének, a legalapvetőbb, legerősebb szorongásnak tekinti. Amennyiben *a halálszorongást elfedi* a pszichológiai elhárító mechanizmus (túl)működése, a terapeutának fel kell tárnia a tünetek mögött meghúzódó valódi problémát. Ha *nyilvánvalóvá válik* (vagy eleve nyilvánvaló) a halálszorongás elhatalmasodása, akkor a terapeutának segítséget kell nyújtania ennek átdolgozásához: a páciensnek meg kell értenie, hogy *a saját élete végességével való szem-*

[2] A szorongásnak a félelemmel szemben nincs konkrét tárgya, ugyanakkor a szorongás arra törekszik, hogy félelemmé váljon, valamilyen konkrét tárgyat találjon (Yalom 2019, 59–67).

*benézés* hozzásegítheti őt egy tudatosabb, teljesebb élethez. Yalom hangsúlyozza: „Jóllehet az egzisztenciális terapeuta is csökkenteni kívánja a túlzott, bénító szorongást, nem célja annak teljes megszüntetése. Szorongás nélkül nem lehet élni és a halállal sem lehet szembenézni. A szorongás […] megmutathatja az autentikusabb élethez való utat." (Yalom 2019: 231) Ezek a gondolatok erősen a *Lét és idő* halál-értelmezésének hatását mutatják (ugyanakkor Yalom koncepciója filozófiai szempontból nem mentes az ellentmondásoktól, erről lásd: Barcsi–Farkas 2023).

A következő részben a „saját meghalás" kérdése kerül előtérbe: az életvégi döntések által felvetett főbb morális kérdéseket tárgyaljuk az emberi méltóság tiszteletének elvéből kiindulva.

# III. AZ EMBERI MÉLTÓSÁG TISZTELETE ÉS AZ ÉLETVÉGI DÖNTÉSEK

Barcsi Tamás

## 1. VITÁK AZ ÉLETVÉGI DÖNTÉSEKKEL KAPCSOLATOS FOGALMAKRÓL

Az *eutanázia* szó a görög eu (jó) és thanatosz (halál) kifejezésekre vezethető vissza. Eutanázián általában *egy gyógyíthatatlan, súlyos szenvedéseket átélő beteg ember szándékos halálba segítését* vagy *halni hagyását* értik, de ahogy látni fogjuk, vannak, akik ennél *szűkebben* határozzák meg a fogalmat, mások *tágabban*, mert indirekt magatartásformákat is eutanáziának neveznek. Az egyértelmű, hogy eutanáziáról csak akkor beszélhetünk, ha végrehajtója *a beteg érdekében* cselekszik. Azokban az államokban, ahol elfogadott az eutanázia, ezt orvos végezheti el legálisan. Egyre több államban engedélyezik az ún. *orvos által asszisztált öngyilkosságot*, ebben az esetben a szintén gyógyíthatatlan és súlyos szenvedéseket átélő beteg kérésére az orvos segítséget nyújt öngyilkosságának elkövetéséhez (pl. halált okozó szert bocsát a beteg rendelkezésére).

A definíciókról *viták folynak*, ezek részleteibe itt nem megyünk bele, de azért rámutatunk néhány főbb kérdésre. Kovács József a hazai orvostudományi karokon használt bioetikai tankönyvében megkülönbözteti *az aktív és a passzív eutanáziát*. Az előbbi esetben az eutanázia végrehajtója tesz valamit azért, hogy a beteg életét megrövidítse (pl. intravénásan kálium-kloridot ad a betegnek), az utóbbinál pedig az eutanázia végrehajtója elmulaszt megtenni valamilyen beavatkozást (amelynek alkalmazása egyébként kötelessége lenne) a beteg életének megmentése, fenntartása érdekében. A betegnek az életvégi döntésben való részvétele alapján beszélhetünk *önkéntes és nem önkéntes eutanáziáról.* Az utóbbi esetben a beteg kora vagy állapota miatt akaratnyilvánításra nem képes és mások döntenek he-

lyette. Vannak, akik beszélnek *kényszer-eutanáziáról* is (amely cselekmény elutasításáról morális konszenzus van), amikor a beteget úgy részesítik eutanáziában, hogy bár akaratnyilvánításra képes állapotban van, nem kérik beleegyezését, vagy megkérdezik a beteget, aki elutasítja az eutanáziát, de azt ennek ellenére végrehajtják (Kovács 1999, 404–405).

A *kényszer-eutanázia* meglehetősen *problémás fogalom*. Mondhatjuk ugyan, hogy a cselekvés végrehajtója ekkor a beteg érdekében cselekszik, bár nyilvánvalóan a vélt érdeke alapján (tehát aszerint, amit ő a beteg érdekének gondol). Azonban kérdéses, hogy a beteg érdekéről szó lehet-e egyáltalán, hiszen a beteg akaratáról a cselekvő nem bizonyosodik meg, vagy éppen azzal ellentétesen cselekszik, és itt olyan súlyú döntésről van szó, amely esetben az akaratnyilvánításra képes beteg akarata nem hagyható figyelmen kívül. A *Fekete Angyal-ügyben* egy 2001-ben letartóztatott magyar ápolónő számos beteg halálához járult hozzá a Nyírő Gyula Kórházban, mert nem bírta nézni a szenvedéseiket. A betegek között voltak olyanok, akik képesek voltak még arra, hogy kinyilvánítsák akaratukat, de F. Tímea nem kérte a hozzájárulásukat. Nem egyértelmű, hogy hány elhalálozott beteg volt érintett ebben az ügyben: az ápolónő beismerő vallomásában negyven olyan esetet említett, amikor orvosi engedély nélkül adott be injekciót betegeknek, akik ezt követően hamarosan meghaltak, de később többször módosította a vallomását, és ennél kevesebb esetről számolt be (a szakértői vizsgálatok szerint sem járulhatott hozzá ennyi beteg halálához). Volt, amikor tagadta a cselekmények elkövetését. Kérdés persze az is, hogy F. Tímea a betegek szenvedését akarta-e csökkenteni a beadott szerekkel, tudva azt, hogy ezzel siettetheti a betegek halálát is (ez az ún. aktív indirekt halálba segítés, amiről szintén vita van, hogy eutanáziának minősül-e vagy sem), vagy szándékosan a halál bekövetkezését akarta előidézni. Ez esetről esetre is változhatott. Az ítélet szerint volt, akinek kálium injekciót adott be, amely azonnali halált okozott, másoknak morfiumot, amely halálhoz is vezethetett, de használt olyan szereket is, amelyek beadása és a halál bekövetkezése között nem volt bizonyítható az ok-okozati kapcsolat. Az első fokon eljáró bíróság F. Tímeát emberölés bűntettében, több emberen elkövetett emberölés kísérletében és foglalkozás körében

elkövetett szándékos veszélyeztetésben találta bűnösnek és kilenc évi fegyházra ítélte, emellett eltiltotta az ápolónői foglalkozástól. Az ítélet indokolásában a bíróság azt hangsúlyozta, ebben az ügyben nincs szó eutanáziáról. A másodfokú bíróság F. Tímea büntetését tizenegy év fegyházra módosította (Sándor 2019).

Előfordulnak ugyanakkor morálisan nehezen megítélhető esetek is. Érdemes felidézni Michael Haneke *Szerelem* (2012) című, két idős ember életének utolsó időszakát bemutató remekművét. Amikor az agyvérzés miatt egyik oldalára lebénult Anne hazatér a kórházból, megkéri a férjét, hogy semmiképpen ne vigye vissza oda. Georges nem biztos benne, hogy ez valóban helyes, de aztán tiszteletben tartja Anne kérését, önfeláldozóan ápolja őt otthon, hiába próbálja rábeszélni a lányuk arra, hogy vigyék be az ilyen betegeknek megfelelő ellátást nyújtó intézménybe Anne-t. Azzal viszont nem tud mit kezdeni Georges, amikor a tolókocsiban ülő felesége kimondja, hogy nincs értelme tovább élnie. Később aztán Anne már csak nehezen tud beszélni, és legtöbbször nem lehet érteni, mit szeretne. Az azonban egyre nyilvánvalóbbá válik Georges számára, hogy a felesége valóban nem akar tovább élni, de ezt még mindig nem tudja elfogadni: beleerőlteti a folyadékot, amikor ezt Anne kiköpi, pofon vágja, aztán elszégyelli magát és bocsánatot kér tőle. Egy este, amikor Anne már nagyon rossz állapotban van, és csak azt ismételgeti, hogy „fáj", Georges egy történet elmesélésével először megnyugtatja, majd párnát nyom az arcába és megöli őt. Georges éppen a fürdőszobában volt, amikor meghallotta felesége kiabálását, így nyilvánvalóan nem határozta el előre, hogy azon az estén véget vet Anne szenvedéseinek, mégis megtette, ami arra utal, hogy magában eljutott oda, hozzá kell segítenie Anne-t a távozáshoz.

Georges Anne halálba segítésekor kényszert gyakorolt? Valóban nem kérte közvetlenül a halálba segítés előtt Anne beleegyezését. Persze az sem egyértelmű, hogy akaratnyilvánításra képes állapotban volt-e akkor Anne. A fő kérdés: Georges vajon Anne akarata ellenére hozta meg a döntését? Ezt nem mondhatjuk, hiszen Anne korábban szavakkal és szavak nélkül is tudtára adta a férjének, hogy meg akar halni. Georges nyilvánvalóan nem azért öli meg Anne-t, mert szabadulna tőle; vállal minden nehézséget, ami felesége ápolásával

jár, és mindenkinél jobban szereti őt. Éppen a szerelme készteti erre a lépésre: úgy cselekszik, ahogy a felesége kérte, cselekedete szerelmének bizonyítéka. Lehet, hogy nem ért egyet a halálba segítéssel, mégis megteszi, mert ráébred arra, hogy akkor szereti igazán a feleségét, ha azt teszi, amit ő akar (éppen ezért nem viszi kórházba sem). Georges a francia törvények szerint bűncselekményt követett el, de érvelhetünk amellett, hogy morális értelemben mégis helyesen cselekedett. Szerelme készteti arra is, hogy elutasítsa a temetés megrendezését, mert tudja, hogy felesége hozzá hasonlóan viszolyog a konvencionális szertartásoktól, ahol a meghívottak unatkoznak vagy éppen nevetgélnek (mint egy barátjuk bizarr temetésén, amelyről Georges mesél a már beteg Anne-nek). A lezárt hálószobát jelöli ki Anne nyughelyéül, bár nyilván tudja, hogy ez csak ideiglenes nyughely lesz. Ünneplőruhába öltözteti felesége holttestét, virágszirmokat helyez rá. „Anne halála után Georges azzal, hogy hermetikusan lezárja közös hálószobájukat, és így mumifikálja Anne-t, saját szerelmüket zárja le, falazza be. Georges és Anne szerelme kettejük otthona, ahová másnak nincs belépés" – írja Stőhr Lóránt filmesztéta (Stőhr 2013, 937). Georges hamarosan követi feleségét a halálba.

A szakirodalomban találunk olyan véleményeket, amelyek szerint *eutanáziának* csak *a beteg önrendelkezésén alapuló halálba segítés* minősül. A nem önkéntes beavatkozások e szerint eleve nem tekinthetők eutanáziának, de önkéntes passzív eutanázia sincs, hiszen az életmentő és életfenntartó kezelésekről való lemondással az önrendelkezését gyakorló beteg akaratának tiszteletben tartása esetén az orvos (vagy más személy) sem közvetlenül, sem közvetve nem oka a halál bekövetkezésének (Jakab 2011, Hegedűs 2011). Számos orvos fogadja el ezt a szemléletet, de Vadász Gábor, aki hosszú évtizedekig volt gyakorló orvos, az aktív és a passzív eutanázia, illetve a kényszer-eutanázia fogalmát is használta írásaiban. Vadász ugyanakkor felhívta a figyelmet, hogy passzív eutanáziának azt a magatartást kell tekinteni, amikor „meglévő javallat ellenére, az élet megrövidítésének céljából mellőzik a gyógykezelést", tehát nem tartozik ide (többek között) az orvosilag hasztalan kezelés mellőzése (Vadász 2011, 187). Abban lényegében *nincs vita, hogy a hasztalan kezelés mellőzése nem eutanázia*, mint ahogy általában akkor sem beszélnek eutanáziáról,

amikor az orvos szándéka a beteg szenvedésének csillapítására irányul, és ez vezet előre látott, de nem kívánt módon a halál bekövetkezéséhez, de vannak, akik használják az *indirekt eutanázia* fogalmát (lásd pl. Élő–Zubek 2011, illetve könyvünk V. részében is előkerül még e fogalom). Szakértők megfogalmaztak olyan álláspontot is, mely szerint az orvosi technológia fejlettsége problémássá teszi az aktív és a passzív eutanázia megkülönböztetését a gyakorlatban, így például *a lélegeztetőgép kikapcsolásának* (a kapcsoló elfordításának) *értelmezéséről* is vitát lehet folytatni. Még ha azt is mondjuk, hogy ebben az esetben logikusabb passzív eutanáziáról beszélni, mert egy életfenntartó kezelés megszüntetéséről van szó, a cselekmény büntetőjogi értelmezése szempontjából nem ez számít, hanem az, hogy büntetőjogilag tevékenységről vagy mulasztásról kell-e beszélnünk. Arról, hogy a respirátor kikapcsolását tevékenységként vagy mulasztásként értelmezzük-e, a büntetőjogászok között is vita van (lásd erről: Filó 2011).

Vannak olyan gondolkodók, akik szerint erkölcsi szempontból nem tehetünk különbséget aktív és passzív eutanázia között, Rachels sokat idézett (és kritizált) elméletében úgy érvel, hogy azért *nem tehető különbség*, mert az eutanázia végrehajtójának *szándéka és tettének következménye* mindkét esetben *ugyanaz*: a beteg szenvedéseinek megszüntetése, illetve a halál bekövetkezése. Így vagy el kell fogadnunk az eutanázia mindkét végrehajtási módját, vagy el kell utasítanunk azokat attól függően, hogy miként vélekedünk: lehet-e olyan helyzet, amikor valakinek érdekében állhat a saját halála? (Az elméletről és kritikájáról lásd: Kovács 1999, 405–418.) A szakirodalomban találunk olyan nézetet is, amely szerint az orvos által asszisztált öngyilkosság is az eutanázia egyik változata (pl. Vadász 2011), de ez kisebbségi álláspont, a legtöbben ezt megkülönböztetik az eutanáziától.

Nem részletezve tovább a terminológiai vitákat, ebben a részben *eutanázián* kizárólag a *súlyos és gyógyíthatatlan betegségben szenvedő ember – kérésére végrehajtott – halálba segítését* értjük (ekkor tehát a végrehajtó aktív cselekvése vezet a halál bekövetkezéséhez), mert arról a fent idézett bioetikusok között egyetértés van, hogy ezt eutanáziának kell neveznünk. Mivel minden további esetben már vita van, ezért a súlyos és gyógyíthatatlan betegségben szenvedő ember érde-

kében végrehajtott további magatartásmódok esetén kerüljük az eutanázia kifejezést és nem önkéntes halálba segítésről, életfenntartó és életmentő kezelések visszautasításáról, továbbá az akaratnyilvánításra képtelen betegek életfenntartó és életmentő kezelésének megvonásáról beszélünk, illetve az orvos által asszisztált öngyilkosság fogalmát is használjuk.

## 2. AZ EMBERI ÉLET SZENTSÉGÉNEK KÜLÖNBÖZŐ ÉRTELMEZÉSEI

Az életvégi döntések kapcsán gyakran állítják szembe az *életszentség* elvét az *életminőség* elvével. Aki az előbbit képviseli (pl. egy keresztény ember), úgy gondolja, hogy az élet szent és sérthetetlen, bármilyen szenvedéseket él át az egyén, nem választhatja az öngyilkosságot, illetve nem kérhet segítséget élete kioltásához. Aki viszont az életminőség elve alapján gondolkodik, úgy véli, hogy az élet nem önmagában értékes, ha a szenvedések felülmúlják az örömöt, az egyén választhatja az öngyilkosságot és kérhet segítséget élete befejezéséhez (Kovács 1999, 401–403). A sztoikusok azt vallották, hogy megengedhető az öngyilkosság akkor, ha az élet már nem élhető emberhez méltó módon. A sorscsapásokat, a fájdalmat ugyan bátran kell viselnünk, hiszen nem az számít, hogy mi történik velünk, hanem hogy erényesen viszonyulunk-e ahhoz. Viszont, ha az ember már senkinek nem lehet hasznára, vagy már csak a fájdalommal tudna törődni, akkor elfogadható, ha a halált választja, írja Seneca is (Seneca 2002b, 490–491). Az említett két elvvel kapcsolatban megállapíthatjuk, hogy aki *az életminőség elve* alapján gondolkodik, *ugyanúgy szentnek tarthatja az életet*, csak éppen mást ért annak szentsége alatt.

Ronald Dworkin rámutat, hogy a bioetikai viták arra vezethetők vissza, hogy az emberek különböző módon értelmezik az élet szentségének a fogalmát. Dworkin szerint az *önérték* kifejezés azt jelenti, hogy valaminek az értékes volta nem függ a haszontól, az élvezettől, a kedvező állapottól, amelyet köszönhetünk neki. Egy dolog kétféle módon lehet önmagában értékes: vagy úgy, hogy minél több van belőle, annál jobb lesz a világ (pl. az emberi tudás), vagy úgy, hogy mennyiségi szaporítása nem teszi a világ állapotát jobbá, de egyszer

már létrehozott példányát megsemmisíteni borzalmas tettnek minősül (pl. az emberi élet): az ilyen értékeket nevezzük *szentnek, sérthetetlennek*. A szent azáltal válik értékké, hogy létrejött. De mitől tekintjük szentnek azt, ami szent? Egy dolog vagy olyan módon válik szentté, hogy a *konvenció révén társul* egy másik dologhoz, amelyet már szentként tisztelünk (pl. a nemzeti jelképek a hazához), vagy olyan módon, hogy *saját egyszeri története* teszi azzá. Ide tartozik és kiemelkedik ebből a kategóriából *az emberi élet*, mert kétfajta teremtés: a biológiai evolúció és a kulturális teremtés keresztútján található. Minden megkezdett életben benne van a természet műve, de benne van a szándékos emberi cselekvés is, és minél tovább tart az egyedfejlődés, annál nagyobb az utóbbi elem része benne. Az emberi egyedből, nem egyszerűen az lesz, amivé szervezete megérik, hanem az is, amivé a társadalmi környezete alakítja, illetve amivé ő maga teszi saját magát. Amikor az egyének élethez való jogáról beszélünk, vonja le a következtetést Dworkin, nem tehetünk különbséget emberek, emberi életek között. Az abortusz és az eutanázia kapcsán számos érvet és ellenérvet megfogalmaznak, és a legtöbb álláspont megfelel az élet szentsége tiszteletben tartása elvének, a vita azért alakul ki, mert az egyes nézetek megfogalmazói másképpen értelmezik az élet szentségét. Vannak, akik úgy gondolják, hogy *a természet (vagy Isten) hozzájárulása* az élet szakrális jelentőségéhez *meghatározó*, a kultúráé és az emberi cselekvésé elhanyagolható (ezért elutasítják az abortuszt és az eutanáziát). Mások felfogása szerint a természet szerepe kisebb, *a kultúráé és az emberi cselekvésé a főszerep* (és bizonyos körülmények között megengedhetőnek tartják az abortuszt és az eutanáziát). Köztes álláspontok is elképzelhetők, amelyek e két szélsőséges nézet közötti kompromisszum alapján fogalmazódnak meg (Dworkin 1993, 69–87; Kis 1997, 245–260).

## 3. AZ EMBERI MÉLTÓSÁG TISZTELETÉNEK ELVE

A *modern, plurális társadalmakban* vált alapvető jelentőségűvé *a jó élet és a morál* – a mindenki által követendő erkölcsi „minimum"– *kérdéseinek elválasztása*. Az újkori Nyugaton egyre kevésbé lehetett

meghatározni egy általánosan követendő életcélt, így egy általános, teleologikus szemléletű erkölcsnek (amely mindenki számára meghatározza az elérendő célt és a cél elérését elősegítő erényeket) sem lehetett helye. Számos modern morál- és jogfilozófiai elméletben előkerül az *emberi méltóság* fogalma, amellyel arra a minőségre utalunk, amely miatt minden embernek kijár *egy minimális szintű tisztelet*. A modernitás előtti emberi méltóság elméletekben a szerzők ugyan jelzik, hogy minden ember tiszteletet érdemel, pusztán ember voltából fakadóan, de ezt nem bontják ki részletesen, inkább az ember erkölcsi kiválóságként értett méltóságáról értekeznek, tehát arról, hogy milyen élet méltó az emberhez. Arra a kérdésre, hogy mit is jelent az emberrel (bármilyen emberrel) szembeni alapvető tisztelet és mi ennek az alapja, a leghíresebb választ Immanuel Kant, a felvilágosodás filozófusa adta. Kant *Az erkölcsök metafizikájának alapvetése* című könyvében a kategorikus imperatívusz („Cselekedj úgy, mintha cselekedeted maximájának akaratod révén általános természettörvénnyé kellene válnia.") leírása után bizonyítani kívánja, hogy létezik-e valóban ilyen imperatívusz, van-e olyan gyakorlati törvény, amelyik teljesen, mindenfajta mozgatórugó nélkül, önmagában is parancsoló jellegű. Ha van valami, aminek létezése önmagában abszolút értékkel bír, ami önmagában vett cél, akkor ebben és csakis ebben lelhetjük fel egy lehetséges kategorikus imperatívusz, azaz a gyakorlati törvény alapját – állapítja meg Kant. Az ember és általában minden eszes lény *öncélként létezik*, és nem pusztán eszközként, amely egy másik akarat tetszés szerinti használatára szolgál. A gyakorlati imperatívusz tehát a következő lesz: „*Cselekedj úgy, hogy az emberiségre mind saját személyedben, mind bárki másében mindenkor mint célra, sohasem mint puszta eszközre legyen szükséged.*" (Kant 1991, 62) Mivel a moralitás az egyedüli feltétel, amelynek megléte egy eszes lényt öncéllá tehet, ennélfogva egyedül az erkölcsiségnek és az emberiségnek – amennyiben erkölcsiségre képes – van méltósága. Kant szerint tehát az ember és minden eszes természet méltóságának alapja az *autonómia* (Kant 1991, 66–70).

Mondhatjuk azt is, hogy az emberi méltóság elismerésével *az emberi személy önértékéből következő alapvető érdekeit* ismerjük el. Minden emberi személy már pusztán létezésével olyan értéket valósít

meg, amely abszolút tiszteletet érdemel: az emberi személynek alapvető érdeke, hogy életének fennmaradásához és kiteljesedéséhez szükséges követelményeket – életét, egyenlő szabadságát és egyedi személyiségét – a többi ember (és az állam) tiszteletben tartsa. Az ún. értékkorlátos diskurzusetika szerint a morálról folytatott vita során mindig figyelembe kell venni az emberi méltóság tiszteletének elvét, amelynek a lényegét a következőképpen rögzíthetjük: az emberi személy létezéséből adódóan önértékkel rendelkezik, ebből következően alapvető érdeke, hogy *életének „szentségét", lehető legkiterjedtebb szabadságát, egyedi személyiségét más személyekével egyenlő módon tiszteljék* (Barcsi 2013; Barcsi 2016a).

Az emberi méltóság tiszteletének elvéből következő szabadságból adódik, hogy az emberi személy a maga egyéni módján fogja fel az élet szentségének elvét, ez azonban nem lehet ellentétes az életszentség-elv olyan vonatkozásaival, amelyekről morális konszenzus van, illetve nem lehetséges olyan felfogása, amely az emberi méltóság tisztelete elvének lényegével ellentétes. Ezért nem megengedhető a halálbüntetés. Ebben az esetben egy, már a létezésével önértéket megvalósító emberi személy életének szándékos kioltásáról van szó, amelynek indoka a megtorlás, az elrettentés: ekkor állami célok érdekében eszközként kezelnek egy emberi lényt, ez összeegyeztethetetlen az emberi méltóság tiszteletének elvével. Az öngyilkosságról nincs morális konszenzus, mindenki a *saját életszentség-felfogása* alapján válaszolhat arra a kérdésre, hogy *elfogadhatónak tartja-e az öngyilkosságot* vagy sem. Szintén saját életszentség elképzelését érvényesíti az egyén, amikor *segítséget kér öngyilkosságának végrehajtásához* (ennek egyik esete, amikor súlyos és gyógyíthatatlan betegként kér valaki segítséget az öngyilkosságához), vagy *visszautasítja az életfenntartó és életmentő kezeléseket, vagy eutanáziát szeretne.* Mivel ezekben az esetekben más emberek is szerepet játszanak valamiképpen – olykor csupán az a feladatuk, hogy tiszteletben tartsák a beteg autonómiáját, megszakítsák a kezeléseket, vagy el se kezdjék azokat, máskor viszont az egyén öngyilkosságához nyújtanak segítséget vagy cselekvésükkel halálba segítik az egyént –, ezért e magatartásmódokat *a visszaélések elkerülése miatt szabályoznia kell az államnak*. Ugyanezen ok miatt nyilvánvaló, hogy *az akaratnyilvánításra képte-*

*len betegek* életfenntartó és életmentő kezelése megvonásának, illetve a nem önkéntes halálba segítésüknek a kérdését is szükségszerűen az *államnak kell szabályoznia*: engedélyezi-e ezeket, s ha igen, akkor milyen feltételek fennállása esetén teszi ezt. Természetesen az utóbbi beavatkozások engedélyezése esetén is fontos, hogy a döntést az akaratnyilvánításra képtelen beteg saját életszentség-felfogásának szellemében hozza meg a döntésre feljogosított személy vagy szerv (amennyiben erre egyáltalán lehetőség van, csecsemőknél, a helyzetüket felfogni képtelen kisgyermekeknél erről nem lehet szó). Az említett lehetőségek szabályozásáról minden társadalomban morális és jogi diskurzusokat szükséges folytatni.

Előfordul, hogy a súlyos, gyógyíthatatlan betegségben szenvedő, de akaratnyilvánításra képes egyén életvégi döntésének érvényesülését *a hozzátartozók vagy éppen az orvosok próbálják megakadályozni,* mert életszentség-elképzelésük szerint a döntés elfogadhatatlan, illetve sokszor az adott állam jogi szabályozása nem teszi lehetővé, hogy (legálisan) érvényesüljön a beteg akarata. Ez a probléma számos irodalmi alkotásban, filmben megjelenik.

Brian Clark *Mégis kinek az élete?* című színművében Ken Harrison szobrászművész, aki egy közlekedési baleset miatt nyaktól lefelé lebénult, már nem vár semmit az élettől, értelmi képességeinek teljes birtokában a halát választja, és azt kéri, hogy tartsák tiszteletben az akaratát és engedjék ki a kórházból. Dr. Emerson, a főorvos nem respektálja ezt a kérést, mondván, betege depressziós, és ha túl lesz ezen, máshogy tekint majd a helyzetére. Ennek elérése érdekében Ken tiltakozása ellenére nyugtatót ad neki. Ken ügyvédhez fordul, bírósági eljárás útján akar szabadulni a kórházból, a főorvos pedig pszichiátriai szakvéleményekkel próbálja alátámasztani Ken beszámíthatatlanságát. Scott doktornő, Ken másik kezelőorvosa elfogadja betege döntését, többször beszélget erről a főorvossal:

„Dr. Emerson: De hiszen nem képes a döntésre. Nem vagyok hajlandó elhinni, hogy ilyen borotvaéles agyú ember, akinek hatalmas szellemi erőtartalékai vannak, szép nyugodtan a halált választja magának.

Dr. Scott: Pedig pontosan ezt tette.

Dr. Emerson: Én pedig pontosan ezért állítom, hogy meg van zavarodva.

Dr. Scott: De azt csak nem állítja, hogy a halál vágya *szükségképpen* az elmebaj tünete? Valaki teljesen normális okokból is választhatja a halált.

Dr. Emerson: Nem, Clare, egy orvos ezt a választást nem fogadhatja el: neki az életet kell szolgálnia."

Ken a szakmai tudás és a döntése összefüggéséről vitatkozik a kirendelt pszichiáterrel:

„Dr. Travers: Lehet, hogy az anatómiai tudása kiváló, de milyen a tudása neurológiából, vagy dermatológiából, endokrinológiából, urológiából, ésatöbbi?

Ken: Pocsék, és amilyen mértékig ezeknek köze van az én esetemhez, hálás leszek az információért, hogy megfelelően tudjak dönteni. De a döntés joga az enyém. Ha egyszer eljönne szétnézni és vásárolni a műtermembe, és azt mondaná: »Azt a bronzot veszem meg«, én pedig erre azt mondanám magának: »Nézze, maga nem ért a szobrászathoz. Annak a szobornak rosszak az arányai, a kompozíciója unalmas, és különben is, fából kellett volna csinálni. Azt a márványt veszi meg!« – akkor maga az hinné, dilis vagyok."

Végül bírósági tárgyalásra kerül sor a betegszobában, ahol Ken amellett érvel, hogy a beteg saját életével kapcsolatos autonóm döntését a társadalomnak tiszteletben kell tartania: „Ha úgy döntök, hogy élni fogok, fölháborító lenne, ha a társadalom megölne. De ha úgy döntök, hogy meghalok, ugyanolyan felháborító, ha a társadalom életben tart." A bíró az eljárás végén megállapítja, hogy Harrison elmebeli képességeinek teljes birtokában van, ezért szabadságában senki nem korlátozhatja: az autonómia tiszteletének elve győzelmet aratott az orvosi önkény felett. Valójában Dr. Emerson tisztességes, jó orvos, aki esküjével összeegyeztethetetlennek tartja azt az álláspontot, amely szerint vannak helyzetek, amikor a beteg érdekében állhat saját halála, tehát a Rachels által megfogalmazott egyik lehetséges konzisztens választ fogadja el az eutanázia-kérdésben. Ezen álláspontjának érvényesítésével azonban súlyosan sértette betege autonómiáját. A főor-

vos elfogadja ugyan a bíróság határozatát, azonban továbbra is kitart az elvei mellett: felajánlja Kennek, hogy nem szükséges elhagynia a kórházat, kérésére megszakítják a kezelést, így három nap múlva önkívületben lesz, és legkésőbb hat nap múlva halott. Ken elfogadja az ajánlatot, de érdekli, miért ajánlotta fel ezt a lehetőséget Dr. Emerson. Az orvos válasza: „Egyszerű! Hátha még meggondolja magát." (Az idézett részek: Clark 1980, 398–399, 414–415.)

Alejandro Amenábar *Belső tenger* című 2004-es filmje Ramón Sampedro történetét dolgozza fel, egy spanyol férfiét, aki sikertelenül küzdött azért, hogy legyen lehetősége legálisan segítséget kérni élete befejezéséhez. Ramón – egy rosszul sikerült fejesugrás következményeként – több mint huszonnyolc évet élt le teljes kiszolgáltatottságban és úgy határozott, hogy bár szerető család veszi körül, nem akar tovább ilyen módon élni. Amikor Ramón arról beszél, hogy mivel élete nem emberhez méltó élet, ezért legalább meghalni szeretne méltósággal, az életminőség-elv szellemében értelmezi az élet szentségét. A film ezzel ellentétes felfogást is bemutat: Francisco atya szintén béna, mégis Isten ajándékának tekinti az életét, és ilyen állapotban is képes a hivatásának élni. A sikertelen pert követően Ramón a barátai segítségével lesz öngyilkos a filmben: elé teszik a ciánkálit tartalmazó pohár vizet, de a szívószálat már maga veszi be a szájába, aztán kiissza a pohár tartalmát. Rosa, Ramón barátnője először ellenzi az asszisztált öngyilkosságot, majd végül mégis segít. A valóságban Ramón öngyilkosságához csak a barátnője, Ramona Maneiro nyújtott segítséget, akit ezt követően őrizetbe vettek, de később bizonyítékok hiányában elengedtek. Spanyolországban 2021-ben legalizálták az orvos által asszisztált öngyilkosságot és az eutanáziát (a szabályozásról lásd: Velasco Sanz és munkatársai 2023). A film a szeretet kérdését is felveti: mikor szeretem jól az öngyilkosságáról átgondolt döntést hozó szenvedő embert? Ha megtagadom a kérését, és mindenáron életben akarom tartani, vagy akkor, ha elfogadom a döntését, és akár még segítséget is nyújtok annak végrehajtásához?

## 4. AZ ÉLETVÉGI KÉRDÉSEK SZABÁLYOZÁSI DILEMMÁIRÓL

Kérdés, hogy milyen mértékben avatkozhat be az állam az életvégi döntésekbe? Most ennek járunk utána – az emberi méltóság tiszteletének morális elve szempontjából vizsgálva a szabályozási dilemmákat.

Nézzük először a beteg döntésén alapuló beavatkozásokat. *Az életfenntartó és életmentő kezelések visszautasítása egyértelműen elfogadható* az emberi méltóság tiszteletének elve alapján. Mivel nincs morális konszenzus az életfenntartó és életmentő kezelések visszautasításának elfogadhatatlanságáról (sőt, a legtöbb etikai álláspont ezt elfogadja), ezért az állam a „*semlegesség*" elve alapján a betegtől nem tagadhatja meg ezt a lehetőséget. Ez a döntés a beteg a szabadságából – az ún. negatív szabadságából – következik.[1] Az orvos ugyanakkor olyan kezeléseket mellőz, amelyek alkalmazása egyébként kötelessége lenne, ezért ez csak *bizonyos szabályok betartásával* mehet végbe (a visszautasító nyilatkozat formai követelményeit, elbírálásának módját jogszabályban kell tisztázni), de fontos elvárás, hogy ezek a szabályok ne nehezítsék meg – például bonyolult eljárási rend megkövetelésével – a beteg akaratának érvényesülését. Rendkívüli jelentőségű ebben az esetben a beteg teljes körű, egyéniesített tájékoztatása: állapotának orvosi megítéléséről, illetve a jogi lehetőségekről egyaránt tájékoztatni kell a beteget.

A beteg döntésén alapuló halálba segítéssel, tehát *az eutanáziával* kapcsolatban az államnak szintén a „semlegesség" álláspontját kellene elfoglalnia, hiszen olyan etikai kérdésről van szó, amelyben nem alakítható ki konszenzus, azonban ebben az esetben nem olyan egyszerű a helyzet. Ennek megvilágítása céljából utalok Kis János filozófusnak az erkölcsi terheket vizsgáló elméletére, amelyet az abortusz-probléma kapcsán fejtett ki. Abban egyetérthetünk – írja Kis János –, hogy akinek a meggyőződése szerint a magzat személy, annak erkölcsi teher egy olyan társadalomban élni, ahol az abortusz meg-

[1] A negatív szabadság fogalmát a külső (fizikai, morális, jogi) korlátozás hiánya értelmében használjuk (mi az, amit az egyén megtehetne), a pozitív szabadság pedig arra utal, hogy mi az, amit az egyén a lehetőségeket figyelembe véve ténylegesen képes megtenni. Vö. Feinberg 1999, 26.

engedett, és aki szerint nem személy a magzat, annak erkölcsi teher egy olyan társadalomban élni, ahol az abortusz tilos. De az előbbi esetben a teher csupán közvetett: politikai közösségünk másoknak megengedi azt, ami az ő felfogásában bűn, az utóbbi esetben viszont a teher közvetlen lehet, amikor a terhes nő számára megtiltják azt, ami az ő felfogásában nem bűn. Mivel a közvetlen teher súlyosabb a közvetett tehernél, adódik a szabályozási mód is (Kis 1997, 262).

Az *erkölcsi terheket* vizsgálva, az eutanáziával összefüggésben is azt mondhatjuk, hogy nagyobb (mert közvetlen) az erkölcsi teher azon a személyen, aki etikailag elfogadhatónak tartja az eutanáziát, de olyan államban kell élnie, ahol ez tiltott, mint azon a személyen, aki olyan államban él, ahol ezt megengedik, pedig az ő felfogása szerint az eutanázia elvetendő (ekkor az erkölcsi teher közvetett). Azonban nem teljesen ugyanaz a helyzet, mint az abortusz-kérdés tekintetében: itt az utóbbi felfogást valló személy (tehát aki az eutanázia ellenzőjeként egy azt megengedő államban él) erkölcsi terhe súlyosabb, mint ha abortuszról lenne szó. Természetesen egy jogállamban fel sem merül, hogy annak, aki elutasítja a művi terhesség-megszakítást, bármi köze is lehet ilyen beavatkozáshoz (tehát senkinek sem kell attól tartania, hogy akarata ellenére végzik el rajta az eljárást), míg az *eutanáziát elutasító személynek félelmei lehetnek* azzal kapcsolatban, hogy *nem élnek-e vissza* ezzel a lehetőséggel. Az önkéntes eutanáziát valóban csak azokban az államokban lehet bevezetni, ahol olyan *egészségügyi-intézményi rendszer* működik, amely – több más alapkövetelmény biztosítása mellett, pl. az alapellátás részét képezi a területileg egyenlő hozzáférés az életvégi palliatív ellátáshoz – *alkalmas a visszaélések megelőzésére.* Ahol ezek a feltételek nem állnak fenn, ott az állam elvonhatja az eutanázia lehetőségét a feltételek megvalósulásáig. A magyar Alkotmánybíróság 2003-as, ún. eutanázia-határozatában hasonlóan érvelt: úgy látta, hogy 2003-ban a magyarországi társadalmi-intézményi-tudományos feltételek mellett nem biztosítható a beteg döntésének befolyásmentessége, ezért az eutanázia alkotmányellenes, de ha a befolyásmentes döntés biztosítható lesz, az alkotmányos megítélés is változhat (lásd Barcsi 2016a). Természetesen társadalmi morális vitát kell folytatni az eutanázia megengedhetőségéről, illetve arról, hogy bevezetési

feltételei megvannak-e vagy sem. Utaltunk már rá, hogy a Karsai-ügy kapcsán jelenleg folyik ilyen diskurzus hazánkban.

Mi a helyzet az *asszisztált öngyilkossággal*? Ennek az a változata, amikor súlyos és gyógyíthatatlan betegnek nyújt egy másik személy segítséget az öngyilkosságához, az eutanáziánál *jobban összeegyeztethető* az emberi méltóság tiszteletének elvével, hiszen itt a beteg a saját életszentség-felfogása alapján *autonóm döntést hozva maga cselekszik*, továbbá így a visszaéléseknek is kisebb az esélye. Természetesen jogszabályban kell tisztázni, hogy milyen esetekben elfogadható a segítségnyújtás, és ki teheti ezt meg. Azokban az államokban, ahol engedélyezik a súlyos, gyógyíthatatlan betegek asszisztált öngyilkosságát, az eutanáziához hasonlóan kizárólag erre feljogosított egészségügyi dolgozó nyújthat segítséget ennek végrehajtásában. Az eutanáziát ugyanakkor nem „váltja ki" teljesen az asszisztált öngyilkosság, hiszen van, aki az öngyilkosságot elutasítja, de azt már el tudja fogadni, ha más idézi elő a halálát, illetve lehet olyan állapotban az egyébként tudatánál lévő beteg, hogy képtelen öngyilkosságot elkövetni.

Az aktuálisan akaratnyilvánításra képtelen, de korábban önmagukról rendelkezni képes emberek sok nehézségtől megkímélik a környezetüket, ha tesznek *előzetes rendelkezést*, ún. élő végrendeletet („living will"-t). Ebben a rendelkező írásban rögzíti, hogy mit tegyenek és mit ne tegyenek meg vele, amikor már nem lesz akaratnyilvánításra képes állapotban (pl. ne tegyék lélegeztetőgépre, ne élesszék újra, ne táplálják mesterségesen). A rendelkező a felmerülő vitás kérdések megoldására egy „helyettes döntéshozót" is kijelölhet és akkor valóban az a személy dönt, akit a legmegfelelőbbnek gondolt erre a feladatra. A kijelölt személynek természetesen a rendelkező értékpreferenciái alapján kell döntést hoznia. Az élő végrendelet *meghatározó jelentőségű* eszköz a beteg autonómiájának és az életszentség saját felfogásának érvényesülése szempontjából, ezért mindent meg kell tenni ennek tényleges elterjedése érdekében. Problémás, ha ugyan a jog biztosítja, de alig ismert az élő végrendelet lehetősége (mint hazánkban), vagy ha a nyilatkozat megtételének bonyolult feltételei visszatartó erőt jelentenek.

Az *akaratnyilvánításra képtelen betegek életfenntartó és életmentő kezelésének megvonása* a beteg előzetes rendelkezésének hiányában

főszabályként akkor elfogadható, ha a bíróság, vagy más állami szerv úgy dönt, hogy a beteg akaratnyilvánításra képes állapotban lemondana az életfenntartó vagy életmentő kezelésről. Ilyenkor a legjobb az lenne, ha nem csak a jogi értelemben vett legközelebbi hozzátartozó kérése alapján döntene a hatóság, hanem több hozzátartozó, barát meghallgatásával meggyőződne arról, hogy a beteg az értékrendje alapján nagy valószínűséggel ezt a döntést hozná. Ekkor a beteg *feltételezett akarata* alapján születik meg a döntés, így autonómiájára – a lehetőségekhez képest – tekintettel vannak. Az állam beavatkozása ebben az esetben nem mellőzhető, garanciális jellegű. Célszerű lenne továbbá nem csak egy hozzátartozót feljogosítani a nyilatkozatra, a jogszabály több hozzátartozó egybehangzó nyilatkozatát is elvárhatná, de a végső döntést mindenképpen bíróságnak (vagy más erre felruházott állami szervnek) kell meghoznia. Csecsemőknél és a megfelelő belátási képességgel nem bíró kisgyermekeknél a döntés terhét a törvényes képviselő viseli.

A *nem önkéntes halálba segítés*, akár akaratnyilvánításra képtelen felnőttről, akár gyermekről van szó, *elfogadhatatlan* az emberi méltóság tiszteletének a fentiekben röviden kifejtett elve alapján, hiszen egy ember életének befejezéséről való döntés, még akkor is, ha ez a szenvedés megszüntetése érdekében történik, olyan súlyú döntés, amelyet egy másik ember nem hozhat meg. Létezik olyan felfogás, amely szerint például egy súlyosan fogyatékos, nagy szenvedéseket átélő újszülött életét indokolt elvenni, mert erkölcsileg elfogadhatatlan hagyni a szenvedést ilyen esetben (a kezelés, táplálás stb. leállításával ugyan előbb bekövetkezne a halál, de a végpontig fokozódna a szenvedés, tehát ez sem megoldás). Kérdés ugyanakkor, hogy ilyenkor valóban tiszteljük-e az életet? Ha azt állítjuk, hogy ez az életszentség-elv egy elfogadható értelmezése („a gyermek életének tisztelete az követeli, hogy ne hagyjam szenvedni"), ennek érvényesítése mindenképpen sérti a beteg szabadságának tiszteletét. Más elméleti alapon ugyanakkor lehet érvelni a nem önkéntes halálba segítés mellett, akkor, ha a szenvedés megszüntetését fontosabbnak tartjuk, mint az autonómia tiszteletét. Létezik ezt követő gyakorlat is, lásd az egy évnél fiatalabb gyermekek eutanáziáját lehetővé tévő Groningen Protokollt Hollandiában.

Az életvégi döntésekkel kapcsolatos jogi normák hátterében nem csak morális diskurzusok nyomán kikristályosodott morális szempontok állnak, ezek *sosem mentesek a jó élettel kapcsolatos etikai elemektől* – lásd Jürgen Habermas felfogását az alapjogok etikai impregnáltságáról –, tehát egy adott politikai közösségnek a jó életre vonatkozó bizonyos értéktételezéseitől (Habermas 2009). Így például lehetséges az egyéni szabadságot és az életszentséget tételező elvek összefüggéseinek olyan közösségi értelmezése, amely alapján az asszisztált öngyilkosságot az adott társadalom inkább el tudja fogadni, mint az önkéntes eutanáziát, vagy éppen mindkettőt elutasítja. A bírói jogértelmezésben is megjelennek ezek a szempontok. A nagy figyelemmel kísért életvég-ügyek, illetve a meghozott döntések alkalmasak arra, hogy a társadalomban morális és etikai diskurzusokat generáljanak, amelyek hosszú távon a jogi normák, vagy a jogértelmezés változását is eredményezhetik. E szemlélet alapján – ahogy Sándor Judit is kifejti – azt viszont mindenképpen kerülni kell, hogy politikusok a saját értékszemléletük alapján beavatkozzanak az eutanáziával, az életvégi döntésekkel kapcsolatos kérdésekbe, mint ahogy ezt tette John Ellis Bush kormányzóként a Terri Schiavo ügyben, vagy Berlusconi az Englaro-ügyben (Sándor 2011, 89–93).

## 5. AZ EMBERI MÉLTÓSÁG TISZTELETE ÉS AZ ÉLETVÉGI TERÁPIÁK

Az emberi méltóság tiszteletének elvén nyugvó gondolkodás szerint az alapvető cél az élet utolsó periódusában a „saját meghalás" elősegítése. Ez a „saját élet" részeként értelmezhető és annak biztosítását jelenti, hogy az egyén emberhez méltó módon éljen élete utolsó pillanatáig, és emberhez méltó módon haljon meg. Az eutanázia, vagy éppen az orvosilag asszisztált öngyilkosság bevezetése ugyan nem ellentétes az emberi méltóság tiszteletének elvével, de célunk csak az lehet, hogy a haldoklóknak olyan körülményeket, multidimenzionális szemléletű életvégi gondozást biztosítsunk, hogy ezen lehetőségek igénybevétele nélkül is megvalósítható legyen a „saját meghalás". Ennek feltétele a halálhoz való viszonyunk átalakítása, a halál tabusításának feloldása.

Nagy jelentősége van a *hospice-palliatív gondozásnak*, a beteg megfelelő fájdalomcsillapításának és szeretetteljes ellátásának (erről az V. részben lesz szó). Bitó László bevezetésre ajánlja az elengedést elősegítő „utolsó vacsora" *euteliás rítusát*: ekkor a haldokló (ha lehetőség van rá, illetve ha igényli a beteg) maga köré gyűjti a szeretteit egy búcsúszertartás keretében (Bitó 2005). Vannak olyan terápiák, amelyek hozzásegítik a beteget, hogy élete utolsó időszakában értelmet találjon. Ilyen a Viktor E. Frankl által kidolgozott *logoterápia* végstádiumú betegek esetében való alkalmazása (Frankl 1997). Ennek egyik fő célja a páciens beállítódásának megváltoztatása, hogy úgy szemlélje az életét, mint amelyet értelmesen kell élnie: erre haldoklóként is lehetősége van. Élményértékeket (művészeti élmények, társas élmények „befogadása"), de akár alkotói értékeket is realizálhat a haldokló (pl. visszaemlékezések írása), és ha már egyikre sem képes, a betegségéhez való viszonyulással is értékeket valósíthat meg (türelem, bátorság stb.). Szintén az értelmetlenség-érzés ellen jelenthet segítséget a H. M. Chochinov által kifejlesztett *méltóságterápia* (Chochinov 2014). Chochinov az ún. méltóságmodellben a haldoklók méltóságérzetének növeléséhez hozzájáruló tényezőket írja le. A modell három fő eleme: *a betegséggel kapcsolatos aggodalmak csökkentése* (a fizikai, pszichológiai distressz és a halálfélelem csökkentése, a beteg támogatása függetlenségének lehető legnagyobb szintű megőrzésében); *a méltóság megőrzésének repertoárja* (az én folytonossága, szerepmegőrzés, büszkeség fenntartása, remény, autonómia/kontroll megőrzése, generativitás, elfogadás segítése, küzdőszellem növelése, spiritualitás, a normalitás fenntartása); *társas tényezők* (a privátszféra megőrzése, a társas támogatás, a gondozás megfelelő hangvétele, a hozzátartozókkal kapcsolatos aggodalmak csökkentése). Ezek irányadóak lehetnek a végstádiumú betegek ellátása során. A méltóságterápia *a generativitáshoz* kapcsolódik elsősorban. A beteg a terapeutával folytatott beszélgetésben – amelyről hangfelvétel készül – visszaidézheti élete legjelentősebb emlékeit, mindazt, ami büszkeséggel tölti el, de beláthatja a hibáit, kudarcait is, megbocsáthat és megbocsátást kérhet, illetve üzenhet az ittmaradottaknak, megfogalmazhatja élete tanulságait. A hangfelvétel alapján ún. generativitási dokumentum készül, amelyet megkapnak a beteg hozzátartozói.

Meg kell jegyezni, hogy kissé megtévesztő a méltóságterápia kifejezés, hiszen itt nem csak az emberi méltóságról van szó. Ugyan a méltóságmodell néhány eleme az emberi méltósághoz kapcsolható öntiszteletet segíti elő (pl. az autonómia megőrzése, a privát szféra tiszteletben tartása, a gondozás megfelelő hangneme), az elemek többsége, illetve maga a méltóságterápia már ezen túli vonatkozásokhoz kapcsolódik: az egyén önbizalmának, illetve önmegbecsülésének megerősítését jelenti. Az utóbbi esetben mondhatjuk, hogy a szűkebb értelemben vett, erkölcsi-emberi tartásként felfogott méltóság megőrzésének támogatásáról van szó (az alapvető tisztelet megvalósításán túl az egyén felfogása szerinti emberhez méltó élet, önkiteljesítés támogatásáról). A beteg a halála előtt úgy érezheti, hogy értékes, értelmes, elismert, mások számára is jelentőséggel bíró életet élt.

# IV. HOGYAN HOZUNK DÖNTÉSEKET AZ ÉLETÜNK VÉGÉRŐL?

Nemes László

## 1. MIRŐL DÖNTÜNK?

Amikor a *halálról* beszélünk, érdemes óvatosnak lenni. Könnyen kiderülhet ugyanis, hogy halál alatt nem mindenki ugyanazt érti. Részt vehetünk egy beszélgetésben, végignézhetünk egy tévéműsort, elolvashatunk egy cikket anélkül, hogy világossá válna, pontosan mit is jelent az ott megjelenő halál kifejezés. Érdemes tehát ezt már az elején tisztázni. Alapvetően három különböző értelemben használjuk a halál kifejezést. Az egyik az, amikor a *haldoklás folyamatára* utalunk. A halál, ebben az értelemben az *élet végére*, az utolsó időszakra vonatkozik. A másik lehetséges jelentés a *meghalás* pillanatára utal, arra a biológiai jelenségre, amikor valaki meghal. Természetesen nem feltétlenül egyetlen pillanatról van szó, de egy rövid időtartamú folyamatról. A halál harmadik, talán leginkább magától értetődő jelentése az, hogy *halottnak lenni*. Nem mindig egyértelmű az egyes jelentések elkülönítése, de a szövegösszefüggésből adódóan nagy jelentősége lehet.

Vegyük például az olyan, gyakran hallott kijelentést, hogy „a halál az élet része". Hamar kiderül, hogy ez az állítás leginkább a haldoklás folyamatára utal, hiszen a halottnak levés definíció szerint nem része az életnek, a meghalás pillanatával kapcsolatban pedig nem sok jelentősége lenne annak, hogy az még az élet része-e vagy sem. Mire gondolunk, amikor halálfélelemről vagy halálszorongásról beszélünk: a betegségből és a kezelésekből adódó fájdalomra, az elhúzódó, gyötrelmes, az életminőség drasztikus csökkenésével, kiszolgáltatottsággal, megalázottsággal járó, mások számára terhet jelentő utolsó időszakra, azaz életünk utolsó heteire, hónapjaira, éveire, vagy arra, hogy meghalni, akár egy baleset következtében, fájdalommal jár-e. Ismerjük a kifejezést, hogy „legalább nem szenvedett", amikor valakit gyors halál ér, vagy akár az eutanázia formájában segítik halálba. Ezekhez

képest más a halottnak levésre vonatkozó, azaz a tényleges halálra való előzetes reflexiónk.

Hacsak nem hiszünk olyan túlvilági élet lehetőségében, amely szenvedéssel jár, például a pokol valamilyen képzetében, és úgy véljük, hogy a halálunkkal megszűnik az észlelő- és érzőképességünk, saját személyünk, azaz önmagunk, akkor nem nehéz belátni, hogy nem valami olyantól félünk, ami kellemetlen lesz a számunkra, amitől ebben az értelemben félni lehet. Sokkal inkább arról van szó, hogy nem tudjuk elképzelni saját magunk nemlétét, ezért ez a lehetőség egyfajta csodálkozással és értetlenséggel vegyes rettegést ébreszt bennünk. Önmagában arra rámutatni, hogy a halottnak levés nem fáj, hiszen nem fogunk érezni semmit, nem oldja meg a problémát, sőt, valójában mélyebb szintre helyezi, amit semmiféle tapasztalat vagy a fájdalomcsillapítás lehetősége sem enyhíthet. Ha tehát az derül ki, hogy a haldoklás folyamata, illetve a meghalás pillanata nem annyira gyötrelmes, fájdalmas, mint amennyire hisszük, sőt akár az is, hogy valójában pozitív tapasztalat (ahogy a halálközeli élményekről gyakran állítják), annak a nemléttel szembeni borzongásunkra nem lesz lényegi befolyása.

Amikor az élet végével, a halállal kapcsolatos döntésekről beszélünk, ahogy ebben a könyvben is tesszük, ugyanezek a különbségek jelennek meg. Más dolog ugyanis a haldoklás menetéről döntést hozni, bizonyos kezelések, azaz bizonyos orvosi és tágabb kezelési, gondozási lehetőségek között választani, mint az élet és halál között dönteni. Megint más eldönteni, hogy egy adott ember élőnek tekinthető-e még vagy már nem, azaz bekövetkezett-e már a halála, így például az életfontosságú szervei transzplantációs célra felhasználhatók-e.

A másik fontos kérdés, hogy *életvégi döntés* alatt mit értünk. Ha ebben a formában találkozunk a kifejezéssel, egyértelműnek tűnik, hogy arra utal, hogyan hozok, vagy hogyan hozzak döntést arról, hogy egy adott pillanatban az életet vagy a halált válasszam-e – *a saját esetemben*. Megöljem magam, vagy más módon válasszam a halált, vagy ne, azaz inkább az életem folytatását válasszam, az életemből hátralévő idő, a haldoklás mely formája mellett döntsek. De persze lehet arra is utalni, hogy nem a saját életemről hozok döntést, hanem

*másokéról*, akár állatokéról vagy emberekéről, konkrét helyzetekben vagy általános lehetőségekről. Amikor ma az életvégi döntések kérdésével találkozunk, például a bioetikai vagy jogi szakirodalomban, egy egyetemi előadáson vagy akár a tágabb nyilvánosság előtt, akkor (1) elsősorban *mások* életének a végéről van szó, (2) nem konkrét esetekről, hanem az elfogadható *lehetőségek* mérlegeléséről. Sarkosan fogalmazva, az életvégi döntések az esetek többségében valójában nem életvégi döntések, hanem nem-életvégi döntések az életvégi döntésekről.

Ezt a különbséget egy egyszerű példával mutatjuk be. Egészen más dolog arról dönteni, hogy az eutanáziát engedélyezzük-e bizonyos végstádiumú betegek számára, mint végstádiumú betegként arról dönteni, hogy igénybe veszem-e (ha ez létező választási lehetőség) az eutanáziát a haldoklási folyamat egy bizonyos pontján. Az egyikről tipikusan nem haldokló szakemberek hoznak szakmai döntést, míg a másik a legsúlyosabb egzisztenciális kihívás, amelyben egy ember találhatja magát. Nem csupán arról van szó, hogy az egyik esetben egy általános elvről van szó, míg a másik esetben egy konkrét személy konkrét helyzetéről, hanem valami sokkal radikálisabb különbségről.

Elképzelhető az is, gyakran halljuk, hogy bár valaki támogatja az eutanázia lehetőségét, de maga nem választja azt, ahogy persze az is, hogy nem támogatja az eutanáziát, de öngyilkosságot követ el. Továbbá, attól, hogy valami jogi lehetőség, nem feltétlenül lesz erkölcsileg helyes. Ezek megítélése különböző módon és szinten jelenik meg. Megint egy egyszerű példa: a terhességmegszakítás lehetősége senkit nem kímél meg attól a valódi etikai döntéstől, hogy egy adott élethelyzetben a terhessége megszakítását kérje az orvosoktól. Ha nincs erre lehetőség, akkor természetesen nem merül fel a választási lehetőség, viszont önmagában azzal, hogy legális opcióvá válik, még nem oldódnak meg az etikai kérdések, sőt, akkor merülnek fel valódi összetettségükben, hiszen döntést tudunk hozni, illetve *kell* is hoznunk.

Hangsúlyozzuk, hogy az életvégi helyzetekben a halál mindhárom itt bemutatott jelentése, illetve tartománya fontos. A haldoklás folyamatára éppúgy oda kell figyelnünk, mint a halál megállapítása vagy a betegek halálba segítésének lehetőségei körüli vitákra, ahogy a halál,

mint nemlét értelmezésére irányuló filozófiai és vallási diskurzusokra is. A felmerülő szempontok nem is választhatók élesen el egymástól. Amit azonban érdemes tudatosítani, hogy a három szempont közötti figyelemmegoszlás kedvezőtlenül alakíthatja a halálról, az élet végéről kialakított felfogásunkat. Ha például elsősorban a haldoklás folyamatára összpontosítunk, akkor a háttérbe szorulhat a halál, mint a nemlétezés rejtélye, ahogy fordítva is, azaz a halál filozófiai és vallási tanulmányozása a háttérbe szoríthatja a haldoklók gondozásának gyakorlatát. Az egyes területek eltérő módon kötődnek bizonyos diszciplínákhoz és társadalmi hagyományokhoz, gyakorlatokhoz és intézményekhez, mint másokhoz. Így a haldoklás témaköre, különösen a haldokló emberek gondozása, leginkább az orvoslás és a pszichológia speciális területeihez kapcsolódik, míg a meghalás kérdései az orvosláshoz, a bioetikához és a joghoz, miközben a halál, mint halottnak levés rejtélye hagyományosan a filozófia és a vallások kompetenciájába tartozik.

Amikor a halál tabusításáról beszélünk, ezeket a hangsúlyeltolódásokat is figyelembe kell vennünk. Lehet, hogy többet és nyíltabban beszélünk a halálról, de gyakran ez abból adódik, hogy megváltoztattuk a halál elsődleges jelentését, a halottnak levés helyett inkább beszélünk a haldoklás kérdéseiről, ami bizonyos értelemben biztonságosabb terep, mivel empirikusan vizsgálható, kérdőívekkel és egyéb tudományos módszerekkel feltárható, a haldoklók gondozásának intézményes és intézményen kívüli állapota fejleszthető. A feltevés az, hogy azért beszéljünk róla minél többet és minél nyíltabban, hogy ezt a pozitív változást elérjük. Más a helyzet a halállal, mint olyannal, a megváltoztathatatlan és felfoghatatlan rejtéllyel. Ez a kérdés nem kutatható a tudományok eszközeivel: bármilyen módszert is alkalmazunk, nem jutunk közelebb annak megértéséhez, hogy milyen lehet halottnak lenni, azaz nem létezni.

A *tabu* kifejezés elterjedése jórészt Sigmund Freudnak köszönhető, akinek *Totem és tabu* című könyve 1913-ban jelent meg. Freud amellett, hogy híres pszichiáter, a pszichoanalízis elméletének és terápiás gyakorlatának kidolgozója volt, nagyon érdekelték az antropológiai tanulmányok és a vallási hagyományok. Ráadásul a különböző érdeklődési körei nem különültek el, ezeket megpróbálta ösz-

szekapcsolni olyan módon, hogy a társadalmi és az egyéni szinten megjelenő mechanizmusok hasonló mintázatokat mutassanak. Így került Freud látókörébe a polinéz szigetvilág (Tonga, Tahiti, Hawaii) hiedelemvilágában meghatározó tabu. Eredetileg azonban mást jelentett a tabu fogalma és a köré szerveződő társadalmi gyakorlat. Freud könyve elején maga is utal rá:

> *„A tabu polinéziai szó; lefordítása nehézségekbe ütközik, mert az általa jelzett fogalom nálunk már hiányzik. A régi Rómában még használatban volt; az ő sacer-jük ugyanaz volt, mint a polinéziaiak tabuja […] A mi 'szent borzadály' kifejezésünk sokszor fedhetné a tabu értelmét"* (Freud 1990, 24).

A tabu tehát eredetileg valamiféle szentséget jelentett, amit a közösségi megegyezés tiszteletben tartott. A tabut azért nem szegték meg, például azért nem beszéltek valamiről, mert így óvták meg attól, hogy *profanizálódjon*, végső soron elveszítse jelentőségét. Freud elméletében, majd a későbbi évtizedek során, főleg mára, amikorra köznyelvi formulává vált, a tabu pszichológiai jelentésre tett szert, egyszerűen olyan dologra utal, amire *nem szívesen* gondolunk, amiről *nem szívesen* beszélünk. Vegyük észre, a tabu eredeti használatában éppen az ellenkezőjéről volt szó: az emberek nagyon is szívesen beszéltek volna bizonyos dolgokról, azonban azért volt ezt tiltott a számukra, hogy így maradjon meg a rejtélyes tisztelet, az a bizonyos „szent borzadály" jelleg.

Mindezt átfordítva a halálról zajló mai nyilvános diskurzusra, azt kell látnunk, hogy önmagában az, hogy valamiről sokat beszélünk, illetve valamilyen módon, értelemben beszélünk, nem jelenti azt, hogy ezáltal valóban számot vetünk az adott jelenség (ez esetben a halál) valódi természetével. Vannak dolgok, amiket nem tanácsos bolygatni, amelyeknek ezáltal adjuk meg a nekik járó tiszteletet, így biztosítunk számukra különleges státuszt. Mai korunk irtózik a rejtélyektől, mindent igyekszik megmagyarázni, elsősorban a tudomány eszközeivel, empirikus megfigyelésekre és azok elméleti magyarázatára alapozva. Amit nem tudunk megmagyarázni, gyanússá válik. A halál pont ilyen. Ebből a rejtélyességből fakad a különlegessége, ami megkülönbözteti

az életünk kérdéseitől. Ha tehát a halálról a haldoklás orvosi és pszichológiai szempontjaira, vagy az életvégi döntések etikai és jogi kérdéseire tevődik át a hangsúly, az azzal a veszéllyel jár, hogy eltereli a figyelmünket a halál legnagyobb, végső rejtélyéről.

## 2. A DÖNTÉSEK PSZICHOLÓGIÁJA ÉS ETIKÁJA

Ma egyre több lehetőség nyílik az életvégi döntésekre. Arra gondolok, hogy mi történjen velünk vagy másokkal az élet *végén*, nem arra az egyébként szintén fontos kérdésre, hogy mi történjen velünk vagy másokkal a halálunk *után*. Önmagában az, hogy *döntésekről* beszélünk, egy jelentős fejlemény és fontos belátások forrása. Nem egyértelmű ugyanis, hogy valóban döntéseket hozunk az életünk végéről. Ha elgázol minket egy autó, ránk esik egy szikla, lezuhanunk egy szakadékba, elsüllyed velünk a kirándulóhajó, egy súlyos betegség hirtelen ledönt a lábunkról, életünk virágjában is utolérhet minket a nem kiszámítható halál. Ezzel – elvileg legalábbis – mindannyian tisztában vagyunk. Mégis, legtöbben úgy gondolunk az életünkre és halálunkra, mint ami kiszámítható mederben zajlik, úgy számolunk, hogy idős korunkban érnek minket halálos betegségek. Vagy korábban, de akkor is arra számítunk, hogy lesznek döntési lehetőségeink arra vonatkozóan, hogy milyen kezeléseket választunk, kikkel osztjuk meg a diagnózisunk és kezeléseink részleteit, kinek a segítségét vesszük igénybe, végül pedig arra, hogy mikor fogadunk vagy utasítunk el bizonyos orvosi kezeléseket. Életünk végének jövőre kivetített lehetőségét úgy fogjuk fel, mint ami tudatos döntésekre képes állapotban ér bennünket, így megfelelő tájékoztatást követően rendelkezni tudunk arról, hogy mi történjen velünk.

Az emberiség története során a halálról való döntés kevésbé tűnt elképzelhetőnek, sokan, köztük orvosok is, úgy vélték, hogy az élet és a halál végső kérdéseiben nem az ember, hanem egy felsőbb hatalom, az Isten hoz döntéseket. A sors vagy a természet kiszámíthatatlan szükségszerűsége. További tényező, hogy a halálozási okok is megváltoztak. Ma az egyik vezető halálnem a rákbetegség, ami kulturális reprezentációiban is azt sugallja, hogy amellett, hogy sok eset-

ben sikeresen kezelhető, a tünetektől a diagnózison és a különféle kezeléseken át a haldoklásig és halálig vezető időszak során döntéseket hozunk, ezeket az orvosokkal, családtagjainkkal és másokkal meg tudjuk beszélni. Szemben azzal, amikor egy baleset, háborús sebesülés ér, egy gyors lefolyású járvány betegít meg minket, haldoklásunk többé-kevésbé hosszú és kontrollált *folyamat*. A mai emberek túlnyomó többsége orvosi felügyelet mellett, kórházban hal meg, ahol előbb-utóbb bizonyos döntések születnek arról, hogy milyen kezelések szükségesek, vagy éppen nem. A betegség oka, módja, helyszíne, környezete, költsége egyaránt kihatással van arra, ahogy életünk végét elképzeljük és megéljük.

Ehhez adódnak még az orvosi etikában, bioetikában megfogalmazott, a klinikai gyakorlatban megvalósult elvek, mint a *tájékozott beleegyezés,* a páciens önrendelkezésének, *autonómiájának* tiszteletben tartása, a *betegjogok* figyelembe vétele. E szempontok társadalmi érvényesülése a betegek fokozódó kiszolgáltatottságára, valamint erkölcsi érzékenységére adott válaszként fogalmazódtak meg. Ahogy életük más területein, a demokratikus, szabad társadalomban élő emberek az orvosi kezelésük során is hasonló átláthatóságot és szabadságot igényelnek. Az orvosi tudás, az alkalmazott készségek és eszközök, technológiák egyre bonyolultabb tárháza megnehezíti a tisztánlátást, ugyanakkor a szabad döntések igényét is felerősíti.

Az életvégi döntések etikai szabályozása ezekre a folyamatokra reflektálva vált a mai társadalmak fontos ügyévé. Nyilvános és szakmai viták zajlanak sok országban arról, hogy milyen döntési lehetőségeket kapjanak a gyógyíthatatlan állapotú, haldokló betegek. Ezzel összefüggő kérdés, hogy ki a leginkább alkalmas arra, kinek a kompetenciájába tartozik, hogy ezekben a kérdésekben döntést hozzon: az orvosok, a tudósok, a bioetikusok, a jogászok, a politikusok, az állampolgárok, a haldokló betegek, a hozzátartozóik? A továbbiakban arra hívjuk fel a figyelmet, hogy az életvégi döntésekben két jól elkülöníthető etikai szempont jelenik meg, amelyek közül az egyik a mai etikai vitákban előtérbe, míg a másik (sajnálatosan) a háttérbe szorul. Az egyik az életvégi döntések *lehetőségének* megteremtésére fókuszál, míg a másik a *tényleges* egyéni döntésekre. E megkülönböztetés egyszersmind az etika természetére vonatkozó általános megfontoláso-

kat is magába foglal. Előbb azonban röviden kitérünk arra, hogy mit is jelent egyáltalán döntést hozni.

A döntéshozatali mechanizmusok vizsgálata az elmúlt évtizedekben került a tudományos kutatások homlokterébe. A *kognitív tudományok*, ezen belül főleg a kognitív pszichológia, az etológia, az evolúciós pszichológia, a mesterséges intelligencia-kutatás, a racionalitás filozófiája, a magatartás-közgazdaságtan területén folytak kiterjedt kutatások a problémamegoldás és döntéshozatal tényleges folyamatainak, mechanizmusainak empirikus és elméleti megértésére. A fordulatot voltaképpen az hozta, hogy egyre többen ismerték fel, hogy az emberek (illetve állatok) döntéseikben nem egyszerűen a formális logika és valószínűség elméletei alapján hoznak döntéseket, ami egy zavarba ejtő felismerés, hanem evolúciósan kialakult, az adott helyzethez aktuálisan alkalmazkodó döntéshozatali mechanizmusaikból adódó döntéseket hoznak akár egyénileg, akár másokkal közösen. Életünk eseményei során többnyire nem úgy működünk, mint egy érzelemmentes, logikai és formális racionális elvek alapján kalkuláló számítógép.

Először is, döntéseinket mindig bizonyos *korlátok* között hozzuk meg. A rendelkezésre álló idő és információ, ezek megszerzésének költsége, a lehetséges opciók száma, a döntések tétje mind korlátokat jelent az adott szituáció teljes átgondolásában. Sok esetben csak másodpercek, percek, órák vagy napok állnak a rendelkezésünkre egy-egy fontos döntés meghozatalára, miközben ha hetekig, hónapokig tudnánk mérlegelni, talán jobb döntéseket hoznánk. Ilyen esetekben mérlegelnünk kell (vagy arra sincs idő), hogy az idő szorításában mi a legjobb megoldás.

Élettani hatások is befolyásolják a döntéseinket. Ha éppen fáj a fogunk vagy a fejünk, kialvatlanok vagyunk, túl sok kávét ittunk, vagy éppen alkoholt fogyasztottunk, talán más döntéseket hozunk, mint amikor efféle tényezők nem zavarnak minket. Társas hatások, például bizonyos emberek jelenléte, tekintélyük, sürgetés, izgulás, meggyőzés, manipuláció hasonlóan befolyásolhatják döntéseinket, ahogy érzelmi hatások is, amikor szeretünk vagy éppen utálunk valakit, nem bízunk benne, félünk tőle, aggódunk érte stb. Banálisnak tűnő környezeti tényezők: zajok, szagok, illatok, a tisztaság vagy kosz meglepő mértékben befolyásolják a döntéseinket akár pozitív, akár nega-

tív irányban. Az erkölcspszichológiában régóta tanulmányozzák ezeket a hatásokat, ennek eredményeként fogalmazódott meg az a *szituacionista* felfogás, amely a belső meggyőződésekkel, önismerettel, erkölcsi kvalitásokkal, erényekkel és jellemünkkel szemben az aktuális környezeti tényezők elsődlegességét hangsúlyozza az erkölcsi viselkedésünkben (Nemes 2012).

Kulturális különbségek, azaz annak a kultúrának a hatása, amelyben felnőttünk és élünk, szintén befolyásolják a döntéseinket. Sokat vizsgálták például a nyugati és a keleti, az afrikai és egyéb kultúrák képviselőinek tipikus döntéshozatali gyakorlatait (Nisbett 2003), ahogy az egyes társadalmi csoportok, különböző szocioökonómiai státuszú személyek döntéseit, valamint a nemi különbségeket is. E kutatások arra mutattak rá, hogy gondolkodásunk, érzelmeink, problémamegoldásunk és etikai döntéseink ezektől a kulturális tényezőktől is nagyban függenek.

Ha mindez nem volna elég, további kérdéseket vetnek fel az úgynevezett *kognitív részrehajlások* vagy *torzítások* (*bias*). Az információk *keretezése*, megfogalmazási, bemutatási módja például jól kiszámítható módon befolyásolja a döntéseinket. A kognitív pszichológia központi céljává vált az efféle jelenségek feltárása, mára több száz kognitív részrehajlást sikerült azonosítani. Szisztematikus módon befolyásolhatják, elferdíthetik döntéseinket olyan tényezők, mint az egyes lehetőségek sorrendje, az információk aktuális rendelkezésre állása, azaz az újabban hallott tényezők előtérbe állítása, az alaphelyzethez való ragaszkodás, az előzetes feltevéseink megerősítésére való hajlam, stb. A döntési opciók száma maga is kihatással van a döntéseinkre, ha túl sok lehetőség közül kell választanunk, gyakran nem gondoljuk át az összes tényezőt, illetve utólag elégedetlenebbek leszünk a döntéseinkkel. Affektív, érzésekkel és érzelmekkel kapcsolatos ítéleteink is félrevezetnek minket, például jövőbeli helyzetek olyan megítélésében, amikor azt kellene előre jeleznünk, hogy egy elképzelt szituációban hogyan éreznénk magunkat. Ugyanez a probléma múltbeli helyzetek felidézésében, valamint más emberek érzéseinek a megítélésében is megjelenik. Sokat kutatták az ún. *rettegéskezelés elmélet* keretében az olyan helyzeteket, amikor a halál gondolata befolyásolja az ítéleteinket, döntéseinket.

Ennyi „zavaró" tényező felsorolása után megkérdőjeleződik, hogy képesek vagyunk-e egyáltalán racionális döntéseket hozni, általában pedig, hogy összességében racionális lények vagyunk-e. Az emberi döntéshozatal kognitív pszichológiai kutatásait áttekintő írásában Nisbett és Ross (1980) e belátások lehangoló következményeiről (*bleak implications*) beszélt. Az új pszichológia látszólag megkérdőjelezi az ember hagyományos, különösen a felvilágosodásból származó önképét, miszerint az ember elsősorban racionális lény, így a tudás, a tudomány, a logika és filozófia vezet a természetéből adódó hajlamok egyéni és társadalmi kiteljesedéséhez. A racionalitás fogalma a filozófiában is átalakult, több felfogását is érdemes elkülöníteni, például az aktuális döntések, illetve a döntéshozatali mechanizmusaink gazdaságos működésének racionalitását, például evolúciós megfontolások fényében.

Elmebeli képességeink jórészt arra alakultak ki, hogy gyors döntéseket hozzanak, akár úgy is, hogy azokhoz nem szükséges tudatos mérlegelés. Túlélési értéküket nézve ezek hatékony mechanizmusok, miközben gyakran hibáznak. Az utóbbi időkben elterjedt nézet szerint elménk alapvetően két rendszer együttműködését mutatja, egy gyorsan reagáló intuitív rendszer és egy lassabb, tudatosan reflektáló, a gyors döntéseket korrigáló feldolgozó mechanizmusét. Ezt a modellt nevezik a kognitív pszichológusok *kettős feldolgozás elmélet*nek. Ez egyszersmind azzal jár, hogy mentális rendszereink között konfliktus áll fenn, amely sok esetben megnehezíti a döntéseinket és az életünket. Életvégi helyzetekben, amikor a fájdalom, szenvedés, az életminőség csökkenése, a kiszolgáltatottság, reménytelenség, valamint a végső kérdések egzisztenciális bizonytalansága különös erővel tör az emberre, a döntések függetlensége és racionalitása az életünk egyéb döntéseihez képest fokozottan kérdőjeleződhet meg.

## 3. TÁJÉKOZOTT BELEEGYEZÉS AZ ÉLET VÉGÉN

A mai etikai diskurzusban az egyéni döntések *szabadsága*, illetve a *jogok* kérdése került az előtérbe. A kérdésfeltevés tipikus formája, hogy ha valaki, egy belátási képességgel rendelkező, cselekvőképes,

racionális és autonóm személy (pl. egy egészséges elméjű felnőtt ember) valamit elhatároz, akkor a többi embernek az ő preferenciáit és döntéseit el kell fogadnia, egészen addig, amíg azzal mások hasonló érdekeit és döntéseit nem korlátozza. Arról van tehát szó, hogy rá bízzuk a róla magáról szóló döntést, ezzel együtt annak *felelősségét* is, hogy rossz döntéseinek negatív következményeit vállalnia kell. Ezt az álláspontot az orvoslásban, és azon kívül is, gyakran a *paternalizmussal* állítják szembe. A *jogok nyelvezete* más filozófiai irányból is megerősítést kapott, elsősorban talán a kanti etikára hivatkozhatunk, az etikai ítéletek következményektől független általános érvényességét valló tanításra.

A jogok jelentősége az elmúlt évtizedekben különösen nyilvánvalóvá vált a társadalmi közbeszédben. A nők, a kisebbségek és az egyének jogai egyre fontosabbá váltak mind az etikai, mind a formális jogi szabályozás formájában. A betegek jogainak elismerése az 1960–70-es évektől egyre inkább felismert kívánalom. A betegeket, különböző egészségügyi problémákkal szembesülő, azokkal élő embereket hagyományosan nem tekintettük társadalmi kisebbségnek, ugyanakkor sokszor, főleg a modern egészségügyi intézményrendszerekben, például a nagy kórházakban, hasonló helyzetben találják magukat, mint a háttérbe szorított kisebbségi csoportok (például vallási, ideológiai, szexuális kisebbségek) tagjai.

A modern orvosi etika vagy bioetika egyik legnagyobb, klinikai gyakorlatban elért eredménye az ún. *tájékozott beleegyezés* elvének érvényesítése. A páciensek *autonómiája* akkor érvényesül, ha döntést hozhatnak a számukra javasolt orvosi eljárásokról, akár úgy, hogy elfogadják, akár úgy, hogy visszautasítják azokat. Ezt az erkölcsi elvet és jogot azonban akkor tudják valóban érvényesíteni, ha tisztában vannak azzal, hogy pontosan miről hoznak döntést. Ehhez egyrészt szükség van a megfelelő, szakszerű tájékoztatásra, másrészt arra a képességre, hogy racionális döntéseket hozzanak, képesek legyenek megérteni és mérlegelni azok természetét és életükre való kihatását. A tájékozott beleegyezés elve egy jelzős szerkezet, a hangsúly a *beleegyezésen*, az önrendelkezés lehetőségén van, a tájékozottság ennek előfeltétele. Azért fontos a tájékoztatás, hogy a szabad, autonóm döntés biztosítva legyen.

Nem volt túl régen, amikor megszokott volt, hogy különösen a rossz kórjóslatú betegségek, például előrehaladott rákbetegség esetén a diagnózisról, de még az alkalmazott vizsgálatok és kezelések természetéről vagy kockázatairól sem tájékoztatták a pácienseket. Talán a hozzátartozóikat inkább, mégpedig abból az etikai meggyőződésből adódóan, hogy a beteget meg kell kímélni a rossz hírtől, mivel kétségbeesése visszavetné a kezelések kilátásait. Az orvos szakértelménél és tapasztalatánál fogva jobban tudja, hogy mi válik összességében a beteg javára, így jobb, ha ő maga hoz döntést a kezelések menetét illetően. Ezt az orvosi, orvosetikai felfogást nevezzük ma *paternalizmusnak*. Ismert ábrázolása ennek a helyzetnek Simone de Beauvoir *Szelíd halál* című narratívája (2019), amely 1963-ban történik Párizsban és az író-filozófus saját anyjának betegségét, orvosi kezelését, haldoklását és halálát írja le, azt az akkoriban uralkodó gyakorlatot, hogy a halálos beteget nem tájékoztatták az orvosok az állapotáról. Azóta sokat változott a világ, a tájékoztatás kötelezettsége körül mára széleskörű egyetértés alakult ki.

A tájékozott beleegyezés történetileg, akár a huszadik század közepéig, jórészt az igazmondás, megtévesztés, hazugság, elhallgatás dilemmáira korlátozódott. Fontos azonban látnunk, hogy a betegtájékoztatás követelménye nem merül ki ebben; ahogy alapvető betegjoggá és elfogadott gyakorlattá vált az orvosi praxisban és az orvostudományi kutatásokban, a figyelem egyre inkább a tájékoztatás *hatékonyságának* irányába fordult. Nem elegendő egyszerűen igazat mondani, a pácienseket részletesen tájékoztatni, ahhoz, hogy a tájékoztatás valóban autonóm döntéseik alapja legyen, olyan formát kell öltenie, ami a leginkább érthető és hasznosítható a számukra. Az 1997-es, azóta is érvényben lévő magyar betegjogi szabályozás a betegtájékoztatásról előírja, hogy a páciens „*számára érthető módon kapjon tájékoztatást*". Ezalatt számos gyakorlati szempontot érthetünk, például az információ megfelelő keretezését, a nehezen érthető, formális statisztikai adatok kerülését, vizuális elemek és a korszerű kommunikációtechnológiai eszközök bevonását.

Az életvégi döntéseknél, mint az életmentő/életfenntartó kezelések visszautasítása, az eutanázia, a hospice, az orvos-asszisztált öngyilkosság vagy a terminális szedáció, a legtöbben egyetértenek azzal,

hogy ezeket kizárólag megfelelő intézményes keretek között tartják elfogadhatónak, azaz hozzáértő szakember, leginkább orvos segítheti a pácienst halálba, mégpedig szigorú feltételek mellett. Az életvégi orvosi beavatkozások elfogadhatósága alapvetően végstádiumú, halálos betegségekre korlátozódik (indokolt esetben más súlyos egészségügyi helyzetben, szintén orvosi ajánlásra és felügyelet mellett). Abban is egyetértünk, hogy a tájékozott beleegyezés elengedhetetlen. A betegnek, vagy a hozzátartozónak, jogi képviselőnek, aki korlátozottan cselekvőképes, vagy nem cselekvőképes páciens haláláról dönt, tisztában kell lennie minden releváns információval, nem csupán formális informáltságra gondolunk, hanem arra, hogy kellőképpen megértette a helyzetét, az orvosi javaslatokat, a beavatkozás természetét és egyéb részleteit, és ennek tudatában hoz kompetens, racionális döntést.

A kérdés az, hogy pontosan milyen jellegű információra van egy személynek szüksége ahhoz, hogy a haláláról tájékozott döntést hozzon? Legtöbben erre a kérdésre azt válaszolnák, hogy mivel orvosi beavatkozásról van szó orvosi környezetben, elsősorban orvosi információra, ami kiegészül azzal, hogy a döntési lehetőség jogi feltételeivel is tisztában kell lennie. Ha viszont azt gondoljuk, hogy az életvégi beavatkozás, például az eutanázia nem egyszerűen egy orvosi kezelés a többi orvosi eljárás mellett, hanem egzisztenciális jellegű döntés, akkor fel kell vetnünk a kérdést, hogy a döntéshozás feltételeként ezekről a szempontokról is megfelelően tájékozottá kell-e válnunk? Még inkább, a kérdés az, hogy miféle tájékoztatásra gondolunk? Az orvosi tájékoztatás esetében feltételezzük, hogy az orvosi szakértő a tudományosan leginkább elfogadott ismeretekről ad tájékoztatást, amelyek birtokában a páciens megalapozott döntést hozhat. Létezik-e ehhez fogható szakértelem az élet és halál kérdéseit illetően? Hol keressük? Sarkosan: van-e a halálnak olyan tudománya és ezt képviselő szakértője, mint ahogy az orvoslás a gyógyítás tudománya, aminek az orvos a szakértő képviselője?

Az első válaszunk biztosan az, hogy nincs ilyen. A halál, vagy a túlvilági létre vonatkozó kérdések nem olyanok, mint az orvoslás tudományos eszközökkel vizsgálható kérdései. A haldoklás, vagy az emberek halállal kapcsolatos nézetei, a haldoklás és halál szociológiai

és intézményes szempontjai, az organizmusok biológiai működése és ennek megszűnte vizsgálhatók tudományos (empirikus) módszerekkel, az azonban, hogy mi történik *velünk* a halálunk után, nem tartozik az így kutatható jelenségek körébe. Talán azt gondoljuk, hogy ez a nézet mindenki *magánügye*, szabadon eldöntheti, hogy mit gondol arról, hogy mi lesz vele, van-e halálon túli élet, mennyország és pokol, van-e isten, lehetséges-e a lélekvándorlás, egyáltalán van-e halhatatlan lelkünk, ami túléli a testünket, stb. Ezzel összefüggésben merülnek fel azok a kérdések, amelyek az élet értelmére és értékére, a méltóságra, az életminőségre és egyéb egzisztenciális értékítéletekre vonatkoznak.

Ezek *lelkiismereti* kérdések, halljuk gyakran. Ezzel talán arra utalunk, hogy magánjellegű nézetek, azaz mindenki egyedül, mások nézeteitől függetlenül alakíthatja ki az álláspontját. A lelkiismeret furcsa kifejezés, arra is utal, hogy valójában nem vagyunk racionálisak, nem szükséges igazolás sem az alapvető nézeteinkhez, elegendő valami furcsa belső sugallatra hivatkozni, mint ami fölött nincs igazi ellenőrzésünk. A másik gyakran előforduló kifejezés a *világnézet*. Mint világnézeti szabadság, ami a magánélet szabadságának fontos eleme. Az, hogy mit gondolok például az élet és a halál, az isten és a túlvilág kérdéseiről, vagy a lélek természetéről, alapvetően magánügy. Ez azonban ebben a formában elég pontatlan fogalmazás. Ugyanis nem ugyanaz mindenki véleményét szabadságának zálogaként elfogadni, mint elfogadni, hogy az adott személyes vélemény egy komplett világnézet része. Ha például elfogadom egy másik ember véleményét, mint világnézetének részét és eredményét, mondjuk egy keresztény, egy muszlim, egy buddhista vagy egy szekuláris humanista nézetét, és ebből fakadó életvégi döntését, akkor feltételeznem kell, hogy az a nézete egy racionálisan felépített érvrendszerből fakad, mégpedig olyan módon, ami nyilvánosan ellenőrizhető.

Vannak továbbá, akik szerint az életvégi döntések alapvetően nem szólnak másról, mint az aktuális *érzések*ről. Arról, hogy egy adott személy hogyan érzi magát, mekkora fájdalmai vannak, mennyire szenved, milyen a megélt életminősége, mennyire aggódik. E megközelítés szerint indokolatlan a döntésekben olyan tényezőkre hivatkozni, mint a lelkiismeret vagy a világnézet, elegendő a szubjektív tapasz-

talatokra alapítani a döntések elfogadhatóságát. Az érzések biztosan fontos tényezők az életvégi helyzetekben, ez a nézet ugyanakkor azt sugallja, hogy az életvégi döntések célja egyszerűen a fájdalom, a szenvedés és egyéb rossz érzések megszűntetése. Az életvégi döntések, azaz a halál választása azonban aligha redukálható a szenvedés csökkentésének kérdésére. Épp ahogy az abortusz nem fogamzásgátlás, az eutanázia sem a fájdalomcsökkentés egy módja.

Világnézet, vagy – ami azt illeti – a lelkiismeret nem magától „terem" bennünk, hanem hosszabb ideig tartó, (többé-kevésbé) szisztematikus nevelés és gondolkodás eredménye. Vannak jobb és kevésbé jó világnézetek, még egy adott hagyományon belül is. Vannak, akik jobban értik az egyes elemeket, jobban elsajátították a szükséges készségeket, érzékenyebbek a problémák részleteire. Például vannak, akik a keresztény közösségen belül tájékozottabbak a keresztény tanokban, jobban értik azokat, mint mások. Az etikai kérdésekkel hasonló a helyzet. Van egy elterjedt nézet, miszerint az etikai, erkölcsi kérdésekhez mindenki egyformán „ért", minden vélemény egyenrangú, ami talán abból a gyanúból fakad, hogy az erkölcsi kérdésekben nem beszélhetünk szakértelemről. Ahogy vallási, filozófiai, esztétikai kérdések esetén sem. Vannak, akik járatosabbak e területek történelmében, jobban ismerik a szakkifejezéseket, de ez nem befolyásolja érdemben a tényleges tudást, azaz az ítéletek, döntések minőségét.

Ez az elfogadó felfogás azonban relativizmushoz vezet. Nyilvánvalóan ahogy több tudásra, tapasztalatra teszünk szert, úgy vannak jobban átgondolt szempontjaink, a normativitás elve pedig eleve feltételezi, hogy valamiképpen léteznek jobb és rosszabb álláspontok és ezekből adódó döntések. Vagy éppen jobban felépített és kevésbé következetes eszmerendszerek. Az, hogy elfogadom egy másik ember véleményét, világnézetét, nem jelenti azt, hogy „minden elmegy" (*anything goes*), bármely vélemény ugyanolyan értékű és hitelességű. Éppen ellenkezőleg, azért fogadunk el egy álláspontot valódi véleményként, mert feltételezzük, hogy alaposan átgondolt, és érvényessége folyamatosan ellenőrizhető.

A világnézet több tényezőből tevődik össze. Részét képezik bizonyos érzések, tapasztalatok, ismeretek, tudáselemek, továbbá a racionális felépítés, a koherencia. Lehet narratív szerkezetű is, ahogy ma

sokan rámutatnak, azaz a történetekhez hasonló értelmezési lehetőségeket mutató. Az emberi elme úgy működik, hogy óhatatlanul is összefüggéseket, bizonyos mintázatokat vetít a környező világ és önmaga értelmezésébe. Ebben az értelemben minden megfelelően működő elmével rendelkező emberről feltételezhetjük, hogy van bizonyos összefüggő szemlélete, világnézete, valamint ezzel összefüggő értékrendje, lelkiismerete. Ezek azonban mint normatív elvárásokkal is szembenéző értelmezések, folyamatos ellenőrzésnek és fejlődési lehetőségnek vannak kitéve.

Bármennyire is furcsának hangozzon, a halál végső kérdéseinek vonatkozásában is létezik egyfajta szakértelem. Bizonyára nem abban az értelemben, ahogy a természettudományokban és az orvoslásban beszélünk szakértelemről és szakértőkről, mégis, vannak olyan tudós emberek, akik a halál, a végesség problematikájára specializálódtak. Elsősorban filozófusokra és vallási szakértőkre, teológusokra gondolok. Nem is csupán a hagyományokra, például az antik filozófusok (pl. Platón, Epikurosz, Seneca, Marcus Aurelius, Boethius) vagy a keresztény gondolkodók (pl. Szent Ágoston, Aquinói Szent Tamás), de nem is elsősorban a modern gondolkodók (pl. Schopenhauer, Kierkegaard, Heidegger, Sartre) munkáira és ezek mai szakértőire gondolunk most, hanem azokra a filozófusokra, akik a mai akadémiai világ keretei között szakosodtak a halál filozófiai problémáira, amely területet gyakran nevezik a halál filozófiájának (*philosophy of death*).

E terület képviselői, mint (csak párat említve) Steven Luper, Geoffrey Scarre, Jeff McMahan, Fred Feldman, J. E. Malpas, Michael Cholbi, továbbá bioetikusok, valamint a fenomenológiai és egzisztencialista hagyomány mai képviselői, a társadalom megítélése alapján rendelkeznek a halál kérdéseit illetően bizonyos szakértelemmel. Ha ez így van, beláthatjuk, hogy az életvégi döntések esetében a tájékozott beleegyezés feltétele lehet az e szerzőkhöz hasonló gondolkodási mód részleges átvétele, akár egyetértünk velük, akár nem. Bár a mai filozófia és a filozófusok nagy része nem mutat túlságosan nagy érdeklődést sem az életvégi kérdések és a halál elméleti témaköre, sem az életvégi döntések tisztázását célzó nyilvános diskurzusban való aktív részvétel iránt, valamiképpen szükséges lenne a témakör-

ben megszerzett kiterjedt szaktudásunkat is bevonni az egyéni életvégi döntések megtervezésébe.

## 4. AZ EUTANÁZIA FILOZÓFIAI ÉS ETIKA DILEMMÁI

Az *eutanázia* nem csupán az orvosi etika, illetve a bioetika hagyományának, de általában az etikának és a filozófiának is egyik klasszikus kérdése, amely amellett, hogy a saját jogán is igényt tart a folyamatos figyelemre, egyfajta „állatorvosi lóként" is működik az alapvető etikai elvek, álláspontok, érvek, egyéni és társadalmi erkölcsi felfogások tisztázásában, számos elágazási lehetőséget kínálva az etika természetének, módszereinek jobb megértéséhez. Nem véletlen, hogy az etikai gondolkodásba bevezetést kínáló könyvek, kurzusok éppannyira megkerülhetetlen témája, mint a nyilvános filozófiai beszélgetéseké, középiskolai etikaóráké, vagy a médiában megjelenő etikai vonatkozású híreké, bejegyzéseké.

Az eutanázia lehetőségének mérlegelése révén olyan erkölcsi szempontok kerülnek elő, mint az élet értéke, a méltóság, a szabadság és igazságosság fogalmai, a kiszolgáltatottság, a sebezhetőség helyzetei, a segítségnyújtás, a gondoskodás, az együttérzés és a szeretet dimenziói, az egyéni erények, az elvárások és a kötelességek, az erkölcs és a jog viszonya, az orvosi hivatás etikája. Emellett olyan általános filozófiai kérdések, mint az élet értelme, vagy hogy miben áll emberségünk, hogyan képzelhető el a halálhoz való viszonyunk helyénvaló megélése. Felidézhetjük Stephen Toulmin amerikai filozófus 1982-es nevezetes cikkének címét: *Hogyan mentette meg az orvoslás az etika életét*. Toulmin (1982) arra hívja fel a figyelmet, hogy az orvoslás hagyományos etikai kérdései mára kiléptek a szakmai gyakorlat köréből és a legalapvetőbb etikai kérdéseket intézik felénk új, egyértelmű kihívások formájában.

Az élet végével, a halál kérdéseivel kétféleképpen állunk: egyszerre, mégpedig különös súllyal, érint mindannyiunkat, ezért a filozófiai gondolkodás hagyománya is központi szerepet szán a halálról való gondolkodásnak, másrészt nem szívesen gondolunk a halálra, nem szívesen beszélünk róla, ezért is állították sokan, hogy újabban a halál

egyfajta társadalmi *tabuvá* vált, a szexualitáshoz korábban kapcsolódó szemérmesség légköre veszi körül. Ez a helyzet persze sokat változott, látszólag legalábbis, ma sokkal nyitottabban beszélünk az életünk végességéről, akár egyetemi kurzusok részeként, vagy éppen a *Halál Kávéház mozgalom* formájában, amely arra kínál nyilvános lehetőséget, hogy az élet végességével kapcsolatos kérdésekről szabadon beszélgessünk. A továbbiakban néhány, az eutanáziával, vagy általában az életvégi döntésekkel kapcsolatos filozófiai kérdést vetünk fel, leginkább abból a szándékból, hogy érzékeltessük, a filozófia, a bioetika és az orvoslás között milyen jellegű kapcsolatok léteznek.

## Világnézeti, politikai álláspontok

Rögtön az elején fontos tisztázni egy szempontot. Ahogy arra újabban sokan rámutattak, a mai társadalmi közbeszéd egyre inkább polarizálódik, beszűkül, a nevezetes „véleménybuborékok" egyre inkább magukba zárnak minket, ami azzal a következménnyel is jár, hogy eleve kész válaszokat, álláspontokat fogadunk el, képviselünk egy-egy bonyolult kérdéssel kapcsolatban. Az eutanázia vonatkozásában is tapasztaljuk ezt. Könnyen alakul ki az a benyomásunk, hogy a világnézetünk, politikai nézeteink mintegy *automatikusan* köteleznek el minket és másokat az eutanáziával kapcsolatos állásfoglalásban. Könnyű szívvel utalunk olyasmikre, mint a vallásos (leginkább keresztény) álláspont és a nem-vallásos, ateista (esetleg humanista) álláspont, a liberális vagy a konzervatív politikai nézetek erre és erre a véleményre determinálják az embereket az eutanázia erkölcsi/etikai elfogadhatóságát illetően. Sarkosan fogalmazva: *ha vallásos vagyok, ellenzem az eutanáziát, ha liberális vagyok, pártolom; ha konzervatív vagyok, ellenzem az eutanáziát, ha ateista vagyok, akkor pártolom*.

Biztosan létezik és kimutatható efféle statisztikai korreláció, azonban nem nehéz belátni, hogy az erre épülő sztereotípiák indokolatlanul szűkítik le a filozófiai és etikai viták mozgásterét. Csupán néhány problémát említenénk: a keresztény vallási gondolkodásban fontos alapelv az emberi élet *szentsége*, ugyanakkor az élet és halál kérdéseit a keresztény tanítás Isten hatáskörébe sorolta, így az ebbe való ra-

dikális emberi beavatkozást erkölcsi bűnnek tekintette. Mindannyian ismerjük azt a bioetikai vitákban is gyakran megjelenő szófordulatot, miszerint az orvosok mintegy „Istent játszanak" bizonyos helyzetekben (*hübrisz*), amikor például gépeken tartanak életben olyan embereket, akik amúgy meghaltak volna, akiknek a lelkét úgymond magához szólította a teremtő Isten. A később szentté avatott II. János Pál pápa halála (2005) ennek a keresztény dilemmának egy példája: a pápa arra hivatkozva utasított vissza életmentő orvosi beavatkozásokat, hogy lelkét és halandó testét Isten kegyelmére bízta.

Hasonló módon kerülnek elő az eutanáziával kapcsolatos etikai dilemmák a liberális, vagy baloldali elkötelezettségű ateista és humanista emberek számára is. A szabadság, a méltóság és az igazságosság (vagy egyenlőség) elvei – mint látni fogjuk – nem közvetítenek egyértelmű válaszokat az eutanázia etikai elfogadhatóságának kérdésében. Érdemes megfigyelni, ahogy a *méltóság*, vagy éppen mint kifejezetten *emberi* méltóság fogalma megjelenik az életvégi döntések etikai vitájában. Az eutanázia hívei éppúgy szívesen fordulnak a méltóság fogalmához és beszélnek a méltósággal való meghalás lehetőségéről (*dying with dignity*), mint azok, akik ellenzik az eutanáziát és alternatív lehetőségeket, például a hospice gyakorlatát mozdítanák elő. Ehhez kapcsolódó, bioetika órákon is gyakran megjelenő szempont, hogy például a beteg, szenvedésre ítélt állatokon is eutanáziát hajtanak végre az állatorvosok, ami humánus gyakorlat, így az embereken is alkalmazni kellene, míg mások úgy érvelnek, hogy az eutanázia mint emberi személyek „elaltatása" tulajdonképpen nem tesz különbséget az állati és emberi létezés között, így csökkenti a sajátosan emberekre jellemző méltóság tiszteletét.

## Különleges probléma?

Különleges filozófiai probléma-e a halál? Az életünkben számos kisebb-nagyobb problémával nézünk szembe: hogyan juthatunk el a legegyszerűbben a bevásárlóközpontba, mit főzzünk vacsorára, elfogadjunk-e egy felajánlott állást, vállaljunk-e gyereket, költözzünk-e új lakásba? Ezek mind döntési szituációk, arról szólnak, hogy az életünkön

*belül* milyen utakat választunk. De vajon ehhez hasonló döntési lehetőség-e, amikor arról döntünk, hogy élünk-e vagy halottak leszünk, azaz *kilépünk* az életünkből? Az egyszerűség kedvéért: egy útkereszteződésnél mehetünk balra és mehetünk jobbra – de meg is ölhetjük magunkat. Ezek a döntések ugyanolyan jellegűek-e? Az egyik esetben az élet két lehetősége, míg a másik esetben a lehetőség és a lehetőség hiánya között választunk.

Jogunk sok mindenhez van, vagy többnyire így gondoljuk: például a választásokon való részvételhez, szabad helyváltoztatáshoz, gazdasági vagy politikai szerepvállaláshoz, önkifejezéshez, magánélethez, oktatáshoz, egészségügyhöz. John Stuart Mill nevezetes *kárelvének* értelmében egy szabad társadalomban nagyjából mindenhez jogunk van, ami másoknak nem okoz közvetlen módon kárt. A liberális hagyományban gyakran megjelenik azonban egy fontos kivétel, egy különös elméleti paradoxon: *nem áll szabadságomban a saját szabadságom elidegenítése*. Ennek a dilemmának az egyik hagyományos példája az *önkéntes rabszolgaság*. Ha teljesen szabadok vagyunk, bármire van jogunk, amit tenni szeretnénk és másoknak nem árt, eladhatjuk-e magunkat rabszolgának? Rabszolgaként már nem leszünk szabadok – így a kérdés (gondolatkísérletként is) az, hogy szabadságunkban áll-e lemondani a saját szabadságunkról. A liberális elmélet hagyományán belül erre a kérdésre különböző válaszok születtek, általánosnak talán az mondható, hogy a szabadság radikálisan nem idegeníthető el, azaz kivételt jelent a szabad döntéseimet illetően.

Nem adhatjuk el a szerveinket pénzért, nem tárgyiasíthatjuk magunkat, az életünket nem kockáztathatjuk korlátok nélkül. Ezeket a kérdéseket a korábbi és a mai társadalmak egyaránt szabályozták: például a prostitúciót, a párbajozást, a szervadományozást, az orvosi kísérletekben való részvételt vagy az öngyilkosságot. Ma furcsának tűnik az öngyilkosság kriminalizálása, viszont egyetértünk azzal, hogy egy ember ne adományozhassa a szívét a beteg gyermekének, vagy ne adja el pénzért, hogy jobb körülményeket teremtsen a családja számára. A testünkkel és az életünkkel egy bizonyos mértékig rendelkezünk, de bizonyosan nem korlátlanul – a közösségnek vagy az államnak sok esetben erkölcsi kötelessége az önrendelkezésünket paternalista módon korlátozni. Jean Améry könyvének (2004) címét idézve: *Az ember*

*önmagáé*. Jól hangzik, de az önkéntes rabszolgaság dilemmája is rámutat arra, hogy bizonyos esetekben igazolható a szabadság korlátozása – pont a szabadság biztosítása érdekében. A kérdés az, hogy az eutanázia hasonló helyzetet teremt-e, mint az önkéntes rabszolgaság? Ha lemondunk az életünkről, akkor a szabad döntési lehetőségünkről is lemondunk. Az eutanázia az autonómiáról való lemondás az autonómia nevében. Nyilván más rabszolgának lenni, mint halottnak, ha másért nem, mivel az előbbit teljesen mértékben elfogadhatatlannak tartjuk, miközben a halál az emberi lét elkerülhetetlen velejárója. Másrészt a halál különleges kérdéseket vet fel, amelyek nem illeszthetők a döntéseink és a jogaink megszokott kereteibe.

## Szabadság és igazságosság: az eutanázia társadalmi etikája

Eutanázia alatt leginkább orvos-asszisztált halált, halálba segítést értünk, amikor orvosi környezetben, orvosi felügyelet mellett, orvosi szempontok alapján születik döntés az élet végéről. Különböző változataira utalunk, például az aktív és passzív, az akaratlagos és nem-akaratlagos eutanáziára, még általánosabban ide sorolhatók az életvégi döntések más formái, például az orvos-asszisztált öngyilkosság vagy az életmentő/életfenntartó kezelések visszautasítása is. Az eutanázia kérdése hosszú történetre tekint vissza, azonban mai dilemmái főleg a modern orvosi ellátás sajátos kereteihez és szabályozásához kapcsolódnak.

Két, egymással összefüggő szempontot említünk. Az egyik az orvosi tudás, gyakorlat és technológia, általában az egész egészségügyi intézményrendszer rohamos fejlődése a huszadik század második felétől, ami lehetővé tette olyan súlyos állapotú emberek megmentését, életben tartását (pl. agyvérzést, szívrohamot, balesetet követően), akik korábban nagy valószínűséggel meghaltak volna. A másik az orvoslás intézményes környezetének, kereteinek a megváltozása. Ha korábbi festményeket nézegetünk az orvosi ellátásról, vagy tizenkilencedik századi regényeket olvasunk, ahol megjelenik a betegek kezelése, azt látjuk, hogy a gyógyítás elsődleges színhelye a beteg otthona volt, ahova az orvos eszközeit kis táskájában magával hordva látogatott el. Ahogy azonban egyre több, bonyolultabb, nagyobb és drágább eszköz kerül

a gyógyítás szolgálatába, mindinkább előtérbe kerül az a lehetőség, hogy ne az orvos menjen a beteg házába, hanem a beteget szállítsák az erre kialakított nagy egészségügyi intézménybe, a kórházba.

Ezt a folyamatot olyan egyszerű technikai vívmányok is segítették, mint a mentőautók megjelenése, illetve a széles körben hozzáférhető telefonszolgálat. Ma számunkra magától értetődik, hogy ha valakit a környezetünkben szívroham vagy baleset ér, könnyen hívhatunk mentőt, ami gyorsan a kórházba szállítja, ahol élete jól felszerelt és szakértő orvosok közreműködésével a korábbiaknál lényegesen nagyobb eséllyel menthető meg. Amellett, hogy orvosilag ez jelentős előrelépés, átalakítja a páciens-orvos kapcsolatot is, számos új etikai dilemmát vetve fel. Kórházban, szigorú orvosi felügyelet mellett az emberek úgy érezhetik, hogy az idegen környezetben elveszítik önrendelkezési képességüket, kiszolgáltatottá válnak, mások döntenek helyettük. Az élet végén ez különösen felerősödő probléma. Míg a huszadik század elején az emberek többsége az otthonában halt meg, a század végétől ez drasztikusan megváltozott, legtöbben kórházi környezetben halnak meg, mégpedig sok esetben bizonyos életvégi orvosi döntések eredményeként.

A modern egészségügyi intézményrendszert, a klinikai és a kórházi környezetet gyakran éri az a kritika, hogy technicizált, és bürokratikus, dehumanizált viszonyok jellemzik, ahol az egyes emberi személy, a páciens szempontjai a háttérbe szorulnak. Többek között Michel Foucault francia filozófus mutatott rá az orvosi intézmények hatalmi szerepének megváltozására. Ami egyrészt nyilvánvaló orvosi áttörések és sikerek sorozata, sok ember életében a szabadság korlátozásaként jelenik meg, akár kifejezett félelmek formájában, hogy életük vége kikerül a személyes autonómiájuk hatásköre alól: idegen környezetben, idegen emberek között halnak meg, akár olyan körülmények között, ami nem szolgálja emberi méltóságukat.

Az 1960–70-es évektől egyre több olyan aggály jelent meg, Amerikában és Európában egyaránt, hogy a modern, továbbra is gyorsan fejlődő orvoslás gyakorlatát fokozott etikai szabályozás alá kell venni, ezen a területen is érvényesíteni szükséges a társadalmi etika akkoriban előtérbe kerülő két pillérét: az *egyéni szabadság* (autonómia) elvét és a *társadalmi igazságosság* szempontjait. A modern szem-

léletű orvosi etika, a *bioetika* ennek a folyamatnak az eredményeként bontakozott ki, ennek részeként pedig a betegjogok kidolgozása és hangsúlyozása. Ebben az időszakban jelentek meg az eutanázia elfogadhatóságával kapcsolatos társadalmi és szakértői viták, elsősorban az erős liberális, az egyéni döntéseket előtérbe állító hagyománnyal rendelkező országokban, mint az Egyesült Államok, Anglia, Hollandia vagy Ausztrália, ezzel együtt pedig egy furcsa fogalom: a *halálhoz való jog*.

1973-ban egy fiatal texasi férfi, Dax Cowart esete került a nyilvános viták kereszttüzébe. Dax egy robbanás következtében súlyos égési sérüléseket szenvedett. A korszerű eljárásoknak köszönhetően az orvosok életben tudták tartani, azonban a sérülések miatt csökkent életminőség (elvesztette látását, ujjait, eltorzult az arca), illetve a kórházban alkalmazott eljárások rendkívüli fájdalmas volta miatt Dax folyamatosan visszautasította az élete megmentésére tett orvosi erőfeszítéseket, amit azonban az orvosok nem vettek figyelembe és akarata ellenére is kezelték. Dax életben maradt, családot alapított, jogi diplomát szerzett és pár éve bekövetkezett haláláig a halálhoz való alapvető betegjog képviselője maradt.

Még vehemensebb társadalmi, a média által is gerjesztett felzúdulást váltott ki az ún. *perzisztens vegetatív állapotba* került páciensek életben tartásának kérdése. A vegetatív állapotba leginkább egy szívrohamot követően kerülnek emberek, miután az agyi vérellátásuk hosszabb időre kimarad. Orvosi diagnózisa szerint ebben a tartós állapotban a páciensnek nincs semmiféle tudatos tapasztalata, prognózisa alapján visszafordíthatatlan állapot, viszont mesterséges táplálással évekig, akár évtizedekig életben tartható. Karen Ann Quinlan, egy fiatal amerikai nő esete, aki 1975-ben került vegetatív állapotba, a bioetika egyik klasszikus esetévé vált azt a kérdést illetően, hogy életben kell-e tartanunk a modern orvosi lehetőségek segítségével olyan embert, akinek nincsenek tudatos, azaz az emberi személyhez kötött tapasztalatai, és nem is lesznek soha.

Ezek az esetek arra hívták fel a figyelmet, az orvosi világon belül és azon messze túl, gyakorlatilag az egész amerikai társadalomban, hogy valamit kezdeni kell azzal az új helyzettel, amelyet az orvoslás szinte hirtelen bekövetkezett fejlődése idézett elő. Azzal nagyjából

mindenki egyetértett, hogy az orvosi tudás és technológia fejlődése jó mind az egyénnek, mind a társadalomnak. Ha meg tudjuk menteni emberek életét, kitolhatjuk az élettartamukat, a korábbiaknál messze hatékonyabb módon javíthatjuk az életminőségüket, az erősíti az orvoslásba vetett bizalmunkat, így megéri a források növekvő bevonását. Ugyanakkor egyre többen gondoltak úgy erre a folyamatra, hogy az veszélyezteti önrendelkezésüket, elveszi tőlük az életük végével kapcsolatos döntési szabadságot, képzeletükben riasztó lehetőségként merült fel, hogy rideg kórházakban, gépeken tartják majd életben őket még akkor is, amikor már szívük szerint nem akarnák életük értelmetlennek tűnő meghosszabbítását.

Az orvosok maguk is megterhelő tapasztalatként élték meg ezt az időszakot. Sokan közülük nehezen egyeztették össze az új kihívásokat a Hippokratészig visszavezethető, az ő nevéhez kötődő orvosi etika és eskü hagyományával. Ha lehetőségem van megmenteni egy ember életét, az nem feltétlen orvosi erény? Hogy lehetséges, hogy egyre több ember konfliktust lát az orvosi elköteleződés és a saját szempontjainak teljesülése között? Ki hozzon döntést arról, hogy egy végstádiumú, haldokló, menthetetlen beteg hogyan, milyen körülmények között és mikor haljon meg? Kihez, mihez fordulhatok erkölcsi útmutatásért a modern medicina korában; mely vallási, filozófiai, etikai, orvosi tanítás képes ezt az új helyzetet megfelelően kezelni? Nos, az egyik kézenfekvő megoldás, hogy bízzuk ezt a páciensre, fogadjuk el a szempontjait, hiszen leginkább ő képes megítélni, hogy mikor és hogyan fejezné be az életét.

Az eutanáziával kapcsolatos szabadelvű gondolkodás nagyjából erre az álláspontra helyezkedik. Az életvégi döntéseket bízzuk arra, akinek az életéről és haláláról döntés születik. A libertárius szemléletű Thomas Szasz (2011) az öngyilkosság és az eutanázia tiltását az orvoslás „szégyenének" nevezte. A mindenki csináljon, amit akar gondtalannak tűnő szabadelvű retorikája azonban a gyakorlatban számos etikai problémát vet fel, például azzal kapcsolatban, hogy a szabad döntés voltaképpen mennyire szabad, nem esünk-e gyakran a szabad döntés illúziójának csapdájába? Nem megtévesztés vagy társadalmi nyomás áll-e a „szabad" döntéseink hátterében? A társadalmi igazságosság szempontjai ebben az összefüggésben kerülnek elő.

Az eutanázia dilemmáját, leegyszerűsítve, a következő két lehetőség mentén írhatjuk le: (1) az egyéni szabadság, autonómia, a test feletti önrendelkezés lehetőségének kiterjesztése az élet egészére, avagy (2) intézményesített hajtóvadászat a gyengékre, elesettekre, kiszolgáltatottakra, betegekre és idősekre. Az egyéni szabadság, autonómia (a modern bioetika egyik alapelve) egy nagyon összetett jelenség, így az eutanázia vonatkozásában is érdemes óvatosan bánni vele.

Vegyünk egy egyszerű példát. Képzeljük el, hogy egy sötét, elhagyatott helyen megyünk haza, amikor elénk ugrik egy fegyveres rabló, aki pisztolyt szegez a fejünkhöz, és felteszi a nevezetes kérdést: „Pénzt vagy életet?". Mivel meghalni épp nem akarunk, gyorsan arra a következtetésre jutunk, hogy neki adjuk az összes pénzünket. Ez a döntés nyilvánvalóan nem ássa alá a szabad akaratba vetett filozófiai hitünket, hiszen szabadon döntöttünk úgy, hogy inkább lemondunk az anyagi javainkról ahelyett, hogy elveszítsük az életünket. Mégis furcsa lenne egy olyan érvelés a rablótól, miután elfogták a rendőrök és bíróság elé állították, hogy ő tulajdonképpen semmi bűnt nem követett el, hiszen a szabad akaratomból adtam át neki a pénzemet. Életünk minden döntése, ha nem is ennyire sarkított körülmények között, bizonyos korlátok között zajlik. A döntések szabadságának mércéje nem csupán a szubjektív belátás, racionális mérlegelés és akarat, hanem a rendelkezésre álló választási lehetőségek függvénye. Ezek a választási lehetőségek pedig gyakran nem tükrözik a társadalmi igazságosság elveit.

Az eutanázia viszonylatában ilyen igazságtalanságok merülhetnek fel. Bizonyos embereket, akár nem tudatos módon is, társadalmilag kevésbé értékesnek tartva talán könnyebben engedélyezik számukra, vagy éppen bíztatják őket az eutanázia igénybe vételére. Még egyértelműbb különbség, hogy mivel ezek az emberek kevésbé képesek olyan ellátást biztosítani önmaguk számára (vagy a családjuk a számukra), amely elfogadható életminőséget és méltóságot biztosít az életük végén, inkább kérnek eutanáziát. Sarkosan fogalmazva: egy úgynevezett „elfekvőben" elhelyezett kiszolgáltatott beteg könnyebben mond le az életéről, mint egy olyan személy, aki képes önmaga számára magas szintű orvosi ellátást, komfortos elhelyezést és meg-

felelő ápolást biztosítani. Ezek társadalmi szempontok, ahol a javakhoz való hozzáférés igazságosságának különböző felfogásai léteznek. Bizonyára furcsa lenne egy olyan érvelés, hogy azok számára, akik megengedhetnek maguknak jobb orvosi (illetve komplex) életvégi ellátást, például egy jól felszerelt *hospice*-ban vagy az otthonukban, ápolók alkalmazásával, megtiltanánk ezeknek az extra szolgáltatásoknak az igénybe vételét, pusztán az egyenlőség elvére hivatkozva. Ugyanakkor a méltányosan magas szintű életvégi ellátás biztosításának minden állampolgár számára alapvető joggá kell válnia.

Hasonló kérdéseket vetnek fel az egészségügyi források elosztásának igazságossági szempontjai. Az eutanázia nyilvánvalóan kevesebb költséggel jár, mint a hetekig, hónapokig, vagy akár évekig tartó magas szintű életvégi, palliatív ellátás vagy az életmentő/életfenntartó kezelések folytatása, például újabb és újabb műtétek formájában. További általános, akár filozófiai kérdés az *orvoslás céljainak* meghatározása. Hagyományosan a haldoklók gondozása nem számított orvosi feladatnak. Friedrich Hoffmann 1738-ban megjelent *Medicus Politicus* című kézikönyvében arra utasítja az orvosokat, hogy „tartsák távol magukat a haldoklók látogatásától". A későbbi évszázadokban azonban a haldoklók gondozása is legitim orvosi feladattá vált. Ugyanakkor, ahogy arra talán leginkább Eric J. Cassell (1982) amerikai orvos és bioetikus hívta fel a figyelmet, a fájdalomcsillapítás és a palliatív kezelés a háttérbe szorult, részben abból adódóan, hogy az orvoslás a sikeres terápiákra fókuszált, miközben a reménytelen esetek az egészségügyi ellátás perifériájára szorultak. A helyzet mára jelentősen változott, azonban továbbra is megfigyelhető ez a jelenség. Elméleti és gyakorlati kérdésként is felmerül, hogy egy adott társadalom inkább az egyéni választás, így az eutanázia elfogadhatóságára összpontosít, vagy inkább erőforrásokat mozgósít arra, hogy az életvégi orvosi ellátást és gondozást fejlessze. Ugyanakkor nyilvánvaló az is, hogy ha egy adott pillanatban csillapíthatatlan szenvedések között éljük életünk utolsó napjait, akkor arra nem lehet kielégítő válasz az egészségügyi szolgáltatás hosszabb távú fejlesztése, amelyből már aligha részesülhetünk.

## Jó halál, jó élet – a halál filozófiája

A halál mai filozófiájának egyik kulcskérdése a *jó halál* lehetősége, ami az eutanázia fogalmában is megjelenik. A *jó* fogalma maga is nagyon összetett. Jóról beszélhetünk esztétikai értelemben (például egy étel vagy film lehet jó), funkcionális értelemben („elromlott a mosógépem, de már jó"), de utalhatunk rá etikai/erkölcsi értelemben is, amikor egy adott döntés, cselekedet vagy életmód *helyes*. Az élet végi kérdésekben is fontos tisztázni, hogy a jó melyik meghatározásából indulunk ki. A fájdalommentesség elérése más szempontokat vet fel, mint az erkölcsileg helyes döntések meghozatala.

A jó halál fogalma is bonyolult. Scarre (2012) különbséget tesz a jó halál (*good death*) és a megfelelő meghalás (*dying well*) fogalmai között, amely distinkció az eutanázia filozófiai értelmezésében is a segítségünkre lehet. A jó halál esetében nem arra utalunk, hogy másoknak jó lehet-e egy adott személy halott volta, hanem arra, hogy egy még élő embernek lehet-e jobb a halál állapota, mint az élet. Rögtön érezzük, hogy egy nagyon fogós filozófiai kérdéssel nézünk szembe. Mert mit is jelent az, hogy valami, egy adott állapot valaki számára jó vagy jobb? Általában azt, hogy a helyzetet megélő személy számára valamiféle örömöt, a szenvedések csökkenését vagy más előnyt jelent. Azonban a halott számára nincs jó és rossz, öröm és szenvedés, pont abból kifolyólag, hogy nem létezik a jó és rossz tapasztalatát megélő szubjektum. Hétköznapi filozófiai vagy etikai intuícióink gyakran erősítenek bennünk olyan érzést, hogy egy nagyon beteg, fájdalmak és szenvedések közepette élő, végstádiumú beteg *számára* jobb lenne meghalni. Vagy egy nagyon súlyos, élettel összeegyeztethetetlen rendellenességekkel született gyermek esetében azt, hogy talán „jobb lett volna *neki*, ha meg sem születik". Ezek az intuíciók azonban nem tudnak számot vetni azzal a kérdéssel, hogy mit is értünk pontosan azalatt, hogy jobb lenne vagy jobb lett volna nekik, ha meghalnak vagy meg sem születnek.

Ehhez kapcsolódó metafizikai kérdést vet fel a ma leginkább David Benatar filozófus munkáiban megjelenő *antinatalista* (születésellenes) pozíció, ami azt állítja, hogy mivel az élet inkább szenvedés, mint öröm, az utilitarista elmélet értelmében arra a következtetésre kell

jutnunk, hogy jobb lett volna meg sem születnünk, illetve jobb lenne nem hozzájárulni további szenvedésre ítélt emberek világra jöveteléhez. Érdemes ízlelgetni ezt a provokatív, ám a filozófia történetében többször felbukkanó gondolatot: *jobb lett volna nekem, ha meg sem születek*. A mi kérdésünk persze nem ez, hanem az eutanázia filozófiai elfogadhatósága. Mostanra világossá válhatott, hogy ha a meg sem születés alternatíváját értelmezhetetlennek tartjuk, akkor azzal a lehetőséggel kapcsolatban is komoly elméleti problémával nézünk szembe, amikor azt állítjuk, hogy egy súlyos beteg ember számára jobb lenne halottnak lenni – akár ő maga gondolja így, akár mások. E megfontolások fényében lehet-e racionális döntés az öngyilkosság vagy az orvos-asszisztált halál, eutanázia választása?

A kegyes halál kérdésére áttérve, a kérdés az, hogy egy személy megölése kárt okoz-e neki vagy netán hasznot. Nyilvánvalóan kárt okoz valakinek, ha fájdalmat, szenvedést okozunk. Kevésbé nyilvánvaló, hogy ha úgy ölünk meg egy embert (vagy állatot), hogy az nem okoz számára fájdalmat, szenvedést, fel sem fogja azt, akkor is kárt okozunk-e neki. A halál mai (angolszász) filozófiáján belül az egyik központi kérdés, hogy a halál okozása kárt okoz-e, illetve ha igen, amit általános etikai intuícióink erősítenek, pontosan milyen értelemben. Nagyon erős erkölcsi meggyőződésünk, hogy a gyilkosság, függetlenül attól, hogy okoz-e fájdalmat és szenvedést vagy nem, kárt okoz, mivel az élet értékes, élni jobb, mint halottnak lenni, így a gyilkosság bűn.

A filozófus Philippa Foot (1977) az eutanáziáról írt cikkében egy bizarr példát említ. A kínzások és kivégzések sötét történetében számos olyan eljárást találunk, amelyek célja a szenvedés elodázása volt, büntetési, elrettentő célzattal. Felidézhetjük a keresztre feszítés, a karóba húzás vagy az elnyújtott máglyahalál gyakorlatait. Az így büntetett szerencsétlen emberek még hosszú órákig, akár napokig szenvedtek a haláluk előtt. Akkor is egyetértettek az emberek abban (ahogy ma is), hogy a gyors kivégzés kegyesebb halálnem lett volna az elítéltek számára, pont ezt a kegyelmet nem akarták megadni a számukra. Elterjedt gyakorlat volt az így szenvedő emberek kegyes halálba segítése is. A múlt kegyetlen kínzási módjai rámutatnak arra, hogy az élet egyszerű meghosszabbítása önmagában nem elfogadható általá-

nos etikai elv, mivel léteznek olyan helyzetek, amikor a gyors halál, így a rövidebb élet jobb az egyébként is meghaló ember számára.

Egy alternatív megközelítés szerint nem az egyes egyének szempontjai felől értelmezhetjük az eutanázia etikáját, hanem egyfajta haszonelvű kalkuláció (boldogság- vagy szenvedéskalkulus) formájában, tehát a világban meglévő öröm és szenvedés mérlegelésével állapíthatnánk meg egy adott cselekedet erkölcsi elfogadhatóságát. Ez a megközelítés azonban nyilvánvalóan elfogadhatatlan, mivel lehetőséget teremt a szenvedő emberek életének akaratuk ellenére való kioltására is. Az etikában nem elég a szenvedés összmennyiségét csökkenteni, az érintett emberek érdekeit és preferenciáit is figyelembe kell venni.

A haldoklás, életünk utolsó szakasza az életünk részét képezi, ebből a megközelítésből talán több érdemi eligazítást nyerhetünk. Az eutanázia filozófiája nem a jó halál, hanem a *jó élet* kérdése mentén érvényesülhet igazán. A jó élet felfogásával kapcsolatban sokkal több filozófiai kapaszkodót találunk, viszont itt is számos problémával szembesülünk. Rengeteg elmélet születik ma arról, hogyan éljünk jó életet: hogyan legyünk boldogok, sikeresek, gazdagok, hogyan éljünk értelmes életet; a média és az önsegítő könyvek garmadája kínál ezekre megoldási lehetőségeket. Nem ugyanaz arról értekezni, hogy mit jelent egy adott pillanatban vagy életszakaszban jó, boldog, kiteljesedett életet élni, mint arról kialakítani egy átfogó elképzelést, hogy miben áll a jó élet mint olyan egésze. Létezik egyáltalán olyan, hogy jó vagy rossz élet, s ha igen, mik ennek a feltételei? Az egyik megközelítés szerint az élet egy koherens egész, egyfajta *utazás* vagy értelmes *történet*, narratíva, ami nem feltétlenül magától szerveződik így, hanem tudatos erőfeszítéseket igényel.

Arisztotelész filozófiai felfogásában a jó élet, az *eudaimónia* egy olyan normatív etikai cél, amely a teljes életre kiható életvezetési elvek alkalmazásával érhető el. Ebbe beletartozik az életünk utolsó szakasza, azaz a haldoklás és a halálunk is. Hiába élek évtizedekig jó életet, ha a halálom nem megfelelő módon következik be, az árnyat vet az életem egészének megítélésére. Az antik filozófiai, majd a keresztény vallási hagyományban az élet lezárása fontos szempont volt az illető egyén életének megítélésben. Nem véletlen,

hogy a keresztény hagyomány is csak a halála után avat boldoggá vagy szentté egy-egy példás életet élő embert, lévén az élete egésze kerül ilyenkor megítélés tárgyává.

## Erkölcsi szempontok az élet végén

Az eutanáziával kapcsolatos mai társadalmi viták, ahogy a legtöbb más etikai diskurzus is, azt sugallják, hogy elegendő a választási lehetőségek jogi biztosítása, és ezáltal megoldódnak az etikai problémák, hiszen mindenki a saját belátása, meglévő preferenciái és felismert érdekei szerint tud majd dönteni. Ez a megközelítés azt is maga után vonja, hogy az etikusnak leginkább a jogi lehetőségek biztosítása a feladata, s ahol ez megvalósul, ott nincs is több érdemi dolga. Mint korábban is leszögeztük, a jogi keretek biztosítása nem hogy nem old meg minden etikai dilemmát, de azok éppen akkor kerülnek elő teljes összetettségükben, amikor a választási lehetőség biztosítva van.

Ha olyan országban élünk és leszünk végstádiumú rákbetegek, ahol az eutanázia legális választási lehetőség, akkor milyen elvek, megfontolások alapján hozzunk döntést a további kezelések (pl. műtétek, kemoterápia), a hospice ellátás, az orvos-asszisztált öngyilkosság vagy az eutanázia között? Az orvosi információ nem képes eldönteni a kérdést, tehát ránk marad a döntés. A lehetőséget megkaptuk a választásra, azonban a döntéshez segítséget nem kapunk. Az egyik beteg a további kezeléseket választja, a másik a palliatív kezelést vagy a hospice-t, egy harmadik pedig az eutanáziát. De vajon melyikük hoz jó döntést és mi alapján?

Egy vallásos elköteleződésű ember számára talán könnyebbnek tűnik a döntés, sőt alkalma lesz megvitatni ezt a felekezetének megfelelő vallási vezetővel, pappal, lelkésszel, akitől lelki támogatást kap. A keresztény és más vallási hagyományok kidolgozott, ha nem is egyértelmű szempontokat képviselnek az élet lezárásához. De mi lesz azokkal, akik nem vallásosak? Magától adódik a pszichológiai segítség, támogatás igénybe vétele. A pszichológiai tanok azonban, különösen a humanisztikus pszichológiai irányzatok, nem fogalmaznak meg egyértelmű normatív elveket a jó életre (és halálra) vonatkozóan,

inkább utalnak a személyek eleve meglévő preferenciáira, elképzeléseire. Az autonómia bioetikai alapelve kapcsán szokásosan Kantot említik, valójában azonban közelebb áll a Mill kárelvéből adódó antipaternalizmushoz, amennyiben az autonómia elve többnyire nem támaszt *normatív* elvárásokat a döntéshozó ágenssel szemben, inkább a másik féllel (az orvossal) szemben fogalmaz meg kötelességeket a páciens döntéseinek tiszteletben tartását illetően. Így inkább az elfogadáson van a hangsúly, nem a nézetek kritikai alakításán.

John Hardwig egy 1997-es cikkével borzolta a kedélyeket, amelyben kifejtette, hogy bizonyos körülmények között beszélhetünk a meghalás kötelességéről (*duty to die*). Bizonyos esetekben a beteg, haldokló ember terhet, problémát jelent a környezetének, így erkölcsi döntéseikben megjelenhet egy ilyen szempont is. Persze ezzel együtt felvethető az élet vagy tovább élés kötelességének kérdése, mint ahogy a betegek olyan jellegű kötelezettségei is, hogy feleljenek meg az egészségügyi személyzet és intézmény elvárásainak, azaz ebben az értelemben legyenek „jó betegek".

A betegségek filozófiai, elsősorban *fenomenológiai* vizsgálata az utóbbi években előtérbe került. Olyan filozófus szerzők, mint S. Kay Toombs, Havi Carel vagy Kevin Aho saját betegségtapasztalatukról számoltak be a fenomenológia filozófiai megközelítése és módszere alapján. Ugyanebben az időszakban vált önálló műfajjá, és kezdett egyre nagyobb figyelmet magára vonni a *betegségnarratíva*, elsősorban olyan könyvek formájában, amelyeket bizonyos betegségekkel vagy más egészségügyi problémákkal szembesülő, élő, küszködő emberek írnak saját helyzetükről és megélt tapasztalataikról, narratív formában, amelynek során megkérdőjeleződött egyéni és társadalmi identitásukat is helyreállíthatják. Ian James Kidd angol filozófus (2012) arra hívta fel a figyelmet, hogy a súlyos betegség nem csupán fenomenológiai vonatkozásában *transzformatív*, életünket átalakító filozófiai tapasztalat, hanem erkölcsi értelemben is, amennyiben a betegség idején, az élet végén bizonyos *erények* megőrzése vagy fejlesztése meghatározó jelentőségű, illetve a betegség lehet jellemformáló hatású.

Az életvégi helyzetekben leginkább megjelenő erények a bátorság, a remény, a kitartás, a türelem, az alázat, a méltóság vagy a bölcsesség.

A filozófiai és vallási hagyomány a meghalás példaképeit tárta az emberek elé Szókratész, Seneca, Jézus vagy a mártírok képében. A haldoklás folyamatának meghatározott mintái és keretei voltak. Lehet-e beszélni olyan bioetikáról, amely nem az egészségügyi szakembereknek, hanem direkt módon a pácienseknek, adott esetben a haldokló betegeknek szól? Feltámasztható-e az antik filozófiai hagyomány, amely a haldokláshoz erkölcsi útmutatást nyújtott, kialakítható-e egy korszerű *ars moriendi* gyakorlat, nem vallási elvekre támaszkodva? A gyakorlati filozófia ma újra lehetőséget igyekszik kínálni az embereknek arra, hogy az életükben filozófiai elveket és gyakorlatokat alkalmazzanak. A sztoikus filozófia és más filozófiai irányzatok belátásai az életvégi döntéseinkben is segítségül szolgálhatnak.

## Válasszuk-e az eutanáziát?

Talán furcsa kérdés, pedig voltaképpen mindannak az összefoglalása és mércéje, ami az eddigiekben előkerült. Jellemző módon az eutanáziára hajlamosak vagyunk úgy gondolni akár filozófusként, bioetikusként, orvosként, jogászként, állampolgárként is, mint ami *másokat* érint, hiszen ők vannak abban a helyzetben, hogy ilyen döntést kell hozniuk. A kérdés azonban leginkább mégis az, hogy ha mi magunk ilyen helyzetbe kerülnénk, és lenne lehetőségünk a döntésre, vajon milyen szempontok alapján hoznánk meg a végső döntésünket? A pillanatnyi érzéseinkre alapozzuk, vagy gondoljuk át alaposan? Egyedül vagy másokkal konzultálva hozzuk meg a döntést? Ha ez utóbbi mellett döntünk, ki a megfelelő forrása a gondolatoknak – az orvos, a pszichológus, a pap, vagy a barátaink, a családtagjaink, netán a filozófus?

Alkalmas-e a filozófia arra, hogy az élete végével szembe néző, haldokló beteg abból merítsen gondolati forrásokat? Van-e a mai filozófiának komoly ambíciója a halál kérdéseinek komolyan vételére oly módon, hogy az eredményei alkalmasak legyenek a filozófiához forduló egyén életében szerepet játszani? Ebben a vonatkozásban egyaránt gondolhatunk a kontinentális filozófiai hagyományokra (pl. fenomenológia, egzisztencializmus), az analitikus hagyományból

építkező filozófiai megközelítésekre (pl. a halál filozófiája névvel illethető területre), vagy a különböző (platonista, arisztoteliánus, sztoikus, epikureus) antik filozófiai gyakorlatokat a mai körülmények között felelevenítő irányzatokra. Végső soron a filozófia egyik hagyományos célkitűzése a halál kérdéseivel való számvetés.

Az eutanázia nem csupán orvosi kérdés. Így a tájékozott beleegyezéshez, ami bioetikai alapelv, nem elegendő, ha csak az orvosi lehetőségekről kapunk tájékoztatást, azokat vesszük fontolóra. Bármilyen furcsának is tűnjön, az autonóm, szabad döntéshez szükséges teljes körű tájékoztatásnak a halálról kialakított filozófiai nézeteket is figyelembe kell vennie. Végső soron életről és halálról hozunk döntést. A mai filozófia így kapcsolódhat az eutanázia kérdéséhez, segítséget nyújtva a mai embereknek abban, ahogy az életük végén rájuk váró döntéseiket meghozzák. A kérdés nem mindig az, hogy mit *érzek*, mit *akarok*, hanem hogy mi a *helyes*.

## 5. ERÉNYEK AZ ÉLET VÉGÉN

Gyászjelentésekben gyakran visszatérő fordulat a „türelemmel viselt hosszú betegség", tipikusan daganatos betegségben elhunyt személyek esetében. A kifejezés felidézi bennünk a betegség és a kezelések által okozott kínzó fájdalmat és szenvedést, az életminőség drasztikus csökkenését, a beteg és hozzátartozói számára egyaránt súlyosan megterhelő időszakot. Ugyanakkor bizonyos *méltóságot* is sugall, a haldoklás folyamatának méltóságteljes megélését, elfogadását, egyfajta „jó halált", ami tiszteletet ébreszt bennünk.

Vajon miféle etika vagy filozófia képes ma számot adni a haldokló beteg helytállásáról az életet lezáró nagy megpróbáltatások közepette? Mit jelent méltósággal viselni a betegséget és halált, illetve miért jobb ez, mint fellázadni a sors ellen? A bioetikai cikkek és könyvek leginkább az egészségügyi intézményrendszer szakemberei, elsősorban orvosok, orvostanhallgatók, illetve ápolók számára íródnak megtanulandó tankönyvek formájában, formális oktatási folyamatuk részét képezve. Emellett a modern bioetika olyan társadalmi kérdéseket vet fel, amelyek új orvosi, biotechnológiai lehetőségek

(pl. szervátültetés, haláldefiníciók, ember- és állatkísérletek, asszisztált reproduktív technológiák, génmódosítás, az agy működésének művi befolyásolása) etikai elfogadhatóságát elemzik az uralkodó társadalmi felfogások tükrében. Azzal viszont adós marad a bioetika, hogy a betegséggel, fogyatékossággal, függőséggel és egyéb egészségügyi problémákkal közvetlenül szembesülő ember milyen etikai, erkölcsi kihívásokkal találkozik, s azokkal szemben hogyan álljon helyt. Ez talán nem is a bioetika feladata. Ám az is elképzelhető, hogy a bioetika horizontja érdemben kiterjeszthető ebbe az irányba is.

## A magára hagyott páciens

A modern bioetikát egy furcsa ellentmondás jellemzi. Miközben szemléletét alapvetően áthatja a korábbi idők *paternalista* gyakorlatával való szembenállás, ebből adódóan egy páciens-központú felfogás erősítése, voltaképpen jórészt megmarad azon keretek között, amely az egészségügy professzionális szereplői (orvosok, ápolók és más szakemberek) számára fogalmaz meg előírásokat arra vonatkozóan, hogyan viszonyuljanak a pácienseikhez. Ez érthető abból adódóan, hogy a páciens, a beteg ember sokkal kiszolgáltatottabb, sebezhetőbb helyzetben van az egészségügyi intézményrendszeren belül. Ugyanakkor alapot adhat annak a gyanúnak, hogy a pácienseket nem vonja be az érdemi etikai megfontolásokba, s valójában továbbra is egyfajta gondoskodó attitűd marad érvényben. A betegek, a páciensek szempontjainak elfogadása központi etikai szempont, az viszont kevésbé, hogy a betegségükkel és az ellátásukkal szembesülő emberek hogyan alakítsák ki saját elképzeléseiket, azokat hogyan éljék meg.

Amikor egy adott országban, például Hollandiában vagy Belgiumban, a nyilvános bioetikai viták eredményeként legálissá válik az eutanázia, az fontos jogi lépésként értelmezhető, ám ezzel együtt is csak egy újabb életvégi döntési lehetőség, amely nem nyújt érdemi segítséget ahhoz, hogy egy végstádiumú rákbeteg saját életének mérlegelését követően milyen döntést hozzon. Nyilván lesznek, akik az eutanáziát választják, mások viszont a további kezelést, akár alternatív ellátást, pl. hospice-t. A döntési lehetőség adott, ezzel együtt viszont a döntés

*maga* nem lesz könnyebb, sőt, inkább nehezebbé válik. A döntés nem csupán előzetesen adott értékrendek, preferenciák, érdekek kérdése, nem is kötelességeké, hanem erényeké is. Michael J. Meyer (1995) szavaival:

> *„A jogok az egyéni döntéseket biztosítják; például a kórházból a hospice-ba való kerülést, mindazokkal a változásokkal, amelyeket a kezelés felfogásbeli különbsége jelent. Azonban az, hogy mi történik a kórházban vagy a hospice-ban, csak részben az egyéni jogok kérdése, az elkerülhetetlenül az egyéni erények kérdése"* (Meyer, 1995, 52).

## Az erényes páciens

Bár az erényetika orvosi összefüggésben megjelenő mai formái, mint láttuk, főleg az orvosokra, ápolókra és az egészségügy egyéb szereplőire összpontosítanak, ha szórványosan is, de léteznek olyan megközelítések, amelyek a beteg emberek erényeit tekintik át. Keresztény megközelítésben Hauerwas és Pinches (1996), hangsúlyozva, hogy a *páciens* máig használt fogalma etimológiailag a tűrő, betegségét türelemmel viselő személyre utal, a *türelem* keresztény erényét tartja meghatározónak, s a betegségekkel szembenéző ember legfontosabb erényének. A keresztény vallású betegek Jézus szenvedéseiből meríthetnek erkölcsi példát, elsősorban a tűrés, a türelem vonatkozásában. A témában sokat idézett tanulmányában az erkölcsteológus Karen Lebacqz (1985) három alapvető erény jelentőségét hangsúlyozza: (1) *kitartó bátorság*; (2) *körültekintő bölcsesség* (*prudencia*); (3) *remény*. Ahogy Arisztotelész is különbséget tesz erkölcsi és intellektuális (észbeli) erények között, s e kettő együtt képes életünk egészét erényesebbé tenni, itt is e kétféle erény egységét ismerhetjük fel.

A fizikai és mentális betegség vagy más egészségügyi probléma, például a fogyatékossá válás, a függőség nem csupán testileg és lelkileg, de erkölcsileg is megterhelő helyzetet teremt. Újra kell gondolnunk gyakorlatilag mindent azzal kapcsolatban, hogy az életünkben fontos *értékeket* hogyan tudjuk a megváltozott körülmények között is érvényesíteni, illetve hogyan tudunk új erényekre szert

tenni. A krónikus betegségek fokozottan vetik fel a páciensek erkölcsi hozzáállásának kérdését. A hosszan tartó kezeléseket, a testi és lelki szenvedést, az életminőség csökkenését nem könnyű elviselni. Nem is kell ehhez feltétlenül különösen súlyos betegségekre gondolni. Az életmód, a táplálkozási szokások megváltoztatása, a folyamatos gyógyszerszedés, a mellékhatások elviselése, a vizsgálati és kezelési időpontok betartása jól kezelhető betegségek (pl. diabétesz) esetében is próbára teszi az illető beteg türelmét és kitartását.

Swift és munkatársai (2002) idült ízületi kopástól (*oszteoartrózis*) szenvedő páciensek helyzetét vizsgálták kifejezetten az arisztotelészi erényetika perspektívájából. Cikküket a következő szavakkal vezetik be: „Ez a tanulmány egy olyan kutatási program része, amely azt vizsgálja, milyen relevanciával bír egy bizonyos filozófiai elmélet, az erény-elmélet, a krónikus betegséggel élő páciensek tapasztalatára vonatkozóan." (474.) Kutatásuk három, így felfogott erény jelentőségének vizsgálatára tért ki: (1) *körültekintő bölcsesség* (*prudencia*); (2) *hála és jóakarat*; (3) *önmagunk értékessége*. Dekker, Uerz és Wils (2005) végstádiumú vesebetegek csoportjában vizsgált hasonló jelenségeket, szintén Arisztotelész erényetikai felfogásában megjelenő egyéni erények vonatkozásában. A szerzők interjúkat készítettek a betegekkel, majd azt elemezték, hogy narratív beszámolóik mely erényekkel hozhatók leginkább összefüggésbe. Ezek a következők voltak: kitartás, elfogadás, kiegyensúlyozottság, valóságérzet, tisztánlátás, közösségi érzés, életkedv, boldogság, hála, remény, jellem, felelősség, példakövetés, hit, stb.

Bár az antik erényetikai hagyomány az egyéni erkölcsi tulajdonságokra helyezi a hangsúlyt, ezt minden esetben úgy értelmezi, hogy az ember sajátos módon társas lény, így az erényei is társas környezetben érvényesülnek. Ahogy a betegség sem kizárólag az egyes személyt érinti, hanem társas környezetét, családját, barátait, munkatársait, illetve a gyógyításában, ápolásában részt vevő többi embert (Olson 2019), úgy a betegséggel összefüggésbe hozható erények is figyelembe veszik más emberek szempontjait is. Az erényes beteg nem csupán saját helyzetével, betegségével, életminőségével kapcsolatban mutat erkölcsi helytállást, hanem másokra is tekintettel van. Ez nem azt jelenti, hogy saját érdekeit másokénak rendeli alá, inkább

azt, hogy saját boldogulása a társas környezetével való harmonikus együttműködés keretei között valósul meg.

## A betegség jellemnevelő hatása

Megbetegedni valószínűleg senki nem akar. A betegség életünk lehetőségeinek beszűkülését jelenti, egy komolyabb betegséggel nem élhetünk úgy, ahogy szeretnénk, nem folytathatjuk megszokott tevékenységeinket, életmódunkat. Ugyanakkor a betegség újfajta tapasztalatok forrása is, betegként másképp tapasztaljuk meg a testünket, életünket, személyiségünket, a minket körülvevő emberek viselkedését, kapcsolatainkat. Betegként rákényszerülünk arra, hogy újragondoljuk életünk egészét. Így felfogva a betegség filozófiai belátások forrása lehet, egy tanulási folyamat. Ezzel együtt olyan erkölcsi kihívások forrása is, amelyeket az élet más eseményei legfeljebb csak korlátozottan vetnek fel számunkra. A betegszerep nem csak a kezelések orvosi vonatkozásában jelenik meg, hanem társas környezetben, lévén helyzetünk másokat is mélyen érinthet, ezzel együtt pszichológiai, spirituális, de kifejezetten etikai, filozófiai vonatkozásai is vannak.

Ian James Kidd újabban több írásában is komoly elemzés tárgyává tette azt a kérdést, hogy a betegségből lehet-e erkölcsi és filozófiai tanulságokat levonni. A betegség lehet pozitív transzformatív tapasztalat kognitív, affektív (érzelmi), esztétikai, egzisztenciális, spirituális értelemben, ezen túlmenően erkölcsi vonatkozásban is, erényeink fejlődését illetően. *Lehet-e a betegség nevelő hatású?* című írásában (Kidd 2012) rámutat arra, hogy noha akadtak olyan szerzők, például a cinikus Diogenész, Szent Ágoston, Montaigne vagy Nietzsche, akik a betegséget kifejezetten hasznos és akár kívánatos jellemformáló tapasztalatnak tartják, számára ez az „instrumentalista" felfogás éppúgy nem fogadható el, mint az, amikor a betegség tapasztalatát túlságosan pozitívnak állítják be (Kidd 2015), amire szintén vannak példák, ez is a kultúránkban terjedő tendencia (Ehrenreich 2008). Kidd inkább azt a mérsékeltebb álláspontot vallja, hogy a betegség nem kívánatos az életünkben, viszont a megbetege-

dést lehet jellemnevelő tapasztalatként is felfogni, illetve kihasználni. „A beteg ember, aki 'pozitívan válaszol' a betegségére, nem egyszerűen 'jól küzd meg', hanem az erények fejlesztésének, valamint a 'jó élet' keresésének nemes célkitűzésében is részt vesz." (Kidd 2012, 504.) A betegség tehát nemcsak transzformatív tapasztalat, de erkölcsi erényeink, jellemünk fejlesztője is:

> „*Nem nehéz belátni, hogy az erények hogyan segítik hozzá az embert a betegséggel való megküzdéshez. Vegyük a tipikus erények halmazát. Egy alkalmazkodó és kreatív személy jobban reagálhat a betegségére, mint egy inflexibilis, nem kreatív személy, különösen, ha türelmes és van bátorsága is. A gyógyszerezési előírások betartása és a gyakorlatok fegyelmezettséget követelnek, miközben az egészségügyi szakemberekkel való együttműködés bizalmat és őszinteséget igényel, ahogy a jövőbeli egészség lehetősége reményt, a meglevő egészség pedig hálát vár el. További erényeket is hangsúlyozhatunk vagy adhatunk ezekhez tetszés szerint*" (Kidd 2012, 502).

Havi Carel (2016) a következőképpen foglalja össze ezt a belátást:

> „*A betegség mély kihívás, és mint ilyen, taníthat alázatot, megbocsátást (gyakran saját magunknak), türelmet, elfogadást és kitartást, más erények között. A bátor szembenézés, rugalmasság és reflektív megküzdés képessé teheti a beteg embert arra, hogy megfelelően viselje a betegségét. […] E]z nem jelenti azt, hogy keresnünk kellene a betegséget; az egy sorscsapás. Bár a betegséget nem akartuk és nem örülünk neki, az efféle csapásokra adott reakciónk fejlesztheti bennünk a kiválóságot, azáltal, hogy sajátos válaszokat vált ki*" (Carel 2016, 243).

Kidd (2017, 2018) nagy hangsúlyt fektet az erkölcsi *példaképek* jelentőségére. A példakép szerepének igen jelentős hagyománya van az etika történetén belül. Az antik filozófusok hangsúlyozták, hogy erkölcsi elveinket, különösen pedig erényeinket és jellemünket nem bizonyos elméleti tantételek mentén sajátítjuk el, hanem erkölcsi példaképek követésének gyakorlatán keresztül. Az erkölcsi nevelésben bevett gyakorlat volt példaképek életének bemutatása. A példa-

kép az utóbbi években újra komolyan vett filozófiai témává vált, elsősorban az amerikai filozófus, Linda Zagzebski munkái révén (Zagzebski 2017; Nemes 2020b). Az antik időszakban Szókratész és Seneca halála volt mintaértékű követendő példa (Wilson 2007), míg a keresztény emberek számára Jézus, a mártírok és szentek kínáltak mintát a szenvedések és a halál elfogadására, az életvégi erényekre. Példaképek választása a mai emberek számára is megfontolandó gyakorlat, különösen az életvégi megpróbáltatások során.

## Egy modern Ars moriendi lehetősége

Az antik görög és római filozófiában, például a már említett Szókratésznél vagy a sztoikus filozófusoknál leginkább férfias, katonás erények jelennek meg, mint a rendíthetetlen állhatatosság, a lelki nyugalom megőrzése és a bátorság. A keresztény hagyományban a nevezetes *Ars moriendi*, a tizenötödik századtól széles körben alkalmazott képsorozat és magyarázó útmutató szolgált a haldokló betegek erényeinek fejlesztéséhez (Kovács 2010). A haldokló beteg erényeit megrendíthetik bizonyos csábítások, amelyek kikezdik erkölcsi tartását, jellemét. Az eredeti *Ars moriendi* bűnöket (jellemhibákat), ezek álnok kísértését, valamint az ezekkel szembeállított erényeket sorol fel, mégpedig elsősorban a következőket: (1) a *hit meggyengülése* – ezzel szemben a *hit megőrzése*; (2) a *kétségbeesés* – ezzel szemben a *remény* erénye; (3) a *türelmetlenség* – ezzel szemben a *szeretet* és a *türelem* erénye; (4) a *kevélység* (gőg, elbizakodottság) – ezzel szemben az *alázat* erénye; (5) a *kapzsiság* – ezzel szemben a *békesség* és *nagylelkűség* erénye (McCarty és Verhey 2013). Újabban a teológus Matthew Levering (2018) a következő kilenc erényt állítja a haldokló beteg elé: *szeretet*, *remény*, *hit*, *bűnbánat*, *hála*, *szolidaritás*, *alázat*, *elengedés*, *bátorság*. Shelp (1984) a bátorság erényét, Garchar (2005) a lojalitás erényét hangsúlyozza.

Az *Ars moriendi* abban segítette a haldokló beteget, hogy az említett negatív gondolatok és bűnök kivédéséhez a krisztusi erényekre emlékeztette, és támogatta abban, hogy ne veszítse el erkölcsi tartását, kialakítsa ezeket a fontos erényeket. Az antik filozófusok intelmei és

példái, valamint az *Ars moriendi* keresztény hagyománya, bár a mai emberek számára is fontos tanulságokkal szolgálhatnak, eredeti formájukban inkább elavult történeti forrásnak tűnnek. A kérdés az, hogy szükség van-e ma is hasonló jellemnevelő irányelvekre, ki tudunk-e találni a meghalás erkölcsi művészetére a mai viszonyok között is alkalmazható, praktikus tanácsokat? Ha igen, vajon kinek a feladata ez? Az orvosoké, a pszichológusoké, a jogászoké, a filozófusoké, az antropológusoké, a spirituális vezetőké vagy a bioetikusoké? Erre a kérdésre az egyik válaszunk az, hogy valószínűleg mindegyiküké. Egy modern *Ars moriendi* kidolgozását leginkább egy interdiszciplináris együttműködés keretében tudjuk elképzelni.

H. Tristram Engelhardt (Engelhartdt 1997) szerint a hagyományos erényetika és jellemnevelés olyan erkölcsi közösségeket feltételezett, amelyek nagyjából homogén világnézeti és erkölcsi felfogást vallottak, az antik görög, római (vagy akár kínai, indiai, japán, afrikai) kultúrákban. Más a helyzet a modern, sokszínű, multikulturális társadalmakban, ahol nehezebb az erkölcsi alapok egyértelmű elfogadottságára hivatkozni. Társadalmaink megosztottak, heterogének a jó élet kritériumait illetően, ennek fel- és elismerése képezi a toleráns együttélés etikai minimumát.

Az erényekkel kapcsolatos nemzetközi szakirodalomban létezik egy nagyon fontos vita arról, hogy a különböző kultúrákban megjelenő erények mennyire mutatnak átfedéseket, mennyire tekinthetők kultúrák felett univerzálisnak. Az itt hivatkozott nézetek arra mutatnak rá, hogy bár a szóba jöhető erények listája részben változó, alapvetően inkább a hasonlóságok dominálnak. Bár léteznek különbségek, a betegséggel és az élet végével szembenéző emberekkel kapcsolatban felmerülő erkölcsi nehézségek, a megjelenő erkölcsi erények jórészt ugyanazok minden történeti időszakban és kulturális környezetben. Ha egy erényetikai elvárás-*magot* akarunk felvázolni, ennek olyan erények lesznek a legfontosabb összetevői, mint a *türelem*, a *kitartás*, a *bátorság*, a *remény*, a *méltóság*, az *értelem* és a *bölcsesség*. A magam részéről ezt a hét „sarkalatos" erényt tartom a betegséggel szembenéző vagy haldokló beteg fő erkölcsi szempontjának.

Az erények furcsasága, hogy jogilag nem kikényszeríthetők, nem tekinthetők modern értelemben erkölcsi *kötelességeknek* (Meyer 1992;

Miles 2019). Ha valaki nem erényes az életében vagy haldoklásának folyamán, az nem szankcionálható, nem büntethető, de más formában sem várható el tőle. A jogrendszerben nincs olyan paragrafus, hogy türelmesnek, nagylelkűnek vagy bölcsnek kell lennünk, ellenkező esetben bíróság elé idéznek minket. De nem is arról van szó, hogy valaki „jó" vagy „nehéz" beteg, azaz megfelel azoknak az elvárásoknak, amelyeket mások: kezelőik, ápolóik, hozzátartozóik, barátaik, munkatársaik, vagy akár idegenek elvárnak tőlük.

A másik fontos szempont, hogy az erények inkább normatív ideálok, amelyeket elérendő célul tűzünk ki magunk elé, nem olyan tulajdonságok, amelyek teljes egészükben elsajátíthatók. Még a legnagyobb filozófusok, szentek, erkölcsi példaképek is arról számoltak be, hogy az erények területén időről-időre kudarcot vallottak, az emberi gyarlóság megakadályozta őket a kitűzött cél elérésében. Ennek belátása maga is a bölcsesség része. Ugyanakkor nem mond ellent annak, hogy erényeket, az erényes életet tűzzük ki magunk elé elérendő célként. Jóllehet az *Ars moriendi* nevében a *művészet* kifejezés szerepel, valójában nem a mai értelemben vett művészi, esztétikai szempontokra, hanem a *gyakorlatra* vonatkozik, mégpedig, mint az áttekintésből láttuk, erkölcsi erények vonatkozásában érvényesülő gyakorlatokra.

> „*A középkori Ars moriendi hagyomány magasztos célja a haldokló cselekvőképességének biztosítása volt: azt állítja, a haldoklás valami olyan, amit teszel, nem olyan valami, ami csak úgy megtörténik veled. […] A haldoklás mint 'művészet' furcsa fogalma a cselekvőképességet érvényesíti, ugyanakkor elvárásokat is támaszt azzal szemben, mivel bármiféle művészet gyakorlása készségeket igényel. Az Ars moriendi hagyományon belül a meghalás művészetéhez szükséges készségek az erények, amelyek olyan stabil jellemtulajdonságok, amelyek tulajdonosaikat azáltal tökéletesítik, hogy a helyes cselekedetre, valamint a boldogság keresésére hajlamosítják őket*" (Elliot 2016, 1).

A mai emberek más módon, más körülmények között, más környezetben halnak meg, mint elődeik. Az egyik fontos különbség, hogy a daganatos betegségek vezető halálozási okká váltak, például a járványos

betegségek visszaszorulásával. Az *Ars moriendi* gyakorlatát praktikus megfontolások idézték elő, lévén a nagy pestisjárványok idején olyan sok ember betegedett meg, hogy egyszerűen nem volt elegendő pap, aki lelki támaszt nyújtott volna a számukra, feladta volna rájuk az utolsó kenetet (Dugdale 2010, 2017). A pestis és más járványok inkább gyorsabb lefolyású betegségek, akár pár napon belül halált okozhatnak. A rákbetegség annyiban más, hogy lassabb lefolyású, így az egyéni reflexiónak nagyobb teret ad. Az elhúzódó betegség orvosi kezelések sorát jelenti, orvosi környezetben, kórházban vagy hospiceban, amely erre a feladatra szerveződött (Kőmüves 2018).

## Bioetika betegeknek

Gondolatmenetünket azzal kezdtük, hogy a bioetika leginkább az egészségügyi szakembereknek, főleg orvosoknak szól, de talán felülvizsgálatra szorul ez a gyakorlat, és keresnünk kell olyan lehetőségeket, amelyek a beteg emberek számára is erkölcsi iránymutatást nyújtanak. Az orvosi humaniórák (*medical humanities*) területén egy effajta elmozdulás máris felismerhető, ez a terület egyre inkább fordul a páciensek világa felé (Whitehead 2014). De vajon hogyan juthatnak el a vonatkozó etikai, filozófiai szempontok a haldokló betegekhez? Hogyan fejleszthetik saját maguk az erényeiket, illetve milyen formában kaphatnak ehhez segítséget?

A bioetikai vonatkozások leginkább a jogi és érdekérvényesítő szempontok mentén jelennek meg az életük végéhez közeledő emberek számára: jogi tanácsokat kaphatnak a kezelések megválasztásához, fordulhatnak a betegjogi képviselőhöz, amennyiben probléma merül fel a helyzetük tisztázását illetően. A betegjogok tudatosítása és érvényesítése fontos tényező, azonban az etikai szempontok csak igen szűk tartományát fedi le. Hasonlóképpen fontosak azok az erőfeszítések, amelyek az életvégi döntések praktikus szempontjainak szervezésében segítenek a haldokló betegeknek és hozzátartozóiknak, előadások, beszélgetések vagy online források segítségével (Murdock 2014). Azonban ezek a lehetőségek ritkán térnek ki filozófiai kérdésekre.

A beteg embernek az orvosi, pszichológiai, jogi, társas és spirituális igényein túl mély filozófiai, etikai igényei is vannak, amelyek az élet végén felerősödnek (Nemes 2014a). Ezek az igények, bármennyire is nyilvánvalók legyenek, kevés hangsúlyt kapnak az egészségügyi ellátásban, általában a mai kultúránkban. A betegség, illetve az élet vége és a halál egy *filozófiai* szituáció, amivel így vagy úgy, de mindannyian tisztában vagyunk. A mai filozófia a halál kérdését leginkább fenomenológiai és egzisztenciális vonatkozásában jeleníti meg, miközben a filozófiai hagyomány inkább etikai, mégpedig az erényekkel összefüggő megfontolásokat társított hozzá. A filozófiai gondolkodás középpontjában nem a lét értelme, ami a modern ember aggálya, hanem az a praktikus megfontolás állt, hogy milyen erényeket szükséges elsajátítani és mozgósítani a haldoklás folyamata során, azaz miben áll a jó halál.

A korábbi korszakokban a pap, a lelkipásztor, a rabbi és más lelki vezetők a vallási, spirituális tanításaikon túl az erények fejlesztésében is részt vállaltak. A vallásos világnézet visszaszorulásával azonban az erények ápolásának gyakorlata is eltűnt. A pszichológusok inkább tudományosan megalapozott terápiás lehetőségek felé fordultak, ami egy medikalizációs tendencia, a filozófusok pedig az etika más meghatározása felé, amelyen belül az egyes cselekedetek etikai megítélése a meghatározó, nem az egyéni erények és az erkölcsi jellem. Újabban viszont egyre több filozófus jut arra a következtetésre, hogy az erények fejlesztése, illetve a jellemnevelés gyakorlata nem korlátozódik a vallásos világnézetre, az antik filozófiai gyakorlat, az életmódként felfogott filozófia részeként értelmezve a mai viszonyok között is érvényesíthető. *A kérdés, hogyan juttatható el mindez a haldokló emberekhez?*

Az egyik kézenfekvő megoldás az etikai hagyomány szövegeinek tanulmányozása. Vallásos emberek számára ez megint csak kevesebb dilemmát vet fel, lévén a vallási szövegeket vélhetően tanulmányozzák már a betegségüket megelőzően is, így arra egyrészt fel tudnak készülni, másrészt betegen is könnyen támaszkodhatnak azokra. A nem vallásos emberek azonban ritkábban találkoznak olyan lehetőségekkel, amelyek képesek ellátni őket olyan gondolati és gyakorlati útmutatásokkal, amelyek a filozófiai hagyományból adódnak.

A beteg és haldokló emberek ma egyre több segítséget kapnak pszichológusoktól, lelki tanácsadóktól. A spirituális szempontok is egyre inkább megjelennek, akár kifejezetten vallási értelemben, akár tágabb összefüggésben. Az ún. *pozitív pszichológia* irányzata újabban termékeny módon fordult az antik erényetikai felfogás, jelesül Arisztotelész *eudaimónia* fogalma, mint az életünkben megvalósítandó cél felé (Seligman 2011). Eszerint a valódi kiteljesedés és boldogság útja nem az élvezetek hajszolása, hanem valami nagyobb életterv megvalósításaként érhető el. A jó élet forrása tehát a pszichológusok szerint is az erényes élet. Bármennyire is érdekes legyen ez a szemléletváltás a pszichológiában, tudnunk kell, hogy az antik filozófiával foglalkozó szakemberek jóváhagyását nem igazán nyerte el (Nussbaum 2012; Kristjánsson 2013). A megfogalmazott kritikák szerint a pozitív pszichológia félreértelmezi és leegyszerűsíti Arisztotelész erényetikai felfogását, amikor a pszichológia tudományos módszereivel tanulmányozható, mérhető jelenségként tekintenek az arisztotelészi erkölcsfilozófia fogalmaira.

Érdemes tehát visszatérni az eredeti filozófiai tanokhoz: Arisztotelészhez, Szókratészhez, Platónhoz, Senecához, Epiktétoszhoz, Marcus Aureliushoz. E szerzők gondolatai ma újra népszerűek, sokan gondolják, hogy hasznosak lehetnek a mai viszonyok között is. Egyre több filozófus ismeri fel, hogy sajátos tudásuk és készségeik által gyakorlati segítséget nyújthatnak embertársaik számára egy jobb élet eléréséhez. Az évezredek során felhalmozott filozófiai tudás, tapasztalat, bölcsesség a mai emberek számára is hasznos filozófiai, etikai iránymutatásként szolgálhat. Az erények fejlesztése, sajátunké és másoké, egy nagyon különleges *feladat*, nem tantételek, kötelességek, alapelvek, jogszabályok, tudományos tények, elméletek kérdése, hanem jellemünk, személyiségünk kitartó gyakorlással való megváltoztatása. Hogyan legyünk bátor, mértékletes, türelmes, elfogadó, nagylelkű, lojális, bölcs emberek – ezek nem elméletek elsajátításától függő tulajdonságok, hanem az erkölcsi minőségünk alakításának gyakorlati ideáljai. Talán soha nem leszünk ilyen emberek, viszont törekednünk kell rá; az antik bölcselők is inkább elérendő célként tekintettek a nagy erényekre.

Az életvégi erényekre előre is fel lehet és kell készülni, ennek mai gyakorlatát segíti a Halál Kávéház nemzetközi, nálunk is meghonosodott mozgalma (Nemes 2014b; Geiszbühl–Szimon–Nemes 2017). A Halál Kávéházban alkalom adódik arra, hogy alkalmi közösségben beszélgessünk az élet végességével összefüggő kérdésekről. A halálra való előre felkészülés az antik és későbbi filozófiai hagyománynak is fontos része volt (Barcsi 2016b). További lehetőséget kínál a filozófiai vagy humanista konzultáció igénybe vétele közös beszélgetések formájában, amelyek az erényeket és más etikai kérdéseket is előtérbe állítják (Baggini–Pym 2005). Akár a racionális vigasztalás régi, Senecától ismert, mára feledésbe merült műfaját is érdemes feleleveníteni, szintén a filozófiai erények gyakorlását elősegítendő. Az erények fejlesztésének további forrását képezik a betegségnarratívák, amelyek újabban önálló műfajként is megjelennek. Beteg, betegségekkel küszködő, életük végével szembesülő emberek számolnak be a sajátos tapasztalataikról, gondolataikról, az értelem keresésében tett erőfeszítéseikről. A *narratív medicina* sajátos mechanizmusa révén segíti, hogy más emberek belső világába betekinthessünk, saját világunkat reflektáltabban érzékeljük, megváltozott élethelyzetünkből adódó kétségeinket eloszlassuk, értelmet konstruáljunk az életünkben (Nemes 2015). A betegségnarratívák példaszerű erényeket is bemutatnak, ezeken keresztül válhatnak szerzőik erkölcsi elismerésünk, csodálatunk tárgyává, alakíthatják saját jellemünket.

# V. ÉLETVÉGI DÖNTÉSEK AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS KERETÉBEN

Kőmüves Sándor

## 1. BEVEZETÉS

A nyugati társadalmakban a születéskor várható élettartam emelkedése, a betegségek krónikus szakaszának hosszabb időszaka, az egészségügyi ellátásnak a krónikus állapotok megfelelő kezelését igénylő gyakori igénybe vétele, az egészségügyi ellátás technikailag fejlettebbé válása, az egészségügyi ellátás általánosabb elérhetősége, a szekularizált világszemlélet elterjedtebbé válása, a hagyományos családszerkezet átalakulása, mind-mind azon tényezők között szerepelnek, melyek hozzájárultak ahhoz, hogy az életvégi ellátás jelentős része intézményes keretek között zajlik, és hogy az életvégi gondozás jelentős mértékben medikalizálódott (Wilson–Cable–Williams 2008; Lynn 2005).

A medikalizáció az a folyamat, mely során egy életesemény a medicina értelmező látókörébe és tevékenységi hatókörébe kerül. A medikalizált keretrendszerben az orvos feladata nem a halálra való felkészítés, hanem elsősorban az élet megóvása, a betegségek gyógyítása, illetve a betegségekből eredő fájdalom csillapítása. A halál eshetősége, a halál kérdése kihívásként fogalmazódik meg a tudomány számára. Minthogy az anatómiai és a patológiai ismereteink lehetővé tették az emberi test felépítésének alapos megismerését, a betegségek és a halál okainak sok esetben részletekbe menő megértését, a valószínűségelmélet alkalmazásával pedig számos esetben lehetőségünk nyílt a betegségek és a halál előrejelzésére, bizonyos mértékű kontrollt gyakorolhatunk a halál jelensége felett.

A medikalizáció folyamatának mindig számos következménye van. Az életvégi betegellátás területén kétségtelen a pozitív eredmény

annak a technikai apparátusnak az elérhetőségében, amely például egy szükségesnek tekintett életmentés esetében rendelkezésünkre áll. Ám a rendelkezésre álló eszközeink használata abban az esetben, amikor egy betegnek már nem áll érdekében életének meghosszabbítása, hordozhatja a lehetséges negatív következményeket is. Az, hogy a rendelkezésünkre álló eszközöket mikor *megfelelő* alkalmazni, értékszemléletünk függvénye.

Ugyanakkor miközben a betegek, illetve a haldoklók jelentős része egészségügyi szolgáltatást nyújtó intézményben halálozik el, a lakosság, a betegek jelentős része a saját otthonában szeretne meghalni, sokan szeretteik között szeretnék eltölteni életük utolsó időszakát. Ez a magyar lakosságra is igaz: egy 2017-ben a magyar lakosság életvégi kívánalmaival kapcsolatban végzett reprezentatív kutatás azt tárta fel, hogy a válaszadók 61.1%-a otthon, családi környezetben, szakképzett dolgozók segítsége mellett szeretné eltölteni életének hátralevő részét (Busa–Zeller–Csikós 2018).

## Egyéni autonómia az élet végén

Az értékekre irányuló tekintetnek arról az igényről is be kell számolnia, hogy sokan *saját értékeiknek/érdekeiknek* az életük utolsó szakaszában is érvényt kívánnak szerezni, életük többé vagy kevésbé medikalizált közegében is azt szeretnék, hogy az életük utolsó szakaszát a maguk által megfogalmazott keretek között, az általuk képviselt értékek mentén éljék le. Ide tartozik például az a kívánság is, hogy életüket a lehetőségeikhez mérten a maguk által elképzelt feltételek között fejezhessék be. Ez az igény a társadalom alapvető értékeinek szemléletéről folytatott diskurzusban rendszerint a *személyes autonómia* iránti igény kifejeződéseként értelmeződik, amely autonómia iránti igény pedig a mások – ideértve az állam – igazolhatatlannak minősített beavatkozásától mentes *egyéni szabadságtartomány* képzete iránti elköteleződésben gyökerezik. A szabadság szóban forgó formájának és a vele összekapcsolódó emberképnek az egyik legismertebb megfogalmazása Isaiah Berlin filozófustól, eszmetörténésztől származik:

*„Azt szeretném, ha életem és döntéseim rajtam múlnának, nem pedig holmi külső erők határoznának rólam. Saját akarati aktusomnak kívánok eszköze lenni, nem pedig másokénak. Szubjektum, nem pedig objektum óhajtok lenni, szubjektum, melyet saját gondolatai, saját tudatos céljai irányítanak, s nem külső okok mozgatnak. Valaki akarok lenni, nem pedig senki: cselekvő, aki maga dönt, nem pedig róla döntenek; azt akarom, hogy önmagamat én irányítsam, nem pedig a külső természet vagy más emberek, mintha csak dolog volnék, állat vagy rabszolga, aki nem tudja eljátszani az ember szerepét, vagyis aki nem tud önálló terveket és célkitűzéseket kialakítani, illetve megvalósítani"* (Berlin 1990, 361).

## Az utolsó lehetőségek

Ahhoz, hogy egy beteg megfogalmazhassa, hogy a saját értékeinek érvényt szerezve miképpen szeretné megélni az életének utolsó szakaszát, tisztában kell lennie azzal is, hogy az egészségügyi ellátás mit nyújthat a számára, például a szenvedést az erőforrásainak birtokában az ellátás milyen lehetőségekkel képes enyhíteni. Az élet utolsó szakaszában átélt szenvedésre adott intézményileg elérhető válaszok azok a lehetőségek, melyeket *utolsó lehetőségeknek (last resorts)* nevezünk: konszenzuális álláspont alapján ide sorolandó a *hospice*, az *eutanázia*, az *életmentő és életfenntartó kezelések visszautasítása*, a *terminális szedálás*, az *„orvos által asszisztált öngyilkosság"*[1], valamint a *táplálékfelvétel és folyadékbevitel önkéntes beszüntetése*. A további fejezetekben ezeknek az utolsó lehetőségeknek a mibenlétét (fogalmi meghatározásaikat) tárgyaljuk röviden, elemzésünk tehát elsősorban filozófiai. Orvosszakmai és jogi ismeretek alapvetően csak olyan mértékben szerepelnek, amilyen mértékben a gyakorlat (praxis) filozófiai megragadása, elemezhetősége azt megkívánja; kivételt jellemzően a magyarországi helyzet jelent a kissé részletesebb ismertetés igényéből fakadóan. Annak is világossá kell válnia, hogy egyes esetekben a fogalomhasználatot a választott értékszemlélet határozza meg.

[1] Az idézőjelek magyarázatát lásd az opciót tárgyaló fejezetben.

## 2. A SZENVEDÉS

### A szenvedés enyhítése

Az életvégi opciók tárgyalása során egyre inkább konszenzussá váló etikai pillér az a szándék, amely a beteg *szenvedését* (Cassell 2004), esetlegesen elviselhetetlennek érzett szenvedését kívánja enyhíteni. A szenvedés szónak itt jelentősen tágabb a jelentése, mint a fájdalomnak, a két szó korántsem egymás szinonimája. A szenvedés jelentése nem szűkül le a hagyományos fájdalom-meghatározásra, amely a fájdalom eredetét potenciális vagy aktuális szövetkárosodáshoz kapcsolódó, vagy ahhoz hasonló élményhez köti (Raja et al. 2020). A szenvedés klasszikus módon fizikai, lelki, szociális és spirituális/egzisztenciális dimenzióra való bontása bizonyos mértékig mesterséges ugyan, mégis jól érzékelteti a hagyományos fájdalom-definíció jelentős mértékű bővülését. A spirituális/egzisztenciális dimenzió már magában foglalja azt az értelmet is, melyet a beteg a saját életének ad.

A szenvedésüket elviselhetetlennek érző embertársaink tudata annak a kérdésnek a feltételéhez kell vezessen, hogy *az egészségügyi ellátórendszer, tágabban pedig a társadalom hogyan viszonyul az elviselhetetlen szenvedéssel élő betegtársainkhoz*, milyen lehetőségeket biztosít a számukra szenvedésük enyhítésére? Az a tény, hogy ilyen betegek élnek közöttünk, válaszra késztet bennünket; minden egyes hozzáállás egy lehetséges konkrét válasz.

Továbbá, minthogy tény, hogy az elviselhetetlen szenvedéssel élő, életük végén járó betegek egy része explicit kérést is megfogalmaz például eutanáziára vagy orvos által asszisztált öngyilkosságra, szükséges átlátni az ellátórendszer különböző szintjeinek és helyszíneinek a konkrét válaszát is ezekre a kérésekre.

A válaszlehetőségeinket illető átláthatóság, a helyzetet feltáró munka és a helyzet világos prezentációja az életük végén akár elviselhetetlen módon szenvedő embertársainkkal való bánásmódjainkról, valamint az őket ellátó és az őket körülvevő személyek nehézségeiről, a számukra is nyújtható segítség különböző formáiról folytatható érdemi párbeszéd egyik lényegi feltétele.

### Az elviselhetetlen szenvedés

Elsősorban az életet biztosan megrövidítő opciók tárgyalása során nélkülözhetetlen egy sajátos minőséggel rendelkező szenvedés, az *elviselhetetlen szenvedés* kérdésének a tárgyalása. Rendszerint azt tekintjük elviselhetetlen szenvedésnek, amit a beteg annak érez, vagyis kritériuma szükségszerűen szubjektív, a beteg szubjektív szenvedés-érzete. Az elviselhetetlen szenvedés értelmezéstörténete ugyanakkor azt is elénk tárja, hogy annak jelentéstartománya, mi minősül elviselhetetlen szenvedésnek, egyre tágabb.

Az elviselhetetlenül szenvedő beteg azt is érezheti, hogy a szenvedésének csupán azzal lehet számára elfogadható módon véget vetni, ha az életét valahogyan le lehet rövidíteni. Hollandiában és Belgiumban is az eutanázia igénybevételének egyik szükségszerű (de önmagában még nem elégséges) törvényi kritériuma az, hogy a beteg a szenvedését elviselhetetlennek érezze. Ennek a törvényes kritériumnak az értelmezése körül kialakult vita is hozzájárult ahhoz, hogy ezekben az országokban nagyon hosszú ideje intenzív párbeszéd folyik annak kérdéséről, mit jelent az elviselhetetlen szenvedés. Fontossá vált annak feltérképezése is, hogy ez a szenvedés milyen mértékben érinti a betegeket, a betegek hogyan élik meg a saját helyzetüket.

## 3. HOSPICE

Nincs másik életvégi opció, amely kialakulását és értékszemléletét tekintve annyira szorosan kötődne egyetlen, sokak által rendkívül karizmatikusnak is tekintett személyhez, mint amennyire a modern hospice születése kötődik Cicely Saunders ápoló, egészségügyi szociális dolgozó és orvos munkásságához. Ez indokolja azt, hogy a modern hospice tárgyalását Cicely Saunders-nek a modern hospice mozgalmat megalapozó gondolataival, meglátásaival kezdjük. Ezt követi majd a palliatív gondozás korai meghatározásának az ismertetése, amely szorosan kapcsolódik Cicely Saunders szemléletmódjához. A fogalom mai jelentése valamelyest már eltávolodott az alapvetés néhány rög-

zítőpontjától, számos eredeti jellegzetesség megőrzésével azonban ápolja is a Saunders által teremtett hagyományt.

## A modern hospice eredete: Cicely Saunders keresztény alapvetése

Amikor Cicely Saunders, a modern hospice megalapítója 1986-ban külön tanulmányt szentel a modern hospice gondolatvilágának (*A modern hospice*; Saunders 2006, 205–213), jelentős terjedelemben tárgyalja a *modern hospice gondozás* és a *keresztény vallásosság* kapcsolatát. A keresztény szellemiség megalapozó elemeként utal a *könyörületesség* testi cselekedeteire. Mint az ismeretes, a könyörületesség *testi* cselekedeteinek keresztény hagyománya az evangéliumokból ered. Jézus az Utolsó Ítélet napján ezt mondja a jobbján állóknak:

> „*Mert éheztem, és ennem adtatok, szomjaztam, és innom adtatok, jövevény voltam, és befogadtatok, mezítelen voltam, és felruháztatok, beteg voltam, és meglátogattatok, börtönben voltam, és eljöttetek hozzám. […] Bizony, mondom nektek, valahányszor megtettétek ezeket akár csak egygyel is az én legkisebb testvéreim közül, velem tettétek meg*" (Máté evangéliuma 25,35–40).[2]

Az irgalmasság testi cselekedeteinek hagyományában található hét cselekedetből hatot találhatunk az idézett evangéliumi részben, a hetedik testi cselekedetet Tóbiás könyvéből származik: „Ha láttam, hogy meghalt valaki a nemzetségemből és odadobták Ninive falai tövébe, eltemettem." (*Tóbiás könyve* 1,17)[3]

A keresztény hagyomány az irgalmasság cselekedetének ugyanakkor nem csupán a testi, de a *lelki* formáit is ismeri, így a hét testi (1. az éhezőknek ételt adni, 2. a szomjazóknak italt adni, 3. a szegényeket ruházni, 4. az utasoknak szállást adni, 5. a betegeket látogatni, 6. a börtönben levőket látogatni, 7. a halottakat eltemetni) mel-

[2] Az idézet a Bibliának a *Magyar Bibliatársulat Szöveggondozó Bizottsága* által készített revideált új fordításából (RÚF 2014) való.

[3] Az idézet a Biblia *Szent István Társulat Biblikus Bizottsága* által fordított változatából származik.

lett hét lelki (1. a bűnösöket meginteni, 2. a tudatlanokat tanítani, 3. a kételkedőknek jó tanácsot adni, 4. a szomorúakat vigasztalni, 5. a bántalmakat békével tűrni, 6. az ellenünk vétkezőknek megbocsátani, 7. az élőkért és holtakért imádkozni) cselekedetet is számon tart.

Saunders a könyörületesség testi cselekedeteit *A modern hospice* című írásában sajátos módon értelmezi. Az éhező megsegítése: „Az étel adása jelentheti azt, hogy önmagadat adod az elismerésre éhező személynek, jelentheti a másik felé forduló figyelmet, a jelenléted." A szomjazó megsegítése: „[F]elfrissüléssel szolgálhatunk ott, ahol korábban csupán szárazság és értelemnélküliség volt, ahol alig hallható a szomjúság mindenféle formáját kifejező hang." A jövevény befogadása: „[A] vendégszeretet szívesen látja mindazokat, akik bizonytalanok céljaikat illetően – a hajléktalant, a menekültet, azokat, akiket a velük meg nem osztott igazság okán arra kényszerítettek, hogy önmagukat idegeneknek érezzék, azokat, akiknek befogadásra és egy kis békére van szükségük, és egy új értelemben vett fontosságra. És jelenti azt is, hogy tudatában vagyunk önnön belső otthontalanságunknak." A mezítelen megsegítése: „A kiszolgáltatottságot és a megalázottságot betakarhatjuk jó akarattal. Tisztelhetjük az egyén saját titkát és biztosíthatjuk magánéletét." A betegek megsegítésének értelmezéséhez idézzük először Saunders egy korai, 1960-ban megjelent írását: „A követelményeket, melyeket a haldokló betegek helyeznek mindazokra, akik gondozzák őket, különösen az orvosokra, összefoglalva megtalálhatjuk Máté evangéliumának 25. fejezetének 36. versében: »Beteg voltam, és meglátogattatok.«" (Saunders 2006, 34) 1986-ban Saunders gazdagítja az interpretációt: „Önmagadként érkezel azokhoz, akik önmagukat adják. 'Én' és 'magam' a szavak teljes jelentésében. Mindannyiukat nevükön kell szólítanunk, figyelemmel kell feléjük fordulnunk, önmagunkat kell adnunk." A börtönben lévők megsegítése: „Először is a fájdalom és az enyhítetlen tünetek börtönével, a kiszolgáltatottság és a kommunikáció hiányának a börtönével van dolgunk. Itt számos kaput nyithatunk meg, ezeket meg is kell nyitnunk, de szabadság létezhet fogságban is." Végezetül a halottakról való gondoskodás: „Segíteni a gyászolót, hogy az elveszített személyt integrálni tudja a még hát-

ramaradt életébe – örökre –, és segíteni, hogy fejlődhessen e veszteségen keresztül."

Saunders számára természetesen a felebarátról való szerető gondoskodás szolgálatában bontakozik ki az élet értelme, megállapítását általános igazságként írja: „Az élet értelmét a szeretetben és a másik személyről való gondoskodásban találjuk meg. Valójában igazán csak akkor találunk rá önmagunkra, amikor önmagunkat másnak adjuk." (Saunders 2006, 126)

## „Virrasszatok velem" (Mt 26,38)

A „meglátogatott" betegek között vannak a haldoklók is. Saunders párhuzamot von azzal a Krisztussal, aki a Gecsemáné-kertben szembenézett az eljövendő halállal és lelki fájdalmainak enyhítésére tanítványaihoz fordult segítségért: „Amikor Krisztus a Gecsemáné-kertben a halállal nézett szembe, akkor a következőt mondta a tanítványainak: 'virrasszatok velem' (*Máté evangéliuma* 26,38.)[4] Ez a léleknek és a szívnek az a hozzáállása, mellyel a haldokló felé kell fordulunk. Ezáltal egyszerre tanulhatunk tőlük és adhatunk is nekik valamit." (Saunders 2006, 38) A „virrasszatok velem!" jézusi kérést Saunders követelményként értelmezi: *a haldokló beteget nem hagyhatjuk magára*! Ez a követelmény csak akkor teljesülhet, írja, ha a beteg azt érzi, hogy szenvedéseivel nincs egyedül, ha van valaki mellette.

## A modern hospice jellegzetességei

A betegek és a hozzátartozók igényeit Saunders alapvetően a betegekkel és a hozzátartozókkal folytatott beszélgetésekből tárta fel. Egy kései tanulmányában írta a következőt: „Ha szemügyre veszem a modern hospice mozgalom eredetét, akkor tisztában vagyok azzal, hogy a mozgalom azzal kezdődött és úgy indult fejlődésnek, hogy

[4] Az idézet a Bibliának a *Magyar Bibliatársulat Szöveggondozó Bizottsága* által készített revideált új fordításából (RÚF 2014) való.

meghallgattuk a betegeket és a betegek családtagjait." (Saunders 2006, 245)

Saját szemléletére Saunders a *„modern hospice"* kifejezést használja írásaiban. A „modern" jelzővel egyfelől el kíván különülni a középkori hospice tevékenységtől, amely elsődlegesen nem a haldoklók gondozását jelentette. A 19. században azonban már létrejöttek olyan intézmények, melyek kizárólag gyógyíthatatlan, haldokló betegeket ápoltak. A modern hospice gondozás Saunders megközelítésében a *terminális állapotba került, haldokló betegekre fókuszál.* (De az nem kizárólag csak a haldoklókkal foglalkozhat: „A hospice gondozás nem korlátozódik a haldoklókra, mindenkinek felajánlható, akinek annál személyesebb és kevésbé technikai ellátásra van szüksége, mint amit rendszerint egy akut általános osztályon könnyen megkaphatunk." (Saunders 2006, 153) A modern hospice előtti intézményeknek, írja Saunders Humphreys kutatásaira támaszkodva, nem volt igazán jelentős hatása a haldokló betegek *általános ellátására.* A hagyományos szellemiséggel működő kortárs kanadai hospice intézmények pedig, meglátása szerint, inkább csupán statikus beteggondozást, mintsem aktív, a kutatásban rejlő lehetőségeket is kiaknázó tevékenységet végeztek; egyfajta őrző szerepet láttak el, az optimálisnál alacsonyabb színvonallal rendelkeztek. Ezért érthető, hogy Dr. Balfour Mount kanadai orvos, amikor a kórházi részlegében hospice szellemiségű gondozást kívánt megteremteni, akkor a „hospice" kifejezés helyett miért választotta inkább a „palliatív gondozás" terminusát. Tehát Saunders számára kardinális a hospice szellemiségű gondozás során az is, hogy a haldoklók gondozását az orvosi perspektívából is a lehető legmagasabb szintű, a legújabb ismereteket is gyakorlatba fordító munka jellemezze. *A modern hospice tehát egyfelől alapvetően a haldokló betegekre fókuszál, másfelől a betegek gondozása során kulcsfontosságú követelmény a lehető legmagasabb tudásszint.* A *Templeton Díj alkalmával mondott beszéd*ben Saunders a következőképpen definiálja a modern hospice-t:

> *„A modern hospice-t úgy határoznám meg, mint ami egy olyan képzett (skilled) közösség, amely a halálos és a hosszú időn át tartó betegséggel küzdő betegek és családtagjaik életminőségének javításán dolgozik. Egye-*

*sek az elgyengült időseket is ide sorolják. A hospice az élet egy sajátos formája, és egy adott értelemben még mindig az utazással kapcsolódik össze: a betegek, a családok, az idősebb lakók és a munkatársak az önkéntesekkel, akik találkoznak velük, mindannyian egy szellemi utazás részeseivé válnak*" (Saunders 2006, 157–158).

Az utazás metaforáját Saunders több írásában kiaknázza, ezzel kötve össze szellemileg a korábbi hospitiumok zarándokait a modern hospice intézmények azon gondozottjaival, akik földi utazásuk végső szakaszát töltik itt el. A korábbi hospitiumok lényegi *vendégszerető* légkörét is meg kívánta őrizni a *közösségi szellem* követelményével, a közösségben a beteg is egy közösség részének érezheti magát:

„*Megpróbáljuk megadni vagy visszaadni a betegnek a közösség, a valahová való tartozás, a személyes értékesség érzését, ami által a beteg élete – ahogyan a sajátunk is – értelmet kap. A hospice vendégszeretetet nyújt a betegnek, a családjának, a beteg barátainak. Ha a munkánkat jól végezzük, akkor a magányos utazás biztonságos, nyugodt utazássá alakul*" (Saunders 1981, 93).

## Totális fájdalom

A *Nemzetközi Fájdalom Társaság (International Association for the Study of Pain)* jelenlegi fájdalom-meghatározása a következő: „Kellemetlen érzékszervi és érzelmi élmény, amely tényleges vagy potenciális szövetkárosodással kapcsolatos, vagy ahhoz hasonló." (Raja et al. 2020) A Saunders által kidolgozott „totális fájdalom" fájdalomértelmezése a hagyományos fájdalomértelmezésnél jelentősen tágabb, archeológiájában a biológiai eredet mellett az emberi fájdalom/szenvedés aspektusából más esszenciális dimenziók is szerepelnek.

A totális fájdalom *totális* jelzője arra utal, hogy a fájdalom mindenre kiterjed: a beteg egész lényét elárasztja, behatol a létezés összes dimenziójába (Clark 1999). A fájdalom a saundersi archeológiában négy dimenzióra különíthető el: *fizikai, lelki, szociális* és *spirituális* fájdalomra. Saunders ugyanakkor tisztában volt vele, hogy ez az

elkülönítés mesterséges, az elkülönítést a fogalmi megragadás és a fájdalom enyhítését célzó gondozási igény meghatározása tette szükségessé.

Talán csupán a *spirituális fájdalom* az a dimenzió, amely kevésbé magától értetődő jelentésének következtében kissé részletesebb ismertetésre szorul. Saunders *Spirituális fájdalom* (1988) című tanulmánya kimondottan a spirituális fájdalom meghatározásának, sajátos kérdéseinek szentelt írás, melyben Saunders explicite is reflektál a használt kifejezésre. A spirituális dimenzió meghatározásában a gyakorlati szóhasználat leírásához folyamodik:

> „*Ezen a ponton a szótár a segítségünkre van. A szellem-et [spirit] úgy definiálja, mint ami az emberben lévő átlelkesítő, vitális princípium, az élet lélekzete. A spirituális [spiritual] az, ami 'a szellemi, magasabb morális minőségekkel foglalkozik, különösen vallásos szempontból'. […] A gondolatoknak az a területe, mely az egész életet végigkísérő morális értékekkel kapcsolatos*" (Saunders 2006, 217).

Az idézet utolsó mondata a *spirituális* jelentését eloldja az alapvető vallási dimenziótól, alapterületeként *erkölcsi dimenziót* jelöl ki. Ezáltal az emberi cselekedetek morális megalapozása a fő kérdés.

A spirituális dimenzió lényegét adó *morális megalapozás* Saunders több írásában konkrét tartalmat kap:

> „*Hogyan látjuk, miben áll a spirituális fájdalom sajátossága? Tudunk-e olyan megkülönböztetéssel élni, amely révén egyes nehézségek, amelyek nem csupán pszichológiaiak vagy interperszonálisak, és habár ezek egymással összekapcsolódnak, de egy másik dimenzióhoz tartoznak? Erről van szó, amikor a kudarc és az értelmetlenség érzéseivel foglalkozunk. Amikor az igaznak mutatkozó irányába törekszünk, együtt annak érzésével, hogy valaki képtelen ezt megtenni, vagy értéktelennek érzi magát erre. Zavarodottság vagy félelem érzésével a halál misztériumával szemben és az örök kérdéssel: Miért*" (Saunders 2006, 207)?

> „*Nem sokan vannak olyanok, akik a kétségeiket és a veszteségeiket vallásos terminusokban fejezik ki. Mindazonáltal a kudarc, a megbánás és*

*az értelmetlenség érzései, melyek a 'totális fájdalom' legmélyebb részeit alkothatják, spirituális szükségletek"* (Saunders 2006, 180).

*Saunders a „spirituális fájdalom" kifejezésének esszenciális erkölcsfilozófiai perspektívát ad, melyben központi szereppel az emberi cselekedetek erkölcsi értelemmel való telítettségének illetve értelemhiányának vizsgálatát látja el.* A különböző – a spirituális fájdalom megnyilvánulásaiként hozott – példái az ember erkölcsi alapokhoz való viszonyulási lehetőségeinek tárházából valók.

A spirituális dimenzió ilyen sajátosan gazdag értelme nem teszi lehetővé, hogy az ember spirituális szenvedésével való foglalkozást valamely diszciplínára leszűkíthessük. A megközelítés egyik gyakorlati következménye az, hogy felhívást intéz minden olyan tevékenység számára, amelyik valamilyen eszközzel képes a lélek gondozására. A filozófiai tanácsadás, a pszichológia vagy a pasztorális lélekgondozás egyaránt tevékeny szerepet vállalhat (Horányi 1998/99; Altilio–Otis–Green 2011; Nemes 2014a; Nemes 2013).

## Palliatív gondozás

Saunders elsősorban az életük végső szakaszába lépett, tehát a terminális stádiumban levő daganatos betegekkel foglalkozott, noha hangsúlyozta, hogy palliatív gondozásban nem csupán a daganatos betegek részesülhetnek. Az *Egészségügyi Világszervezet (WHO)* első hivatalos palliatív gondozás meghatározása még a terminális stádiumban lévő betegekre helyezte a hangsúlyt, figyelmet fordítva a betegek hozzátartozóira is:

„*A palliatív gondozás azon betegek aktív, teljes körű gondozása, akiknek a betegsége nem reagál a kuratív kezelésre. A fájdalom, az egyéb tünetek, illetve a pszichológiai, a társas és a spirituális problémák kezelése kiemelkedő jelentőségű. A palliatív gondozás célja a betegek és családjaik lehető legjobb életminőségének biztosítása*" (WHO 1990, 11).

Később azonban a meghatározásból a terminális stádium fokozatosan kikopott, helyét az életet veszélyeztető állapottal való szembesülés kritériuma vette át. Ma a viszonylag új orvostudományi szakág, a *palliatív medicina* és számos, a *palliatív ellátás* alapjaival vagy a palliatív ellátás valamely részkérdésével foglalkozó tankönyv, szakkönyv, illetve kutatás standard meghatározása a WHO néhány munkatársa által megalkotott újabb definíció:

> „*A palliatív ellátás* (palliative care) *az a szemléletmód, mely az életet veszélyeztető betegséggel kapcsolatos problémákkal szembesülő betegek, illetve családjaik életminőségét kívánja javítani a szenvedés megelőzésével, annak enyhítésével a korai felismerés és az alapos kivizsgálás eszközeivel, valamint a fájdalom és más egyéb fizikai, pszichikai, pszichoszociális és spirituális problémák kezelésével. A palliatív ellátás:*
> – *enyhíti a fájdalmat és a többi kínzó tünetet;*
> – *életigenlő, a haldoklást természetes folyamatnak tekinti;*
> – *sem siettetni, sem későbbi időpontra tenni nem kívánja a halál beálltát;*
> – *integrálja a betegellátás pszichológiai és spirituális aspektusait;*
> – *olyan támogató rendszert nyújt, mely segítheti a beteget abban, hogy halálának pillanatáig a lehető legaktívabb életet élhesse;*
> – *csoportszemlélet keretében közelít a betegek és családjaik szükségleteihez, ideértve a gyásztanácsadást, amennyiben az indokolttá válik;*
> – *javítja az életminőséget, esetlegesen pozitív hatással lehet a betegség lefolyására;*
> – *alkalmazható a betegség korai szakaszában, együtt mindazon terápiákkal, melyek célja az élet meghosszabbítása – így például a kemoterápiával vagy a sugárterápiával –, illetve magában foglalja azokat a vizsgálatokat, melyek szükségesek a kínzó klinikai komplikációk jobb megértéséhez és kezeléséhez*" (WHO 2002, 84).

A *palliatív ellátás (palliative care)* idézett újabb, 2002-ben közreadott definíciója (Sepúlveda et al. 2002) néhány szerző tollából jelent meg egy folyóirat hasábjain. Az a tény, hogy nem saját WHO dokumentumban jelent meg a definíció, azt valószínűsíti, hogy a meghatározás inkább néhány kutató, mintsem egy több ország szakembereiből álló szakértői csoport közös munkájának az eredménye (Clark 2016, 161–162).

## A hospice szekularizációja (a pluralizmus térhódítása)

A modern hospice szellemiségét életre hívó saundersi értelmező keret a ma történeti pontjáról tekintve már csupán *egy* a lehetséges értelmező keretek közül, legalábbis ami a *hospice szellemi alapvetését* illeti, a *szekularizmus* ugyanis ebben a társadalmi térben is teret hódított (Bradshaw 1996; James-Field 1992). Minden olyan hospice ellátás, amely mélyebb mögöttes szellemiségében egységes és reflektált világnézeti alapot hordoz (legyen az vallási vagy nem vallási alap), nem csupán azt teszi lehetővé az ellátásban részt vállaló diszciplínák számára, hogy azok saját eszköztáraikkal, a palliatív ellátás definíciója által meghatározott keretében, meghatározott személyekre irányuló figyelemmel pusztán megjelenhessenek (a technicizáltság dominanciája) az ellátásban, hanem azt is, hogy a mögöttes szellemiség fényében gazdagon orientálhassák eszköztáraikat. A pluralista morális alappozícióval rendelkező eszköztár sajátos értékként természetesen a pluralizmus kiaknázhatóságában rejlő gondozási lehetőségmezőt hordoz magában. Itt tehát nem hierarchikus viszonyba állítható két lehetőségről van szó.

Albert Camus egzisztencialista gondolkodó *A pestis* című regényéből Saunders több írásában is idézett egy mondatot. A regény egyik pontján Paneloux atya és Rieux doktor beszélget egy ártatlan gyermek szenvedéséről és haláláról. A Saunders által gyakran hivatkozott mondat Rieux szájából hangzik el, a párbeszéd most idézett részének utolsó mondata:

*„– Azért vérlázító, mert meghaladja a mértékünket. De talán szeretnünk kell, amit nem érthetünk meg.*

*Rieux felpattant. Minden erejét, szenvedélyét a tekintetébe sűrítve végigmérte Paneloux-t, és megrázta a fejét.*

*– Nem, atyám – mondta. – Én máshogy képzelem a szeretetet. És mindhalálig nem vagyok hajlandó szeretni azt a Teremtést, amelyben gyerekeket kínoznak.*

*Paneloux arca fájdalmasan megrándult.*

*– Ah, doktor úr – mondta szomorúan -, értem már, mit hívnak kegyelemnek.*

*De Rieux már visszaroskadt a padra. Megint rátörő fáradtsága mélyéről szelídebben válaszolt:*

*– Én nem részesültem benne, tudom. De nem akarok erről vitatkozni önnel. Együtt dolgozunk valamiért, ami összetart bennünket, túl istenkáromlásokon és imádságokon*" (Camus 2023, 265).

Az idézet utolsó mondatával *(„Együtt dolgozunk valamiért, ami összetart bennünket, túl istenkáromlásokon és imádságokon.")* Saunders hangsúlyozni kívánta, hogy egy cél eléréséért akkor is együtt tudunk dolgozni, ha különbözik a világnézetünk.

## 4. EUTANÁZIA

### A definíciók kulcsfogalmai

A *szándék* és az *előrelátás* morálfilozófiai szempontból véghezvitt megkülönböztetése a morális megítélés perspektívájából alapvető fontossággal bír. Egy adott szituáció szándékosan történő előidézését, amennyiben az előálló szituációt nemkívánatosként ítéljük meg, morálisan *általában* elítélendőbbnek tekintjük, mint ugyanazon szituáció nem szándékolt, de előre látottan történő előidézését. Az orvosi jogi és etikai irodalomban ismert az az érvelés, mellyel egy orvos tettének morálisan elítélendőnek minősített jellegét azzal tagadja, hogy hangsúlyozza, tettének szándéka adott esetben csak és kizárólag a beteg fájdalmának a csillapítása volt, nem pedig a beteg halálának az előidézése, még ha esetleg tudatában is volt annak (vagyis előre látta), hogy tevékenysége a beteg halálának időpontját a várhatónál korábbi időpontra helyezi át. A morális megítélés háttérfeltételei között ilyen esetekben a legfontosabb szerepet a *valószínűség* azon mértéke játssza, mely mellett egy adott esemény várhatóan bekövetkezik.

A fentebbi morális érvelési stratégiában gyakran a *kettős hatás (duplex effectus)* doktrínája kerül – esetenként nem is explicit módon – alkalmazásra, amely morálfilozófiai érvelési eszközként hosszú ideje jelen van az eutanáziáról folytatott párbeszédben is. A halál magas kockázatával járó intenzív fájdalomcsillapítást (az ún.

„*intenzív tünetkezelést*") is gyakran a kettős hatás elve alapján veszik védelembe.[5] Ugyanakkor meg kell itt jegyeznünk azt is, hogy egy cselekedet külső, empirikusan rögzíthető jegyei között nem találhatunk olyat, amely a szándék tartalmáról szolgáltathat döntő információt, vagyis önmagában egy cselekedet külső jellegzetességeiből soha nem következtethetünk teljes vagy minden kétséget kizáróan a szándék tartalmára.

A *tett* és a *mellőzés* megkülönböztetése azon két tevékenység elhatárolásán alapul, amely különbséget tételez fel az ágens aktív, tevőleges cselekvése, valamint az adott cselekvéstől való tartózkodása között. A tett/mellőzés különbségtétel érvényességéről szóló vita a *cselekvéselméleti teóriák* színterén zajlik. Egy adott érvényes büntetőjogban a distinkció tartalma a kodifikált cselekvéselméletből származtatható. Annak érdekében azonban, hogy az eutanázia eseményterébe tartozó jelenségek morálisan semleges leírást kaphassanak, mindenképpen szükséges a büntetőjog nyelvezetében megtalálható *tevékenység/mulasztás* fogalompár által behatárolt jelenségkör morális megítélés vonatkozásában történő semlegesítése. Ezt azzal végezhetjük el, ha nem használjuk fel a mulasztás kifejezését, ezzel együtt annak büntetőjogi értelmezését sem. A mulasztás valaminek a cselekvési lehetőség és képesség ellenére történő kötelességellenes nemtevése. Ebben a meghatározásban számunkra nem az ontológiai elem (a cselekvési lehetőség), hanem a normatív kritérium (a cselekvési kötelesség) az, ami a problémát okozza.

A nevezett két fogalmi páros mellett az eutanázia szakmai párbeszédében további alapvető kulcsfogalmakat találunk: az *aktív* és a *passzív*, illetve a *direkt* és *indirekt* eutanázia kifejezéseit. A bevezetett fogalmak felhasználásával az eutanázia különböző formáit a következőképpen határozhatjuk meg:

*Aktív eutanázia*: az eutanáziának az a formája, mely során a beteg halálának előidézése *tettel* valósul meg

*Passzív eutanázia*: az eutanáziának az a formája, mely során a beteg halálának előidézése *mellőzéssel* valósul meg

[5] Egyes szerzők az intenzív tünetkezelést *(„intensive symptom management")* önálló életvégi opcióként tárgyalják. Jelen kötetben a tárgyalását az eutanázia tárgyalási menetébe helyeztük.

*Direkt eutanázia*: az eutanáziának az a formája, mely során a beteg halálának előidézése *szándékos* tevékenységgel vagy mellőzéssel valósul meg

*Indirekt eutanázia*: az eutanáziának az a formája, mely során a beteg halálának előidézése *előre látott (de nem szándékolt)* következményeként áll elő.

**Eutanázia: Hollandia**

Több országban is lehetősége van egy terminális vagy nem terminális stádiumban lévő betegnek arra, hogy éljen az eutanázia lehetőségével. Az eutanázia szó morálisan rendkívül megterhelt, ezért nem meglepő, hogy számos törvényalkotó nem szívesen él a kifejezés használatával. Ugyanakkor akad kivétel, Belgium és Luxemburg is törvényben definiálja az eutanázia jelentését. Hollandia példa a terminus mellőzésére, a vonatkozó törvény *(Törvény az élet kérésre történő megszüntetéséről és az asszisztált öngyilkosságról)* a morálisan semleges, leíró „az élet kérésre történő megszüntetése" kifejezéssel él. Hollandiában szigorú feltételek betartása mellett az újszülöttek eutanáziájára is lehetőség van, ennek irányelveként került kidolgozásra a Groningen Protokoll (F. Kiss 2022; Julesz 2018; Bérczes 2016).

Az eutanázia Hollandiában büntetendő cselekedet (gyakori tévhit, hogy Hollandiában a betegnek van eutanáziához való joga, mert nem létezik ilyen jog), ám a büntetés alól mentesül az eutanáziát végrehajtó orvos, amennyiben teljesíti az ún. *megfelelő orvosi gondosság kritériumait*. Az orvosnak a) meg kell győződnie arról, hogy a beteg eutanáziára irányuló kérése önkéntes és jól átgondolt, b) meg kell győződnie arról, hogy a beteg szenvedése elviselhetetlen és nincs perspektíva a javulásra, c) tájékoztatnia kell a beteget az állapotáról és a prognózisáról, d) meg kell győződnie arról, a beteggel együtt, hogy a beteg helyzetére nem létezik más észszerű megoldás, e) konzultálnia kell legalább egy olyan másik orvossal, aki megvizsgálta a beteget és aki írásos véleményben foglalt állást az a)-d)-ben nevezett kritériumokról, f) megfelelő orvosi gondossággal kell megszakítania

a beteg életét. Az első két (a, b) kritériumot *szubsztantív*, a további négy (c-f) kritériumot pedig *procedurális* kritériumnak nevezzük.

Az eutanáziának Hollandiában nem feltétele a terminális stádium, a beteg szenvedése mögött azonban egy hivatalos státusszal rendelkező *orvosi diagnózisnak* kell állnia (vö. Brongersma ügy). Ez azt jelenti, hogy orvos által diagnosztizált betegség hiányában, csupán elviselhetetlennek érzett szenvedés, vagy az életuntság *(„tiredness of life")* alapján nem lehetséges eutanázia törvényes végrehajtása. Ugyanakkor az elviselhetetlen szenvedés mögött diagnosztizált mentális zavar is állhat (vö. Chabot ügy), következésképpen a kizárólag lelki zavarral diagnosztizált betegek is – egyéb feltételek fennállása mellett - kérhetnek eutanáziát. Lehetőség van eutanáziára irányuló kérést megfogalmazni *előzetes rendelkezés* formájában is.

A beteg részéről az egyik kielégítendő törvényi kritérium az *elviselhetetlen és csillapíthatatlan szenvedés* fennállása. Az elmúlt évek eseményeit követve itt azt láthatjuk, hogy egyre bővül azoknak az indokoknak a köre, melyek alapján a beteg szenvedését elfogadhatatlannak lehet minősíteni.

## Palliatív gondozás vagy eutanázia: helytelen dichotómia!?

A palliatív gondozás *hagyományos* modellje az eutanáziát összeegyeztethetetlennek tekinti a palliatív gondozás szellemiségével, a kettő viszonyát antagonisztikusnak tekinti. Ennek a nézetnek az egyik legkorábbi megjelenése magától a modern hospice meglapítójától, Cicely Saunderstől ered, aki a palliatív gondozás egyik legfőbb céljának éppen az eutanázia iránti kérések megakadályozását tekintette (Saunders 1976). A palliatív gondozásba veendő személyek csoportját a WHO bővítette a palliatív gondozás 2000-es évek elején bevezetett újabb meghatározásában, a koncepciónak ugyanakkor továbbra is lényegi morális alapértékei között szerepel az életmegrövidítés tilalma.

A palliatív gondozás hagyományos modellje ma alapvetően a WHO jelenlegi konceptuális keretét jelenti, amely modell egyfelől *holisztikus* két szempontból – szenvedés-értelmezése nem szűkül le a biológiai dimenzióra, le kívánja fedni az emberi létezés összes dimenzióját,

valamint a gondozásba vont alanyok között találjuk a beteg mellett a beteg hozzátartozóit is –, másfelől *morális attitűdöt is képvisel* (melynek lényegi eleme az életmegrövidítés tilalma).

Ennek a hagyománynak a nézőpontjából az a modell, amelyet a világon talán egyedülálló módon hivatalosan is képvisel a *Palliatív Gondozás Flandriai Szövetsége [Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen, PFZV]*, akár szentségtörésnek is nevezhető. A flandriai szövetség ugyanis nem kevesebbet állít, mint azt, hogy *az eutanázia a minőségi életvégi palliatív gondozás szerves része*. A flandriai koncepció az eutanáziát integrálja a minőségi palliatív gondozásba, ezért nevezik ezt a modellt *integráló palliatív gondozás*nak; a palliatív gondozás és az eutanázia egymáshoz való viszonya ezáltal nem antagosztikus, hanem szinergikus. (Az integráló palliatív gondozást meg kell különböztetnünk az integrált palliatív gondozástól. Míg az előbbi a flandriai szövetség által is képviselt sajátos koncepcióra utal, az utóbbi, az *integrált palliatív gondozás* a betegellátásba szervesen beépített, azaz abba integrált palliatív gondozás.)

A koncepciót gyakran csak röviden *belgiumi modell*nek is nevezik (Kőmüves 2020). Ez a címke azonban önálló használat esetében kissé félrevezető lehet, hiszen arról szó nincs, hogy minden belgiumi, a palliatív terápia területén működő szakembernek vagy minden belgiumi szervezetnek ez lenne az álláspontja. A félreértés csak akkor nem áll elő, amikor már tudjuk, hogy a belgiumi modell gyakorlatilag a hivatalos flandriai álláspontot jelenti; noha tény az is, hogy a nézetnek a brüsszeli régióban is jelentős számú képviselőjét találhatjuk (Vanden Berghe et al. 2017).

A modell nem egyszerűen a hagyományos modellel helyezkedik szembe, hanem folyamatos gyakorlati és akadémiai jelenlétével hagyományt formáló módon pluralistává változtatja a palliatív gondozás értelmezési terét. A hagyomány képviselőjének tünteti fel magát, amit jól fémjelez például a következő meghatározás:

> „*Az integráló palliatív gondozás hagyományos palliatív gondozás (ami rendelkezésre áll azokban az országokban, ahol az eutanázia nem legális), amely azonban felkínálja az eutanázia lehetőségét is*" (Bernheim et al 2014).

Találkozhatunk olyan megközelítéssel is, amely az integráló modellt *átfogó palliatív gondozás*nak nevezi, megkülönböztetvén azt a hagyományos palliatív gondozástól. A *Palliatív Gondozás Flandriai Szövetsége* 2003-ban kelt nyilatkozatában a palliatív gondozás és az eutanázia kapcsolatát a következőképpen határozta meg:

> „*A palliatív gondozás és az eutanázia nem alternatívák, de nem is egymás ellentétei. Amikor egy orvos készen áll arra, hogy eleget tegyen egy olyan beteg eutanáziára irányuló kérésének, aki az életét a legjobb kezelés ellenére is továbbra is elviselhetetlennek érzi, akkor nincs szakadék az orvos által korábban nyújtott palliatív gondozás és az általa most végrehajtani szándékozott eutanázia között. Éppen ellenkezőleg, ilyen esetekben az eutanázia annak a palliatív gondozásnak a részét jelenti, mellyel az orvos és a gondozói team körülveszi a beteget és a hozzá legközelebb állókat"* (Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen 2003).

## 5. AZ ÉLETMENTŐ ÉS AZ ÉLETFENNTARTÓ KEZELÉSEK VISSZAUTASÍTÁSA

### Az életmentő és életfenntartó kezelés

Az életmentő és az életfenntartó kezelések meghatározásait illetően – a bevezetés célját kielégítendően – támaszkodjunk az egészségügyi törvényünk (Eütv.) definícióira. E szerint az *életmentő beavatkozás* „sürgős szükség esetén a beteg életének megmentésére irányuló egészségügyi tevékenység", az *életfenntartó beavatkozás* pedig „a beteg életének mesterséges módon történő fenntartására, illetve egyes életműködéseinek pótlására irányuló egészségügyi tevékenység" (Eütv. 3. § n. és o.) A legismertebb életmentő kezelés az *újraélesztés*. A *gépi lélegeztetés*, a *mesterséges táplálás*, a *mesterséges hidratálás*, a *vérátömlesztés*, a *dialíziskezelés*, *a mesterséges keringéstámogató eszközök alkalmazása* pedig a számos ellátási környezetben életfenntartó kezelésnek tekintett kezelések klasszikus példái közé tartoznak.

Az egyes országok szabályozásai eltérőek azt illetően, hogy mely feltételek fennállása esetén engedik meg az életmentő, illetve életfenntartó kezelések visszautasítását.

## Az életmentő és életfenntartó kezelések visszautasítása: Magyarország

A magyarországi helyzet értelmezéséhez általános fogalmi keretfeltételt jelent a Polgári törvénykönyvünk (Ptk.) *cselekvőképesség*-értelmezése. A törvény szerint: „Minden ember cselekvőképes, akinek cselekvőképességét e törvény vagy a bíróság gondnokság alá helyezést elrendelő ítélete nem korlátozza." (Ptk. 2:8.§ (1)) A cselekvőképességnek dr. Lenkovics Barnabás a következő meghatározását adja a *Kommentár a Polgári Törvénykönyvhöz* című munkában:

> *„Ahhoz, hogy az ember ne csupán passzív alanya legyen a polgári jogi viszonyoknak, hanem azokban aktívan maga is közreműködjön (létesítse, módosítsa, megszüntesse azokat), bizonyos fokú szellemi érettségre, szellemi épségre, megfontolási és döntési készségre, azaz az észszerű akaratelhatározás és az azon alapuló magatartás tanúsításának képességére van szükség. Mindezt a jog nyelvén az ember ügyeinek viteléhez szükséges belátási képességnek, vagy röviden: cselekvőképességnek nevezzük"* (Vékás–Gárdos 2018, 79).

*Cselekvőképes* beteg életmentő vagy életfenntartó beavatkozást *az orvosi ellátás során („on site")* kizárólag akkor utasíthat vissza, ha „olyan súlyos betegségben szenved, amely az orvostudomány mindenkori állása szerint rövid időn belül – megfelelő egészségügyi ellátás mellett is – halálhoz vezet és gyógyíthatatlan" (Eütv. 20.§ (3)). (A cselekvőképes beteg nem utasíthatja vissza ezeket a beavatkozásokat, ha a beavatkozás elmaradása másokat veszélyeztetne, vagy ha várandós és előre láthatóan képes a gyermek kihordására.) A visszautasítást formai feltételként a beteg csak közokiratban vagy teljes bizonyító erejű magánokiratban, írásképtelensége esetén két tanú együttes jelenlétében teheti meg.

Cselekvőképes beteg *későbbi cselekvőképtelensége esetére* – ún. előzetes egészségügyi rendelkezésben – akkor utasíthat vissza életmentő vagy életfenntartó kezelést, ha „olyan súlyos betegségben szenved, amely az orvostudomány mindenkori állása szerint rövid időn belül – megfelelő egészségügyi ellátás mellett is – halálhoz vezet és gyógyíthatatlan" (az Eütv. 20. § (3)-ra utal a 22.§ (1) b)), vagy „ha gyógyíthatatlan betegségben szenved és betegsége következtében önmagát fizikailag ellátni képtelen, illetve fájdalmai megfelelő gyógykezeléssel sem enyhíthetők" (Eütv. 22.§ (1) c)). Életmentő vagy életfenntartó kezelés visszautasítása előzetes rendelkezésben szélesebb körben tehető, mint ami a cselekvőképes beteget megilleti „on site". Előzetes egészségügyi rendelkezés csak közokiratban tehető.

*Nem cselekvőképes* beteg esetében egy másik, cselekvőképes személy gyakorolhatja a beteg helyett a beleegyezés és a visszautasítás jogát. *Cselekevőképtelen, korlátozottan cselekvőképes kiskorú* és *a cselekvőképességében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében részlegesen korlátozott* beteg esetében a beteg törvényes képviselője, ennek hiányában más hozzátartozója gyakorolhatja a beleegyezés és a visszautasítás jogát. Ha cselekvőképtelen beteg, korlátozottan cselekvőképes kiskorú, vagy a cselekvőképességében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében részlegesen korlátozott beteg esetén életmentő vagy életfenntartó kezelés visszautasítására kerül sor a beteg törvényes képviselője vagy más hozzátartozója által, akkor az egészségügyi szolgáltató kérelmet terjeszt elő a beleegyezés bíróság általi pótlása iránt (Eütv. 21.§ (2)). A bíróság egy nemperes eljárásban megvizsgálja, indokolt-e a szóban forgó életmentő vagy életfenntartó kezelés, illetve elfogadható-e a kezelés visszautasítása (a bíróság tehát nem pótolja automatikusan a törvényes képviselő vagy a hozzátartozó által meg nem adott beleegyezést). A kezelőorvos ugyanakkor a bíróság jogerős határozatának meghozataláig köteles a beteg egészségi állapota által indokolt ellátások megtételére, illetve közvetlen életveszély esetén a szükséges beavatkozások elvégzéséhez bírósági nyilatkozatpótlásra nincs szükség.

### Az életmentő és életfenntartó kezelések visszautasítása: passzív eutanázia?

Van olyan álláspont, mely szerint az életmentő és életfenntartó kezelés visszautasítása egyenlő a passzív eutanáziával. Következésképpen egyesek szerint Magyarországon is – minthogy hazánkban is lehetőség van bizonyos feltételek fennállása esetén az életmentő és életfenntartó kezelés visszautasítására – a passzív eutanázia legális formájával találkozhatunk.

Ez a korábban ismertetett eutanázia-meghatározások keretében egyfelől azon feltétel mellett lehet igaz, ha az életfenntartó kezelés elmaradása (meg nem kezdése vagy beszüntetése), vagyis az életfenntartó kezelés hiánya az eredményokozás összetevőjeként hozzájárul a beteg halálának az előidézéséhez, vagyis a halál korábban következik be, mint következett volna be akkor, ha kezelésben részesül a beteg (a halál időpontjának realizálását tekintve a kezelés mellőzése az eredményokozás összetevőit tekintve a betegség mellett szintén szerepet játszik, vagyis ún. kofaktor).

Másfelől, ha nem szeretnénk egy személyt minden olyan eseményért felelőssé tenni, mely eseményt megelőzhetett volna, ám mégsem tett semmit az eredmény bekövetkezése ellen, akkor és általában az életmegrövidítés vonatkozásában a *felelősség* kritériumául az adott személyt *eredményelőidézési kötelezettséggel* vagy *eredményelhárítási kötelezettséggel* kell felruháznunk. Egy személyt akkor tehetünk felelőssé valamilyen mértékben (kizárólagosan vagy részlegesen) egy beteg személy halálának az előidézéséért, ha bizonyos feltételek fennállása mellett hivatásbeli kötelezettségéül szabjuk a halál beálltának a rendelkezésére álló eszközökkel történő *előidézését* (például Hollandiában, amennyiben teljesülnek a szükséges törvényi kritériumok és az orvos elvállalja az eutanázia végrehajtását, akkor az orvosnak megfelelő orvosi gondossággal kell megszakítania a beteg életét) vagy a *megakadályozását* (a megakadályozás elmaradásával ekkor *mulasztás* valósul meg).

Amennyiben az eredményelhárítási kötelezettség azzal szűnik meg, hogy a beteg az ellátás visszautasításához való jogának gyakorlásával átvállalja a felelősséget az eredmény előidézéséért, úgy a beteg halá-

lának előidézéséért felelősséggel tartozó személyek köréből kivonható az orvos személye.

Önálló eseményteret alkotnak azok a helyzetek, amikor az életmentő vagy életfenntartó kezelés meghosszabbíthatná ugyan a beteg életét, azonban orvosi indikáció hiánya mellett a kezelés vagy a kezelés folytatása nem kerül a betegnek felajánlásra, ezért azt a beteg (vagy a hozzátartozó) nem is utasíthatja vissza. Az ilyen esetek passzív eutanáziának történő minősítésében a kezelésmegvonás életmegrövidítő hatása szükségszerű elem, ugyanakkor szűkebb eutanázia-meghatározás használatának esetén még nem elégséges az eset eutanáziának történő minősítéséhez. Amennyiben az élet lerövidítésének mint eredménynek az előállásáért nem a beteg viseli döntésének következtében a felelősséget, úgy a fentebbi gondolatmenet alapján az eutanázia végrehajtójának tekinthető az a személy, aki az eredmény előidézéséért, vagyis a halálnak a természetesnél korábbi időpontra történő áthelyezéséért a felelősséget viseli.

Azok közül, akik úgy vélik, hogy az életfenntartó kezelések beteg által történő visszautasítása nem egyenlő a passzív eutanáziával, egyesek azzal érvelnek, hogy a beteg haláláért nem a kezelés meg nem kezdése vagy beszüntetése, hanem a háttérben meghúzódó patológia tehető felelőssé. Gyakran azzal a megfogalmazással találkozunk, hogy ez esetben a halál pusztán a betegség természetes lefolyásának a következménye. A *Magyar Orvosi Kamara Etikai Kódexében* is ezzel az érvvel találkozhatunk (MOK Etikai Kódex: (17)).

## 6. TERMINÁLIS SZEDÁLÁS

A „terminális szedálás" kifejezésben a „terminális" jelző a beteg legutolsó életszakaszára utal, a „szedálás" pedig arra az orvosi beavatkozásra, amely speciális gyógyszerek (ún. szedatívumok) alkalmazásával képes csökkenteni a beteg tudati szintjének mértékét. A terminális szedálás kifejezés jelentése az életvégi gondozás területén azonban mindig több, mint pusztán az őt alkotó két kifejezés jelentésének puszta összeadódása. Rendszerint bizonyos feltételek fennállása mellett végzett szedálást tekintünk terminális szedálásnak. A kifejezés

definícióinak sokszínűsége (Jones 2013) éppen abból adódik, hogy mely feltételeket tekintjük a terminális szedálás lényegi jegyeinek. Ezen jegyek feltárása teszi lehetővé számunkra, hogy megérthessük, egyesek miért gondolják a terminális szedálást a palliatív gondozás integráns részének, mások viszont miért értelmezhetik azt az eutanázia egyik formájaként (ami ekképp szembehelyezkedik a palliatív gondozás egyik hagyományosan lényegi elemével, az életmegrövidítés tilalmával).

A kifejezés lehetséges jelentéseinek megértéséhez – és ezzel együtt a jelentések által megjelölt gyakorlatok azonosíthatóságához – ismét azt a módszert alkalmazzuk, hogy a témával foglalkozó szakemberek (szakirodalom, irányelvek stb.) szóhasználati sokszínűségét alapul véve megállapítjuk a terminális szedálás definícióinak felállításához használt feltételeket vagy kritériumokat. Így megrajzolhatjuk azt a mezőt, melyen belül a terminális szedálás különböző meghatározásai elhelyezkednek. Az azonos kifejezést használó személyek nem szükségszerűen ugyanarra a gyakorlatra gondolnak, amikor a terminális szedálás kifejezését használják. Az is előfordul, hogy a felek ugyanarra a gyakorlatra gondolnak, ám különböző kifejezéssel utalnak rá.

## A szedálás klinikai formái

A szedálás különböző klinikai formáinak tekintjük a szedálás mélységét jelző *enyhe*, *mérsékelt*, illetve *mély* szedálást, valamint a szedálás időtartamára utaló *folyamatos* és *időszakos (intermittáló)* szedálást. Szintén orvosszakmai ismereten alapszik az *elsődleges* és a *másodlagos* szedálás megkülönböztetése. Az elsődleges szedálás esetében a gyógyszeralkalmazás elsődleges célja a szedált állapot elérése, másodlagos szedálás esetében a szedált állapot a gyógyszer mellékhatásának, másodlagos farmakológiai hatásnak tekintendő.

## Az arányosság követelménye

A szedálás *arányosságának* követelménye (az arányos szedálás) szintén gyakori definíciós elem. Az *arányosság* követelménye általánosságban – azaz a terápia filozófiájának egyik elemeként – azt jelenti, hogy a terápia kívánatos és nemkívánatos következményei arányban álljanak egymással. A szedálás arányossága azt a követelményt jelenti, hogy a szedálás mélysége és időtartama ne lépje túl azt a szükséges mértéket, amit a refraktorikus tünet (meghatározását ld. a következő szakaszban) megszüntetése megkövetel. Amikor egyesek úgy érvelnek, hogy az élet megrövidítése mint következmény nem áll arányban a tünetenyhítés céljával, akkor a szedálás arányossági követelményét használják fel annak védelmében, hogy a terminális szedálást megkülönböztessék az eutanáziától. Robert Twycross-nak, a palliatív gondozás ismert szakemberének például az az álláspontja, hogy nem palliatív szedálás az a szedálás, amely során nem teljesül az arányosság követelménye (Twycross 2022).

## A refraktorikus tünet

Nathan I. Cherny orvos elterjedtté vált meghatározása szerint a „refraktorikus tünet" kifejezése olyan tünetekre alkalmazható, amelyeket nem lehet megfelelően kontrollálni, a tudatosságot nem veszélyeztető, tolerálható terápia megtalálására irányuló agresszív erőfeszítések ellenére sem. Egy tünet refraktorikusnak történő minősítéséhez a klinikusnak meg kell bizonyosodnia arról, írja, hogy a további invazív és nem invazív terápiák vagy (A.) nem képesek a beteg számára enyhülést hozni, vagy (B.) túlzott és nem tolerálható akut vagy krónikus betegségteherrel járnak, vagy (C.) nem valószínűsíthető, hogy a beteg számára tolerálható időkereten belül enyhülést tudnak hozni (Cherny 2021, 718). A *refraktorikus tünet* a terminális szedálás számos definíciójában az egyik szükségszerű feltétele (indikációja) a szedálásnak.

Noha refraktorikus tünet alatt rendszerint a beteg fizikailag is megnyilvánuló tüneteit értik (fájdalom, légzési nehézség, hányinger/hányás,

epilepsziás rohamok/myoclonus[6], agitáció/nyugtalanság, masszív vérzés, asphyxia[7]) (Surges 2022), az újabb értelmezések közül több is bővíti a kifejezés értelmezési tartományát. Megjelenik az a lehetőség, hogy több, külön-külön nem rafraktorikus tünet együttesen refraktorikus tünetnek minősíthető, illetve megjelennek (a terminális szedálás önálló indikációiként is) a *refraktorikus lelki szenvedés,* valamint a *refraktorikus egzisztenciális szenvedés* (Rodrigues-Crokaert-Gastmans 2018; Rodrigues et al. 2023; Rodrigues-Menten-Gastmans 2020; Anquinet et al. 2014; Morita et al. 2022; Klein et al. 2023) lehetőségei is. A szedálás indikációs tartománya így igen széles tartományt foghat át, melynek terjedelme tulajdonképpen attól függ, mennyire értelmezzük tágan a *szenvedés* jelentését. A 2000-es évek elején megfigyelték, hogy a szedálás gyakorlatában jelentősen emelkedni kezdett azoknak az eseteknek a száma, amikor a szedálásra kizárólag a pszichoegzisztenciális szenvedés miatt került sor.

## A hátralévő időszak

A terminális szedálás értelmezései abban is különböznek, hogy a terminális szedálás alatt csupán *a már közvetlenül haldokló beteg* szedálását értik-e, vagy ide értik *a terminális stádiumban levő, de még nem közvetlenül haldokló beteg* szedálását is.

A palliatív szedálás számos elterjedt mai meghatározásában a tünet súlyosságával arányban álló szedálás, a refraktorikus tünet és a közvetlen haldoklási időszak szükségszerű kritériumok. A *kibővített terminális szedálás* kifejezése azokra az esetekre utal, amikor ezek közül egy vagy több kritérium nem teljesül (Gilbertson et al 2023). Így egy nem közvetlenül haldokló beteg terminális szedálása értelmezhető a kibővített terminális szedálás lehetséges eseteként is.

[6] Egy izom vagy izomcsoport rövid ideig tartó, gyors összehúzódása.
[7] Fulladás.

### A szedálás szándéka

Az etikai tartalmat feltáró és elemezni kívánó vizsgálódások számára fontos annak kérdése is, hogy *kinek a kérésére* történik a szedálás (beteg, orvos, gondozó, hozzátartozó), hogy *szándékunkban áll-e, vagy sem, a halál beálltának pillanatáig tartó szedálás*, illetve *ez a szándék kinek tulajdonítható*.

### A mesterséges táplálás és a mesterséges hidratálás szerepe

Minthogy a szedálás megkezdése előtt felmerülhet a mesterséges táplálás és/vagy hidratálás kérdése (a mesterséges táplálás és/vagy hidratálás meg nem kezdésével vagy beszüntetésével kapcsolatos kérdés), a terminális szedálás egyes definíciói tartalmazzák *a szedálásnak a mesterséges táplálláshoz és/vagy a hidratáláshoz való viszonyát* is.

Vannak betegek, akik a szedálás megkezdésekor már egy ideje mesterséges hidratálásban és/vagy mesterséges táplálásban részesülnek, és a hidratálás és/vagy táplálás beszüntetése esetükben hozzájárulhat az életük lerövidítéséhez. A táplálás és/vagy hidratálás beszüntetése vagy meg nem kezdése bizonyos esetekben (ami különösen nyilvánvalóvá válhat abban az esetben, ha a beteg várható élettartama több hét vagy több hónap) eredményezheti a beteg halálának a természetesnél korábbi időpontban történő beálltát. Ezért egyes meghatározások számára fontos annak definícióba foglalása is, hogy *a cselekedet esetleges életmegrövidítő hatása szándékában áll-e valamely érintettnek*, illetve hogy *ez esetben kinek a szándékáról van szó*.

Van olyan felfogás, melyben a mesterséges táplálás és hidratálás beszüntetése részét alkotja a terminális szedálás koncepciójának: a terminális szedálás „olyan gyógyszerek alkalmazása, melyek a beteget mélyen szedálják vagy kómában tartják a haláláig, mesterséges táplálás vagy hidratálás nélkül." (Rietjens et al 2004, 179) A szedálás és a mesterséges táplálás és hidratálás viszonyát tekintve ez egy szélső álláspont abban az értelemben, hogy a mesterséges táplálás és hidratálás kérdését nem csupán a terminális szedálás koncepció részének tekinti, de a fogalom jelentését leszűkíti arra az esetre, amikor

a táplálás és hidratálás beszüntetésre kerül. A megközelítés természete miatt a terminális szedálás ezen meghatározása a „*lassú eutanázia*" egyik eseteként interpretálható.

Találkozunk azonban azzal a stratégiával is, amely a mesterséges táplálás és hidratálás beszüntetésének kérdését különválasztja a szedálás kérdéséről. Ezzel megszünteti azt a lehetőséget is, hogy a szedálást bizonyos esetekben „lassú eutanáziaként" lehessen interpretálni. Idézzük példaként egy kutatási beszámoló következő részletét:

> „*A mesterséges folyadékpótlás meg nem kezdéséről vagy beszüntetéséről való döntés (palliatív szedálás esetén) teljesen más kérdés, mint a palliatív szedálás megkezdéséről való döntés. A táplálék- és/vagy folyadékpótlás meg nem kezdése vagy beszüntetése nem szerves része a palliatív szedálásnak, és ezért nem is kellene beépíteni a palliatív szedálás meghatározásába. Ha a szedálás a folyadék- és táplálékpótlás beszüntetésével kerül kombinálásra, akkor az, ami történik, nem csupán szedálás, hanem szedálás és a folyadék- és táplálékpótlás beszüntetése*" (Claessens et al. 2011, 22).

A hidratálás és/vagy mesterséges táplálás kérdését Nathan I. Cherny szintén elválasztandónak tartja a szedálásra irányuló döntéstől.

### A többváltozós definíció

A felsorolt változók különböző lehetséges kombinációi sokféle definíciót eredményezhetnek. Elméletben a változók lehetséges kombinációi jelentős számú terminális szedálás meghatározást tesznek lehetővé. A gyakorlatban egyes meghatározások értelmetlenek vagy nem állnak használatban, más meghatározások viszont gyakran előfordulnak. Némelyik meghatározás kisebb-nagyobb hagyományfenntartó erővel rendelkezik.

## A palliatív- és az eutanázia-jellegű meghatározások

Az etikai elemzés számára az egyik kulcsfontosságú megkülönböztetés azt érinti, hogy a terminális szedálás adott meghatározása mennyiben közelíti meg az eutanázia gyakorlatát, illetve mennyire távolodik el attól, utóbbi esetben lényegében palliatív szemléletűvé formálva a terminális szedálás gyakorlatát. Egy terminális szedálás meghatározás így általában az erős *eutanázia-jellegűség* és a döntően *palliatív-jellegűség* között húzódó spektrum valamely pontján foglal helyet; természetesen elfoglalhatja a két szélső pont valamelyikét is, ezt a két lehetőséget illusztráljuk egy-egy lehetséges meghatározással.

Az *eutanázia lényegi jegyeit mutató terminális szedálás* egyik lehetséges többváltozós meghatározása szerint a beteg/orvos/gondozó/hozzátartozó kérésére a nem közvetlenül haldokló beteg folyamatos mélyszedálása a beteg/orvos/gondozó/hozzátartozó szándékának megfelelően egészen a halál beálltának pillanatáig, mely magában foglalja a táplálás és a hidratálás beszüntetését, ezzel együtt a beteg/orvos/gondozó/hozzátartozó szándékának megfelelően a halál pillanatának a természetesenél korábbi időpontra történő előbbre hozását.

Lényegét tekintve a *palliatív gondozás hagyományos szemléletét* érvényesítik a terminális szedálásnak azok a meghatározásai, amelyek a néhány nap, vagy maximum két hét hátralévő élettartammal rendelkező betegekre korlátozódnak, megkövetelik a refraktorikus tünetek súlyosságával arányban álló szedálást, és kihangsúlyozzák, hogy a szedálásnak nem célja a halál időpontjának a természetesnél korábbi időpontra való előbbre hozása. A hagyományos palliatív szemléletmód diskurzusában a terminális szedálásnak erre a formájára rendszerint a *palliatív szedálás* kifejezéssel szoktak utalni.

Megkülönböztethető a palliatív medicina kontextusában értelmezett szedálás attól, amit egyre gyakrabban palliatív szedálásnak neveznek. A *palliatív medicina kontextusában értelmezett szedálás* legelterjedtebb meghatározása Nathan I. Cherny-től ered:

> „*A szedálás a palliatív medicina kontextusában a különböző fokú öntudatlanság előidézésére szolgáló gyógyszerek ellenőrzött alkalmazása*

*a csökkent vagy hiányzó tudatosság (öntudatlanság) állapotának előidézésére, a más módon kezelhetetlen szenvedés terhének enyhítése érdekében. A cél a distressz megfelelő enyhítése*" (Cherny 2021, 717).

A palliatív szedálás a palliatív medicina kontextusában végezhető szedálási lehetőségek közül az egyik, Cherny szerint a szűkítő definiáló jellegzetessége az életvégi időszakban történő alkalmazása.

A szakirodalomban a palliatív szedálás igen elterjedt, gyakran (pl. Twycross 2019) idézett meghatározása az is, amelyik Bert Broeckaertől ered:

„*Szedatív gyógyszerek szándékos alkalmazása olyan dózisokban és kombinációkban, amelyek szükségesek ahhoz, hogy a végstádiumban lévő beteg tudata olyan mértékben csökkenjen, amennyire az egy vagy több refraktorikus tünet megfelelő enyhítéséhez szükséges*" (Broeckaert 2000; Broeckaert–Nuñez-Olarte 2002).

Az *Európai Palliatív Terápiás Szövetség (European Association for Palliative Care, EAPC)* 2024-ben kiadott revideált palliatív szedálás definíciója hasonlít Cherny eredeti meghatározásához, ugyanakkor valamelyest különbözik is attól. Az EAPC meghatározása a következő: „A palliatív szedálás célja, hogy az életet korlátozó betegséggel élő személyeknél a tudatosság szintjének csökkentésére szolgáló gyógyszerek ellenőrzött, arányos mértékben történő alkalmazásával enyhítse a refraktorikus szenvedést." (Surges et al. 2024, 9) Nathan I. Cherny definíciójában nem szerepelt az arányosság követelménye, Bert Broeckaert és az EAPC definícióiban azonban lényegi elem.

## 7. „ORVOS ÁLTAL ASSZISZTÁLT ÖNGYILKOSSÁG"[8]

Azt az eseményt, amikor egy orvos a beteg életének a lezárásához úgy nyújt segítséget, hogy olyan szert ír fel vagy bocsájt halálos mennyiségben a beteg rendelkezésére, amellyel a beteg azt a saját szervezetébe juttatva véget vet az életének, a *hagyományos* értelmezés az orvosnak a beteg öngyilkosságában való közreműködéseként ragadja meg, gyakran orvos által asszisztált öngyilkosságként utal rá. Az orvos közreműködése kétségtelen, hiszen a beteg az orvostól kapja, vagy az orvos írja fel neki a halálos mennyiségű szert.

Amikor a szóban forgó eseményt az öngyilkosságban való közreműködés eseteként ragadjuk meg, akkor tulajdonképpen a büntetőjog szóhasználatának egyik kifejezésével élünk („öngyilkosságban való közreműködés"). Ugyanakkor számos beteg, aki a szóban forgó cselekedettel kívánja lerövidíteni az életét, hangsúlyozza, hogy nem öngyilkosságot kíván elkövetni, cselekedete nem az életszeretet hiányáról tanúskodik. Ezek a betegek egy számukra már elviselhetetlen minőségű élettel kénytelenek szembenézni, amellyel, úgy érzik, már nem tudnak tovább együtt élni. Ugyanakkor úgy vélik, az életük még megőrizhet valamit az általuk sokra értékelt méltóságból, ha életüket az általuk elképzelt feltételek között (például az általuk kijelölt időben, szeretteikkel körülvéve) fejezhetik be. Ebben a megközelítésben az orvos vagy nővér asszisztenciája nem öngyilkosságban való közreműködésként, hanem az életnek a beteg által elképzelt feltételek mellett történő lezárásában való segítő közreműködésként értelmeződik. Ezen interpretáció eredményeként jelentek meg többek között az olyan kifejezések, mint a *meghaláshoz nyújtott orvosi segítség (physician aid-in-dying)*, vagy a *meghaláshoz nyújtott egészségügyi segítség (medical assistance in dying)*.

Először nézzük meg közelebbről a helyzet büntetőjogi értelmezésének hagyományos formáját, majd pedig azt a megközelítésmódot,

[8] Az eseménynek a hagyományostól jelentősen eltérő értelmezési lehetősége ad magyarázatot a hagyományos interpretáció idézőjelek között történő feltüntetésére – az idézőjelek a hagyományos értelmezés magától értetődő jellegének kétségbevonhatóságára kívánnak utalni.

amely átkeretezve a hagyományos értelmezést egy jelentősebb szemléletváltás igényét fogalmazza meg.

## A hagyományos büntetőjogi értelmezés

Az öngyilkosságban közreműködés büntetőjogi szabályozásának három ideáltípusa/modellje a következő: I. az adott jogrend az öngyilkossághoz kapcsolódó quasi-részesi magatartásokat expressis verbis büntetni rendeli (pl. a magyar Büntető Törvénykönyv), II. az adott jogrendben a büntethetőséget szubjektív feltétel korlátozza annyiban, hogy a tettesnek a közreműködést önös érdekből kell elkövetni (pl. svájci Büntető Törvénykönyv), III. az adott jogrend teljességgel lemond arról, hogy az öngyilkosság szándékos támogatását büntetéssel fenyegesse (pl. Belgium, Filó–Kiss 2022, 154–156).

## Büntető Törvénykönyv: Magyarország

Hazánkban a büntetőjogi interpretáció az irányadó. Ebből következően elsőként a *bűncselekmény*, majd pedig az *öngyilkosságban közreműködés* fogalmait kell röviden ismertetnünk.

A magyar Büntető Törvénykönyv 4.§ (1) szakasza a következő meghatározással definiálja a *bűncselekmény*t: „Bűncselekmény az a szándékosan vagy – ha e törvény a gondatlan elkövetést is büntetni rendeli – gondatlanságból elkövetett cselekmény, amely veszélyes a társadalomra, és amelyre e törvény büntetés kiszabását rendeli." A bűncselekmény törvényi fogalma szerint a *bűncselekmény* olyan cselekmény, amely *tényállásszerű* (a büntetőtörvény által büntetendő), *veszélyes a társadalomra*, és *bűnös* (szándékosan vagy gondatlanságból elkövetett); a magatartás ezen három jegye szükségszerű és együttesen elégséges ahhoz, hogy a magatartást bűncselekménynyé minősítse, lehatárolja a bűncselekményeket más, nem-bűncselekményektől (Belovics 2023, 157-175).

A bűncselekmény általános büntetőjogi meghatározását követően figyelmünket fordítsuk az *öngyilkosságban való közreműködés*re,

melynek meghatározását a Büntető Törvénykönyv 162.§-a tartalmazza:

> „*(1) Aki mást öngyilkosságra rábír, vagy ennek elkövetéséhez segítséget nyújt, ha az öngyilkosságot megkísérlik vagy elkövetik, bűntett miatt egy évtől öt évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő. (2) Az a tizennyolcadik életévét betöltött személy, aki tizennyolcadik életévét be nem töltött személyt bír rá öngyilkosságra, vagy ennek elkövetéséhez segítséget nyújt, ha az öngyilkosságot megkísérlik vagy elkövetik, két évtől nyolc évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő.*"

A megnevezett két elkövetési magatartás a *rábírás* és a *segítségnyújtás*. *Rábírás* esetében ezen tevékenység eredményeként jön létre a passzív alanyban az elhatározás, hogy öngyilkosságot kövessen el. (Ha a passzív alany az öngyilkosságra rábírás elkövetési magatartás kifejtésekor a tizennegyedik életévét nem töltötte be vagy akaratnyilvánításra képtelen, akkor a cselekmény jogi minősítése [rábíró] emberölés. Ez tehát azt jelenti, hogy az öngyilkosságban való közreműködés passzív alanya – rábírás esetében – nem lehet a gyermekkorú, illetve az akaratnyilvánításra képtelen személy.) *Segítségnyújtásról* pedig akkor van szó, ha az elkövető a passzív alany korábban már kialakult öngyilkossági elkövetési szándékát vagy erősíti, vagy magatartásával megkönnyíti az öngyilkosság elkövetését. A Büntető Törvénykönyv az öngyilkosságban közreműködést szándékos bűncselekménynek tekinti, a cselekedet egyenes vagy eshetőleges szándékkal egyaránt megvalósítható (Belovics–Molnár–Sinku 2023, 110–113).

A hatályos magyar Büntető Törvénykönyv által adott értelmezési keretben tehát a fentebb bevezetett gyakorlat az orvos magatartása részéről az öngyilkosságban való közreműködés interpretációjában jelenik meg. E pozíció „természetes" voltának párbeszédbe vonása ugyanakkor része a téma hazai szakirodalmának is (pl. Filó 2009).

### Svájc

A svájci Büntető Törvénykönyv 115. cikkelye az öngyilkosságban való közreműködést csak abban az esetben rendeli büntetni, ha a közreműködés „önös érdekből" [ausselbstsüchtigen Beweggründen] történik. Svájcot az öngyilkosságban közreműködés büntetőjogi szabályozásának három lehetséges ideáltípusa közül abba sorolhatjuk be, ahol a büntethetőséget szubjektív feltétel korlátozza (a tettes önös érdekből követi el a bűncselekményt). Az orvos által asszisztált öngyilkosság az asszisztált öngyilkosság egyik lehetséges megvalósulási formája, mely esetben az öngyilkosságot elkövetni szándékozó személy számára az orvos szolgáltat segítséget. Az orvosi magatartás szabályozásának a jogszabályi környezet mellett fontos forrását alkotják más dokumentumok is, például etikai kódexek, szakmai irányelvek stb. Svájcban ezen források közé sorolhatók a *Svájci Orvostudományi Akadémia* [*Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, SAMW*] által kiadott orvosetikai irányelvek is (Kőmüves 2019).

### A saját élet elvétele

Az *öngyilkosság* számos országban a kriminalizált státuszból átkerült a nem büntetendő cselekedetek közé. Ezt követően a hagyományosan az *öngyilkosságban történő közreműködés* cselekedeteként értelmezett esemény egy adott részosztálya – *az orvosi közreműködéssel elkövetett öngyilkosság* – is megindulhatott a *dekriminalizáció* útján. Ugyanakkor valami többről is szó van itt. Ez a „több" igencsak jelentős egy lehetséges *változás lényegi sajátosságát* tekintve. Megkérdőjeleződött ugyanis a hagyományosan öngyilkosságnak nevezett cselekedet *identitása*.

Egyes betegek életük végén tett azon cselekedete, mellyel elveszik a saját életüket, kivonható az öngyilkosság referenciatartományából? Értelmezhető a korábbi, hagyományostól teljesen eltérő interpretációs keretben? Az interpretációs szabadság lehetőségére az esemény értelmezésének történeti horizontját ismertetve Bánfalvi Attila ér-

zékletes módon világít rá *Az öngyilkosság a medikalizáció kontextusában* című tanulmányában:

> „*Az öngyilkosság fogalma a maga elvontságában, amely a saját biológiai élet elvételére irányuló tettet jelenti, legfeljebb egy olyan diskurzus kiindulópontját jelentheti, amely az öngyilkosságot belemeríti a történeti-kulturális kontextusok tartályaiba, amelyekben más és más értékek, megítélések, elkövetési motívumok, elkövetési típusok adnak igen különböző alakot a saját élet elvételére irányuló tettnek. Ez a hasonlat annyiban persze sántít, hogy fenntartja a 'különböző alakokat öltő' lényeg képzetét, holott magának a suicidum szónak viszonylag kései megjelenése is arra utal, hogy eleinknek nem volt szüksége ilyen szintű absztrakcióra. Talán nem érzékelték, hogy a különféle önpusztítások mögött valamilyen egységes identitás lenne, amelyet ezért egy, csak erre fenntartott névvel kellene megjelölni. Sokkal fontosabb lehetett nekik a konkrét öngyilkossági módozatok megkülönböztetése és értékelése, mint az öngyilkossághoz mint olyanhoz való viszonyulás. Azaz magának az öngyilkosságnak mint különböző kontextusú tettek közötti lényegi azonosság meglátása (belátása) és megnevezése maga is kulturális-történeti folyamatok eredménye. Az pedig, hogy manapság már csak az öngyilkosságról mint természeti fajtának tűnő 'dologról' beszélünk, amelynek különböző 'megnyilvánulásai', alfajai vannak, arra utal, hogy az öngyilkosság különösen erős identitásbeli érzelmeket mozgat meg, olyanokat, amelyek közel lehetnek a modern nyugati ember ontológiai biztonságát jelentő konstrukciók magvához*" (Bánfalvi 2013, 172–173). (kiemelés tőlem, KS)

Az öngyilkosság ma már klasszikusnak tekinthető durkheimi meghatározása éppúgy saját ontológiával bír, mint például Gloria Taylor álláspontja, aki a Carter v. Canada ügy során is hangsúlyozta, ő csupán életének méltó módon szeretne véget vetni, nem kíván öngyilkosságot elkövetni. *A saját élet elvétele így változhat át – az életlerövidítés aktusa által – a saját élet megőrzésének utolsó aktusává.*

**Példa az esemény átértelmezésére: U.S.A. tagállamok**

Számos amerikai tagállami törvény (pl. *Oregon, Washington, Vermont, Kalifornia),* illetve *Washington, D.C.* törvénye is külön kitér arra, ezzel kihangsúlyozza, hogy az az esemény, mely során egy orvos halált okozó szert bocsájt a betege rendelkezésére, amely szert a beteg a szervezetébe juttatva előidézi saját halálát, nem nevezhető öngyilkosságnak, asszisztált öngyilkosságnak, vagy emberölésnek. A törvények rendszerint a kegyes gyilkosság értelmezést is megtiltják. A *washingtoni* törvény 70.245.180 szakaszának (1) pontja például így fogalmaz:

> „*Ebben a fejezetben [értsd alatta a jelen törvényt (Chapter 70.245 RCW)] semmi sem jogosít fel egy orvost vagy bárki mást arra, hogy egy beteg életének halálos injekcióval, kegyes halál által vagy aktív eutanáziával vessen véget. A jelen fejezet értelmében végrehajtott cselekedetek semmilyen értelemben nem valósítanak meg öngyilkosságot [suicide], asszisztált öngyilkosságot [assisted suicide], kegyes gyilkosságot [mercy killing], vagy emberölést [homicide] a törvény értelmében. Az állami jelentések nem utalhatnak a jelen fejezetben leírt gyakorlatra 'öngyilkosság'-ként vagy 'asszisztált öngyilkosság'-ként. … az állami jelentéseknek a jelen fejezetben leírt gyakorlatra '[a beteg által]* az *é*letnek véget vető gyógyszer beszerzése *é*s saját szervezetbe történő bejuttatása*' [obtaining and self-administering life-ending medication]-ként kell utalnia.*"

## 8. A TÁPLÁLÉK- ÉS FOLYADÉKBEVITEL ÖNKÉNTES BESZÜNTETÉSE

A *táplálék- és folyadékbevitel önkéntes beszüntetése* (leggyakrabban használt angol nyelvű megfelelője – voluntarily stopping eating and drinking – alapján rövidítése rendszerint a VSED) (Pope 2011; KNMG – V&VN 2014) a belátóképességgel rendelkező betegnek azt az önkéntes és jól átgondolt döntését jelenti, hogy életének lerövidítése céljából nem vesz magához szájon át sem táplálékot, sem folyadékot. Az önkéntes és jól átgondolt döntés standard értelmezés szerint a beteg autonómiájának a kifejeződését jelenti. Egyes VSED-meghatá-

rozások a definícióba belefoglalják a refraktórikus szenvedést is, a beteg cselekedetének közvetlen okaként (Wechkin et al 2023; Alatt–Kim–Hébert 2022).

A táplálék- és folyadékbevitel elutasításának ez a formája abban különbözik a cachexiától[9], hogy a cachexia esetben a betegség lefolyásának egyik következményeként tekintünk a táplálék- és folyadékbevitelre irányuló késztetés hiányára, a táplálék- és folyadékbevitel önkéntes beszüntetése esetében azonban egy önkéntes döntésről van szó, és a döntést követő időszak során is előfordulhat táplálék- és/vagy folyadékbevitel iránti vágy vagy igény. Tehát a táplálék- és folyadékbevitel önkéntes beszüntetését meg kell különböztetnünk azoktól az esetektől, amikor a táplálék- és folyadékbevitel elutasítása betegségeknek, illetve azok tüneteinek (pl. cachexia, dysphagia[10], téveseszme) a következtében áll elő (Stängle–Schnepp–Fringer 2019; Quill et al. 2018). Meg kell különböztetni továbbá a mesterséges táplálás és hidratálás életfenntartó kezelés visszautasításától is, illetve a politikai célzattal végzett önkéntes éhségsztrájktól is.

A táplálék- és folyadékbevitel önkéntes beszüntetése szóba kerülhet terminális és nem terminális stádiumban lévő beteg esetében egyaránt. A *terminális stádium* esetében abban a szakaszban is opciót jelenthet a beteg számára, amikor a halál beálltának pillanatáig tartó szedálást az ellátó még nem tudja biztosítani. A nem terminális stádiumú beteg esetében pedig alapvetően a *gyógyíthatatlan betegséggel* élők körében merülhet fel, akik vagy már betegségüknek ebben a szakaszában elviselhetetlennek érzik a szenvedésüket (rendszerint a számukra elérhető és elfogadható terápiás lehetőségek kimerítését követően), vagy pedig nem kívánnak eljutni betegségüknek abba a szakaszába, amit életük jelenlegi pontján elviselhetetlennek vizionálnak (jellemzően a demencia későbbi stádiumainak elkerülése a cél, ld. Lowers–Hughes–Preston 2021).

A táplálék- és folyadékbevitel önkéntes beszüntetésének kérése mögött állhatnak testi eredetű problémák (pl. fájdalom, fáradtság, nehézlégzés), állhat testi eredetű problémáktól való félelem, szociális

[9] Kóros lesoványodás.

[10] Nyelési nehézség.

elszigeteltség, elégtelennek érzett életminőség, a betegnek az a vágya, hogy az otthonában halhasson meg, vagy a betegnek az az igénye, hogy kontrollálhassa halálának bizonyos körülményeit, de meghúzódhatnak a háttérben egzisztenciális indokok is (például a hátralévő időszak értelmetlenségének az érzése, a teljesnek, befejezettnek érzett élet, az egyre jelentősebb mértékű másokra való, de tehernek megélt ráutaltság érzése, vagy a másoknak való kiszolgáltatottságtól való félelem (Bolt et al. 2015; Ganzini et al. 2003).

A táplálék- és folyadékbevitel önkéntes beszüntetésének gyakoriságát illetően egyre több adattal rendelkezünk, esetbeszámolóink is vannak már az 1990-es évek óta. Egy holland felmérés azt mutatta, hogy a válaszadó háziorvosok 46%-a már gondozott olyan beteget, aki életének lezárásaképpen ezt az opciót választotta (Bolt et al. 2015). Az Egyesült Államokban pedig például Oregon államban a hospice nővérek legalább 46%-a már gondozott olyan beteget, aki vagy megkísérelte az életét ezen a módon befejezni, vagy így fejezte be az életét (Ganzini et al. 2003).

### Klinikai szakaszai

A VSED-t három szakaszra szokták felosztani. Az első egy korai szakasz, melyben a beteg éber és esetleg szomjúságot érez, de még képes másokkal kapcsolatot teremteni. Ezt követi egy középső szakasz, amelyet a vesefunkció romlásával járó fokozatos elgyengülés jellemez. A harmadik, késői szakaszban a beteg már nagyrészt nem reagál (Wechkin et al. 2023, e629).

### Formái

A táplálék- és folyadékbevitel önkéntes beszüntetésnek többféle formáját is megkülönböztethetjük. A *klasszikus*nak nevezhető esetben a beteg szándéka nyílt kommunikáció mellett gondozói és hozzátartozói támogatással találkozik. A *mások elől elrejtett* forma esetében a hozzátartozók és/vagy a gondozók ellenzik a beteg szándékát, ezért

a beteg később már nem nyilvánítja ki azt mások előtt, elrejti. Ebben az esetben a gondozóknak és/vagy a hozzátartozóknak nincs tudomása a beteg valódi szándékáról, a táplálék- és folyadékbevitel visszautasítását tévesen a betegséglefolyás természetes következményének vélhetik. A táplálék- és folyadékbevitel önkéntes beszüntetésnek *implicit* formája esetében a beteg nem rejti el, nyíltan kifejezi a táplálék- és folyadékbevitel beszüntetésére irányuló szándékát, azt azonban nem teszi nyilvánvalóvá, hogy ezzel életének a lerövidítése a célja (Stängle–Schnepp–Fringer 2019).

### Perspektívája

Noha a táplálék- és folyadékbevitel önkéntes beszüntetésének lehetősége már több évtizede ismert, és számos beteg fejezte be az életét ezen a módon, számos ország, szakmai szervezet, ellátási helyszín még nem rendelkezik erre az opcióra vonatkozó irányelvvel. Hollandia jó ellenpélda (KNMG and V&VN 2014). A körültekintő állásfoglalás kialakításához rendkívül értékesek azok a beszámolók, amelyek a betegeknek, a hozzátartozóknak, és a gondozóknak a VSED-vel való tapasztalatairól adnak számot; szerencsére egyre több ilyen narratívával rendelkezünk (pl. Douglas et al. 2016).

Ha a táplálék- és folyadékbevitel önkéntes visszautasítására reális lehetőség van, ugyanakkor a betegek, a hozzátartozók, illetve az ellátók nem ismerik, vagy nem kellően tájékozottak, akkor ez komoly nehézségeket eredményezhet a beteg ellátása során. Egyfelől a beteg akkor tud valóban tájékoztatáson alapuló döntést hozni a kezelésével kapcsolatban, amennyiben valóban minden alternatíva – az azokkal velejáró valós vagy potenciális következményekkel együtt – a beteg rendelkezésére áll a döntést megelőző mérlegelési folyamat során. Másfelől a beteg gondozói is kellemetlen helyzetbe kerülnek akkor, ha úgy kénytelenek szembesülni a beteg táplálék- és folyadékbevitel beszüntetésére irányuló szándékával, hogy nem rendelkeznek megfelelő felkészültséggel az ilyen helyzet kezelésére (Dykes–Hodes–Malik 2022). Minél felvilágosultabbak a betegek is a lehetséges életvégi opcióikat illetően, annál fontosabb, hogy világos és

naprakész információval rendelkezzünk erről a lehetőségről, egy megfelelő irányelv elkészítése minden érintett szereplő közös érdeke. A meglévő irányelvek (KNMG and V&VN 2014; Wechkin et al. 2023) orientáló szerepkörrel rendelkezhetnek.

# IRODALOM


Allatt, Peter – Kim, Daniel D. M. – Hébert, Philip 2022. „Voluntary stopping of eating and drinking in the age of medical assistance in dying: ethical considerations for physicians." *Palliative Care and Social Practice.* Vol. 16, January-December 2022: 1–10. https://doi.org/10.1177/26323524221112170

Altilio, Terry – Otis-Green, Shirley Eds. 2011. *Oxford Textbook of Palliative Social Work*. Oxford University Press, Oxford, New York. https://doi.org/10.1093/med/9780199739110.001.0001

Améry, Jean 2004. *Az ember önmagáé. Értekezés a meghívott halálról.* Fordította Blaschtik Éva, Múlt és Jövő, Budapest.

Anquinet, Livia et al. 2014. „Physicians' Experiences and Perspectives Regarding The Use of Continuous Sedation Until Death for Cancer Patients in The Context of Psychological and Existential Suffering at The End of Life." *Psychooncology* 23(5): 539–546. https://doi.org/10.1002/pon.3450

Ariès, Philippe 1987. *Gyermek, család, halál*. Fordította Csákó Mihály, Szapor Judit, Gondolat, Budapest.

Baggini, Julian – Pym, Madeleine 2005. „End of Life: The Humanist View." *Lancet* 366(9492): 1135–1137. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67455-7

Bagheri, Alireza (Ed.) 2013. *Medical Futility. A Cross-National Study*. Imperial College Press, London. https://doi.org/10.1142/p881

Barcsi Tamás 2013. *Az emberi méltóság filozófiája*. Typotex, Budapest.

Barcsi Tamás 2015. „Mit jelent megtanulni meghalni?" I-II., *Nagyerdei Almanach* 6(1): 61–131.

Barcsi Tamás 2016a. „Az eutanázia-probléma diskurzusetikai értelmezése." *Állam- és Jogtudomány* 67(4): 5–18.

Barcsi Tamás 2016b. *Három filozófiai kérdés az emberről*. Attraktor, Máriabesnyő.

Barcsi Tamás – Farkas Júlia 2023. „Frankl és Yalom a halálról. A logoterápia és az egzisztenciális pszichoterápia halál-értelmezésének filozófiai és párterápiás aspektusai." *Kharón* 27(4): 32-49.

Bánfalvi Attila 2013. Az öngyilkosság a medikalizáció kontextusában. In Filó Mihály (szerk.): *Halálos bűn és szabad akarat: Öngyilkosság a jogtudomány tükrében*. Medicina, Budapest, 172–186.

Belovics Ervin 2023. *Büntetőjog I. Általános rész.* Ötödik, hatályosított kiadás. ORAC, Budapest.

Belovics Ervin – Molnár Gábor Miklós – Sinku Pál 2023. *Büntetőjog II. Különös rész.* Kilencedik, hatályosított kiadás. ORAC, Budapest.

Berghe, Vanden Paul et al. 2017. Assisted Dying. The Current Situation in Flanders: Euthanasia Embedded in Palliative Care. In Jones, David Albert – Gastmans, Chris – MacKellar, Calum (Eds.): *Euthanasia and Assisted Suicide: Lessons from Belgium.* Cambridge University Press, Cambridge, New York, 67–85.

Berlin, Isaiah 1990. A szabadság két fogalma. In Isaiah Berlin: *Négy esszé a szabadságról*. Európa Könyvkiadó, Budapest, 334–443.

Bernheim, Jan L. et al. 2014. „Questions and Answers on the Belgian Model of Integral End-of-Life Care: Experiment? Prototype?" *Bioethical Inquiry* 11: 507–529. https://doi.org/10.1007/s11673-014-9554-z

Bérczes, Tibor 2016. *Élni és halni hagyni. Beszélgetések a holland eutanáziagyakorlatról*. Corvina, Budapest.

Bolt, Eva E. et al. 2015: „Primary care patients hastening death by voluntarily stopping eating and drinking." *Annals of Family Medicine* 13: 421–428. https://doi.org/10.1370/afm.1814

Bradshaw, Ann 1996. „The Spiritual Dimension of Hospice: The Secularization of an Ideal." *Social Science and Medicine* 43(3): 409–419. https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00406-8

Broeckaert, Bert 2000. „Palliative Sedation Defined or Why and When Sedation is Not Euthanasia." *Journal of Pain and Symptom Management* 20(6): S58

Broeckaert, Bert 2002. Palliative Sedation: Ethical Aspects. In Gastmans, Chris (Ed.): *Between Technology and Humanity: The Impact of Technology on Health Care Ethics*. Leuven University Press, 239–255.

Broeckaert, Bert – Nuñez-Olarte, Juan M. 2002. Sedation in Palliative Care: Facts and Concepts. In (Eds.) Have, Henk ten – Clarke, David: *The Ethics of Palliative Care: European Perspectives*. Open University Press, Buckingham, 166–180.

Broeckaert, Bert et al. 2009. „Authors' Reply: A Descriptive Definition of Palliative Sedation?" *Journal of Pain and Symptom Management* 37(3): 11–12. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2008.10.003

Bruera, Eduardo et al. (Eds.) 2021. *Textbook of Palliative Medicine and Supportive Care*. CRC Press. https://doi.org/10.1201/9780429275524

Burgess, Michael M. 1993. „The Medicalization of Dying." *Journal of Medicine and Philosophy*. 1993 Jun; 18(3): 269–79. https://doi.org/10.1093/jmp/18.3.269

Busa Csilla – Zeller Judit – Csikós Ágnes 2018. „Életvégi kívánalmakkal és döntésekkel kapcsolatos vélemények és ismeretek a magyar társadalomban." *Kharón* 22(3): 10–26.

Camus, Albert 2023. *A pestis*. Fordította Vargyas Zoltán, Jelenkor, Budapest.

Carel, Havi 2016. „Virtue Without Excellence, Excellence Without Health." *The Aristotelian Society Supplementary Volume* 90(1): 237–253. https://doi.org/10.1093/arisup/akw006

Cassell, Eric J. 1982. „The Nature of Suffering and The Goals of Medicine." *New England Journal of Medicine* 306(11): 639–45. https://doi.org/10.1056/NEJM198203183061104

Cassell, Eric J. 2004. *The Nature of Suffering and The Goals of Medicine*. 2nd edition. Oxford University Press, Oxford, New York. https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195156164.001.0001

Cherny, Nathan et al. (Eds.) 2015. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 5th ed. Oxford University Press, Oxford. https://doi.org/10.1093/med/9780199656097.001.0001

Cherny, Nathan I. 2021. Palliative sedation. In Bruera, Eduardo et al. (Eds.): *Textbook of Palliative Medicine and Supportive Care*. CRC Press, 717–725. https://doi.org/10.1201/9780429275524-75

Chochinov, Harvey Max 2014. *Méltóságterápia*. Fordította Bíró Eszter, Oriold és társai, Budapest.

Claessens, Patricia et al. 2011. „Palliative Sedation, Not Slow Euthanasia: A Prospective, Longitudinal Study of Sedation in Flemish Palliative Care Units." *Journal of Pain and Symptom Management* 41(1): 14–24. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.04.019

Clark, Brian 1980. „Mégis kinek az élete?" Fordította Vajda Miklós, *Nagyvilág*, 25(3): 372–415.

Clark, David 1999. „»Total Pain«, Disciplinary Power and Body in The Work of Cicely Saunders, 1958-1967." *Social Science and Medicine* 49(6): 727–736. https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00098-2

Clark, David 2016. *To Comfort Always: A History of Palliative Medicine Since the Nineteenth Century*. Oxford University Press, Oxford. https://doi.org/10.1093/med/9780199674282.001.0001

Csejtei Dezső 2002. *Filozófiai metszetek a halálról*. Pallas Stúdió – Attraktor, Budapest.

Csikós Ágnes (szerk.) 2022. *Palliatív ellátás*. Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt.

Csikós Dóra 2019. „Strucc Café – az életvégi időszakhoz kapcsolódó ismeretterjesztés tapasztalatai." *Kharón* 23(3): 37–44.

Dekker, Wim – Uerz, Inez – Wils, Jean-Pierre 2005. „Living Well with End Stage Renal Disease: Patients' Narratives Interrupted from a Virtue Perspective." *Ethical Theory and Moral Practice* 8(5): 485–506. https://doi.org/10.1007/s10677-005-8242-9

Douglas, Carol et al. 2016. „Narrative Symposium: Patient, Family, and Clinician Experiences with Voluntarily Stopping Eating and Drinking (VSED)." *Narrative Inquiry in Bioethics* 6(2): 77–107. https://doi.org/10.1353/nib.2016.0053; https://doi.org/10.1353/nib.2016.0030

Downie, Jocelyn et al. 2022. „Assistance in Dying: A Comparative Look at Legal Definitions." *Death Studies*. 46(7): 1547–1556. https://doi.org/10.1080/07481187.2021.1926631

Dugdale, Lydia S. 2010. „The Art of Dying Well." *Hastings Center Report* 40(6): 22–24. https://doi.org/10.1002/j.1552-146X.2010.tb00073.x

Dugdale, Lydia S. 2017. „Desecularizing Death." *Christian Bioethics* 23(1): 22–37. https://doi.org/10.1093/cb/cbw019

Dworkin, Ronald 1993. *Life's Dominion. An Argument About Abortion, Euthanasia, and Individual Freedom*. Knopf, New York.

Dykes, Linda – Hodes, Simon – Malik, Sarah 2022. „Voluntarily stopping eating and drinking-lack of guidance is failing patients and clinicians." *BMJ* 2022 Nov 1:379:o2621. https://doi.org/10.1136/bmj.o2621

Ehrenreich, Barbara 2001. „Welcome to Cancerland: A mammogram leads to a cult of pink kitsch." *Harper's Magazine,* 2001 November: 43–53.

Elliot, David 2016. „The Theological Virtue of Hope and the Art of Dying." *Studies in Christian Ethics* 29(3): 301–307. https://doi.org/10.1177/0953946816642982

Elias, Norbert 2004. *A civilizáció folyamata*. Fordította Berényi Gábor, Gondolat, Budapest.

Elias, Norbert 2000. *A haldoklók magányossága*. Fordította Glavina Zsuzsa, Helikon, Budapest.

Engelhardt, H. Tristram 1997. The Crisis of Virtue: Arming for the Cultural Wars and Pellegrino at the Limes. In Thomasma, David C. (ed.): *The Influence of Edmund D. Pellegrino's Philosophy of Medicine*. Springer, Dordrecht, 165–172. https://doi.org/10.1007/978-94-017-3364-9_12

Epikurosz 2007. Menoikész-levél. In Diogenész Laertiosz: *A filozófiában jeleskedők élete és nézetei* II., X. könyv. Fordította Rokay Zoltán, JEL Kiadó, Budapest.

Élő Gábor 2022. Hasznosság és autonómia – az újraélesztés elmúlt tíz éve. In Filó Mihály (szerk.): *Autonómia, életvédelem, jogbiztonság: Az életvégi döntések szabályozása*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 175–187.

Élő Gábor – Zubek László 2011. Életvégi döntések az intenzív terápiában. In Filó Mihály (szerk.): *Párbeszéd a halálról: Eutanázia a jogrend peremén*. Literatura Medica, Budapest.

Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen 2003. *Omgaan met euthanasie en andere vormen van medisch begeleid sterven.* http://www.palliatief.be/accounts/143/attachments/Publicaties/euthanasie__standpunt_federatie.doc

Feinberg, Joel 1999. *Társadalomfilozófia*. Fordította Krokovay Zsolt, Osiris, Budapest.

Filó Mihály 2009. *Az eutanázia a büntetőjogi gondolkodásban*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.

Filó Mihály 2011. Ölni, vagy halni hagyni? – A dogmatika, a valóság és a józan ész. In Filó Mihály (szerk.): *Párbeszéd a halálról: Eutanázia a jogrend peremén*. Literatura Medica, Budapest.

Filó Mihály (szerk.) 2013. *Halálos bűn és szabad akarat: Öngyilkosság a jogtudomány tükrében*. Medicina, Budapest.

Filó Mihály (szerk.) 2022. *Autonómia, életvédelem, jogbiztonság: Az életvégi döntések szabályozása*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.

Filó Mihály – Kiss Máté Jenő 2022. Az öngyilkossághoz nyújtott orvosi segítség büntetőjogi megítélése. In Filó Mihály (szerk.): *Autonómia, életvédelem, jogbiztonság: Az életvégi döntések szabályozása*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 153–161.

F. Kiss Gabriella 2022. Életvégi döntések éppen akkor, amikor az élet elkezdődött. In Filó Mihály (szerk.): *Autonómia, életvédelem, jogbiztonság: Az életvégi döntések szabályozása*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 11–31.

Foot, Philippa 1977. „Euthanasia." *Philosophy and Public Affairs* 6(2): 85–112.

Frankl, Viktor E. 1997. *Orvosi lélekgondozás*. Fordította Jakabffy Imre, Jakabffy Éva, UR Kiadó, Budapest.

Freud, Sigmund 1990. *Totem és tabu*. Fordította Dr. Pártos Zoltán, Göncöl Kiadó, Budapest.

Ganzini, Linda et al. 2003. „Nurses' Experiences with Hospice Patients Who Refuse Food and Fluids to Hasten Death." *New England Journal of Medicine* 349: 359–365. https://doi.org/10.1056/NEJMsa035086

Garchar, Kimberly 2005. „The Loyal Patient at the End of Life: A Roycean Argument for Assisted Suicide." *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 14(2): 147–55. https://doi.org/10.1017/S0963180105050188

Geiszbühl-Szimon Petra – Nemes László 2017. „Halál Kávéház Budapest." *Kharón* 21(4): 32–46.

Gilbertson, Laura et al 2023. „Expanded Terminal Sedation in End-of-Life Care." *Journal of Medical Ethics* 49(4): 252–260. https://doi.org/10.1136/jme-2022-108511

Habermas, Jürgen 2009. „Harc az elismerésért a demokratikus jogállamban." Fordította Weiss János, *Fordulat* 2(5): 33–61.

Hadot, Pierre 2010. *A lélek iskolája: Lelkigyakorlatok és ókori filozófia*. Fordította Cseke Ákos, Kairosz, Budapest.

Hallenbeck, James L. 2000. „Terminal Sedation: Ethical Implications in Different Situations." *Journal of Palliative Medicine* 3(3): 313–320. https://doi.org/10.1089/jpm.2000.3.313

Hardwig, John 1997. „Is There a Duty to Die?" *Hastings Center Report* 27(2): 34–42. https://doi.org/10.2307/3527626

Hauerwas, Stanley – Pinches, Charles R. (1996): Practicing Patience: How Christians Should Be Sick. *Christian Bioethics* 2(2): 202–221. https://doi.org/10.1093/cb/2.2.202

Hegedűs Katalin 2011. A hospice és palliatív ellátás mint az eutanázia alternatívája. In Filó Mihály (szerk.): *Párbeszéd a halálról: Eutanázia a jogrend peremén*. Literatura Medica, Budapest.

Hegedűs Katalin 2017. *Létezik-e jó halál?* Oriold és Társai, Budapest.

Heidegger, Martin 2001. *Lét és idő*. Fordította Vajda Mihály, Angyalosi Gergely, Bacsó Béla, Kardos András, Orosz István, Osiris, Budapest.

Horányi Ildikó 1998/99. „A haldokló betegek gondozásának betöltött lelkipásztori szerepkör megváltozása." *Kharón* 2(4): 35–49.

Jakab Tibor 2011. Az eutanázia és amit annak hisznek. In Filó Mihály (szerk.): *Párbeszéd a halálról: Eutanázia a jogrend peremén*, Literatura Medica, Budapest.

James, Nicky – Field, David 1992. „The Routinization of Hospice: Charisma and Bureaucratization. *Social Science and Medicine*." 34(12): 1363–1375. https://doi.org/10.1016/0277-9536(92)90145-G

Jones, David Albert 2013. Death by equivocation: a manifold definition of terminal sedation. In. Sterckx, Sigrid – Raus, Kasper – Mortier, Freddy Eds.: *Continuous Sedation at the End of Life: Ethical, Clinical and Legal Perspectives*. Cambridge University Press, Cambridge, New York, 47–64. https://doi.org/10.1017/CBO9781139856652.003

Jones, David Albert – Gastmans, Chris – MacKellar, Calum (Eds.) 2017. *Euthanasia and Assisted Suicide: Lessons from Belgium*. Cambridge University Press, Cambridge, New York. https://doi.org/10.1017/9781108182799

Julesz Máté 2016. *Az orvosi jog aktualitásai. Az eutanáziától a klónozásig.* Medicina, Budapest.

Julesz Máté 2018. *Orvosi jog működés közben. A hálapénztől a kártérítésig.* Medicina, Budapest.

Kalanithi, Paul 2016. *Elillanó lélekzet*. Fordította Guti Eszter, Casparus, Budapest.

Kant, Immanuel 1991. Az erkölcsök metafizikájának alapvetése. In Immanuel Kant: *Az erkölcsök metafizikájának alapvetése*, *A gyakorlati ész kritikája*, *Az erkölcsök metafizikája*. Fordította Berényi Gábor, Gondolat, Budapest, 13–101.

Keown, John 2018. *Euthanasia, ethics and public policy: an argument against legalisation*. Cambridge University Press, Cambridge. https://doi.org/10.1017/9781107337909

Kidd, Ian J. 2012. „Can Illness be Edifying?" *Inquiry* 55(5): 496–520. https://doi.org/10.1080/0020174X.2012.716203

Kidd, Ian J. 2015. „Transformative Suffering and the Cultivation of Virtue." *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 22(4): 291–294. https://doi.org/10.1353/ppp.2015.0048

Kidd, Ian J. 2017. „Exemplars, Ethics, and Illness Narratives." *Theoretical Medicine and Bioethics* 38(4): 323–334. https://doi.org/10.1007/s11017-017-9411-2

Kidd, Ian J. 2018. „Adversity, Wisdom, and Exemplarism." *Journal of Value Inquiry* 52(4): 379–393. https://doi.org/10.1007/s10790-017-9621-x

Kierkegaard, Søren 2001. Egy sírnál. Fordította Csejtei Dezső. In *Filozófiai etűdök a végességre*, Veszprémi Humán Tudományokért Alapítvány, Veszprém, 269–307.

Kierkegaard, Søren 2005. *Vagy-vagy*. Fordította Dani Tivadar, Osiris, Budapest.

Kis János 1997. *Az állam semlegessége*. Atlantisz, Budapest.

Klein, Carsten et al 2023. „Sedation in Palliative Care – a Clinically Oriented Overview of Guidelines and Treatment Recommendations." *Deutsches Ärzteblatt International* 20(14): 235–242. https://doi.org/10.3238/arztebl.m2023.0034

Kovács Dénes 2010. „Az „ars moriendi" táblák üzenete." *Kharón* 14(4): 1–23.

Kovács József 1999. *A modern orvosi etika alapjai: Bevezetés a bioetikába*. Medicina, Budapest.

KNMG Royal Dutch Medical Association and V&VN Dutch Nurses' Association 2014. Caring for people who consciously choose not to eat and drink so as to hasten the end of life.

Kőmüves Sándor 2018. „A modern hospice – Cicely Saunders teológiai-filozófiai alapvetése." *Kharón* 22(4): 1–58.

Kőmüves Sándor 2019. „Az orvos által asszisztált öngyilkosság Svájcban – A Svájci Orvostudományi Akadémia új orvosetikai irányelve: A haldoklással és a halállal kapcsolatos kérdések (2018)." *Kharón* 23(3): 1–13.

Kőmüves Sándor 2020. „ Az eutanáziát integráló palliatív gondozás – a belgiumi modell." *Kharón* 24(1): 36–46.

Kőmüves Sándor 2023. „A palliatív gondozásban részesülő betegek halál iránti vágya – Mi áll a vágy mögött?" *Kharón* 27(3): 1–22.

Kristjánsson, Kristján 2013. *Virtues and Vices in Positive Psychology: A Philosophical Critique*. Cambridge University Press, Cambridge. https://doi.org/10.1017/CBO9781139177818

Lebacqz, Karen 1985. The Virtuous Patient. In Shelp, Earl E. (ed.): *Virtue and Medicine*. Philosophy and Medicine, vol 17. Springer, Dordrecht, 275–288. https://doi.org/10.1007/978-94-009-5229-4_14

Levering, Matthew 2018. *Dying and the Virtues*. Wm. B. Eerdmans Publishing Co.

Long, A. A. 1998. *Hellenisztikus filozófia*. Fordította Steiger Kornél, Osiris, Budapest.

Lowers, Jane – Hughes, Sean – Preston, Nancy J. 2021. „Overview of voluntarily stopping eating and drinking to hasten death." *Annals of Palliative Medicine*. 10(3): 3611–3616. https://doi.org/10.21037/apm-19-525

Lynn, Joanne 2005. „Living Long in Fragile Health: The New Demographics Shape End of Life Care." *Hastings Center Report*. Nov-Dec:Spec No:S14-8. https://doi.org/10.1353/hcr.2005.0096

Magyar Orvosi Kamara [MOK] 2011. *Etikai kódex*. https://mok.hu/a-kamararol/etikai-kodex

McCarty, Brett – Verhey, Allen 2013. „The Virtues for Dying Well." *Center for Christian Ethics at Baylor University.* https://www.baylor.edu/content/services/document.php/205047.pdf

Meyer, Michael J. 1992. „Patients' Duties." *Journal of Medicine and Philosophy* 17(5): 541–555.
https://doi.org/10.1093/jmp/17.5.541

Meyer, Michael J. 1995. „Dignity, Death and Modern Virtue." *American Philosophical Quarterly* 32(1): 45–55.

Miles, J. K. 2019. „Taking Patient Virtue Seriously. *Theoretical Medicine and Bioethics*" 40(2): 141–149.
https://doi.org/10.1007/s11017-019-09484-x

Montaigne, Michel de 2013. *Esszék* I-II-III. Fordította Csordás Gábor, Jelenkor, Pécs.

Morita, Tatsuya et al 2022. Intercountry and Intracountry Variations in Opinions of Palliative Care Specialist Physicians. In *Germany, Italy, Japan and UK About Continuous Use of Sedatives: An International Cross-Sectional Survey*. BMJ Open.
https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-060489

Murdock, Diane B. 2014. *The New Art of Dying: How to Personalize the Most Important Decisions for Yourself and Your Loved Ones*. The Murdocks, LLC

Mújdricza Ferenc 2018. „A halál „helye" a családban – A haldoklás mint szerep." *Lege Artes Medicinae* 28(4-5): 187–196.

Mújdricza Ferenc 2020. „Kortalan rettegés: a nyugati halálattitűdök ariès-i modelljének felülvizsgálata." *Kharón* 24(4): 21–44.

Nemes László 2012. „Szituáció, erény és lelemény: Az erkölcsi felelősség kérdése egykor és ma." *Magyar Filozófiai Szemle* 56(3): 65–81.

Nemes László 2013. „A filozófiai tanácsadás és a pszichológia." *Nagyerdei Almanach* 4(7): 49–85.

Nemes László 2014a. „»Filozofálni annyi, mint felkészülni a halálra« – Filozófiai praxis az élet végén." *Kharón* 18(1): 1–20.

Nemes László 2014b. „Halál Kávéház – Egy új mozgalom a halálról való nyilvános diskurzus előmozdítására." *Kharón* 18(1): 42–49.

Nemes László 2015. „Narratív medicina és bioetika." *Századvég* 20(76): 43–67.

Nemes László 2020a. „»Türelemmel viselt, hosszú betegség« – Erények az élet végén." *Kharón* 24(2): 30–47 .

Nemes László 2020b: „A példakép filozófiája." *Performa* 9.
http://performativitas.hu/res/nemes_laszlo_peldakep.pdf

Nemes László 2021. „Eutanázia: Filozófiai és etikai szempontok."

https://litera.hu/irodalom/publicisztika/nemes-laszlo-eutanazia-filozofiai-es-etikai-szempontok.html?fbclid=IwZXh0bgNhZW0CMTAAAR3I-xa6gd8p5DwdtYLqEkN6DnsU

Nietzsche, Friedrich 2012. *Emberi, nagyon is emberi* II. Fordította Horváth Géza, Cartaphilus, Budapest.

Nisbett, Richard E. – Ross, Lee 1980. *Human Inference: Strategies and shortcomings of social judgment*. Englewood Cliffs, Prentice Hall.

Nisbett, Richard E. 2003. *The Geography of Thought: How Asians and Westerners Think Differently....and Why*. Free Press, New York.

Nussbaum, Martha C. 2012. „Who is the Happy Warrior? Philosophy, Happiness Research, and Public Policy." *International Review of Economics* 59(4): 335–361.
https://doi.org/10.1007/s12232-012-0168-7

Olson, Nate W. 2019. „Why Should Medical Care Be Family-Centered?: Understanding Ethical Responsibilities for Patients' Family Members." *Kennedy Institute of Ethics Journal* 29(2): 159–185.
https://doi.org/10.1353/ken.2019.0019

Parens, Erik 2013. „On Good and Bad Forms of Medicalization." *Bioethics* 27(1): 28–35.
https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2011.01885.x

Platón 1984. Phaidón. In *Platón összes művei* I. Fordította Kerényi Grácia, Európa Könyvkiadó, Budapest.

Platón 2005. Szókratész védőbeszéde. In. Platón: *Euthüphrón, Szókratész védőbeszéde, Kritón*. Fordította, Mogyoródi Emese, Atlantisz, Budapest.

Pope, Thaddeus M. 2011. „Voluntarily Stopping Eating and Drinking: A Legal Treatment Option at the End of Life. *Widener Law Review*." 17(2): 384–385.

Quill, Timothy E. et al. 2018. „Voluntarily Stopping Eating and Drinking Among Patients With Serious Advanced Illness-Clinical, Ethical, and Legal Aspects." *JAMA Internal Medicine*. 178(1): 123–127.
https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2017.6307

Raja, Srinivasa N. et al 2020. „The Revised IASP Definition of Pain: Concepts, Challenges, and Compromises." *Pain* 161(9): 1976–1982. https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939

Rietjens, Judith A. C. et al 2004. „Physician Reports of Terminal Sedation without Hydration or Nutrition for Patients Nearing Death in the Netherlands." *Annals of Internal Medicine* 141(3): 178–185. https://doi.org/10.7326/0003-4819-141-3-200408030-00006

Rodrigues, Paulo – Crokaert, Jasper – Gastmans, Chris 2018. „Palliative Sedation for Existential Suffering: A Systematic Review of Argument-Based Ethics Literature." *Journal of Pain and Symptom Management*. 55(6): 1577–1590. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.01.013

Rodrigues, Paulo – Menten, Johan – Gastmans, Chris 2020. „Physicians' Perceptions of Palliative Sedation for Existential Suffering: A Systematic Review." *BMJ Supportive & Palliative Care* 10(2): 136–144. https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2019-001865

Rodrigues, Paulo et al. 2023. „Ethics of Sedation for Existential Suffering: Palliative Medicine Physician Perceptions – Qualitative Study." *BMJ Supportive & Palliative Care*. 13(2): 209–217. https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2021-003395

Rozgonyi, Zsolt Dezső 2022. Ante finem – az előrehaladott krónikus betegekkel kapcsolatos életvégi döntések jogi és egyéb társadalmi normák által szabályozott klinikai gyakorlata. In Filó Mihály (szerk.): *Autonómia, életvédelem, jogbiztonság: Az életvégi döntések szabályozása*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 198–215.

Sartre, Jean-Paul 2006. *A lét és a semmi*. Fordította Seregi Tamás, L'Harmattan – Szegedi Tudományegyetem Filozófia Tanszék – Magyar Filozófiai Társaság, Budapest.

Saunders, Cicely 1976. „Care of the Dying – The Problem of Euthanasia." *Nursing Times* 72(26): 1003–1005.

Saunders, Cicely 1981. „The Hospice: Its Meaning to Patients and Their Physicians." *Hospital Practice* 16(6): 93–108. https://doi.org/10.1080/21548331.1981.11946786

Saunders, Cicely – Clark, David (Eds.) 2006. *Cicely Saunders: Selected Writings* 1958–2004. Oxford University Press, Oxford, New York. https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198570530.001.0001

Sándor Judit 2011. Az eutanázia mint politikai kérdés. In Filó Mihály (szerk.): *Párbeszéd a halálról. Eutanázia a jogrend peremén*, Literatura Medica, Budapest, 83–95.

Sándor Judit – Orentlicher, David 2021. Decisions at the End of Life. In (Eds.): Orentlicher, David – Hervey, Tamara K.: *The Oxford Handbook of Comparative Health Law*. Oxford University Press, Oxford, 1073–1107. https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190846756.013.39

Sándor Zsuzsa 2019. *Mégis, kinek a halála?* https://24.hu/kozelet/2019/03/13/megis-kinek-a-halala/

Scarre, Geoffrey 2012. „Can There Be a Good Death?" *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 18(5): 1082–1086. https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2012.01922.x

Schopenhauer, Arthur 2001. A halálról. In *Filozófiai etűdök a végességre*. Fordította Dr. Bánóczi József, Veszprémi Humán Tudományokért Alapítvány, Veszprém.

Schopenhauer, Arthur 2002. *A világ mint akarat és képzet*. Fordította Tandori Ágnes, Tandori Dezső, Osiris, Budapest.

Seligman, Martin 2011. *Flourish – Élj boldogan: A boldogság és a jól-lét radikálisan új értelmezése*. Fordította Bozai Ágota, Akadémiai Kiadó, Budapest.

Shelp, Earl E. 1984. „Courage: A Neglected Virtue in the Patient-Physician Relationship." *Social Science & Medicine* 18(4): 351–60. https://doi.org/10.1016/0277-9536(84)90125-4

Seneca 2002a. Vigasztalások. In *Seneca prózai művei* I. Fordította Révay József, Szenzár, Budapest, 9–98.

Seneca 2002b. Erkölcsi levelek. In *Seneca prózai művei* I. Fordította Bollók János, Kopeczky Rita, Kurcz Ágnes, Németh András, Sárosi Gyula, Takács László. Szenzár, Budapest, 101–612.

Sepúlveda, Cecilia et al. 2002. „Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective." *Journal of Pain and Symptom Management* 24(2): 91–96. https://doi.org/10.1016/S0885-3924(02)00440-2

Stängle, Sabrina – Schnepp, Wilfried – Fringer, André 2019. „The Need to Distinguish Between Different Forms of Oral Nutrition Refusal and Different Forms of Voluntary Stopping of Eating and Drinking." *Palliative Care & Social Practice*. Oct. 9:13:1178224219875738. https://doi.org/10.1177/1178224219875738

Sterckx, Sigrid – Raus, Kasper – Mortier, Freddy (Eds.) 2013. *Continuous Sedation at the End of Life: Ethical, Clinical and Legal Perspectives*. Cambridge University Press, Cambridge, 2013. https://doi.org/10.1017/CBO9781139856652

Stőhr Lóránt 2013. „A szerelem otthona: Michael Haneke Szerelem című filmjéről." *Jelenkor* 56(9): 931–938.

Sulmasy, Daniel P. 2006. *The Rebirth of the Clinic: An Introduction to Spirituality in Health Care*. Georgetown University Press.

Surges, Séverine M. et al. 2022. „Review of European Guidelines on Palliative Sedation: A Foundation for the Updating of the European Association for Palliative Care Framework." *Journal of Palliative Medicine* 25(11): 1721–1731. https://doi.org/10.1089/jpm.2021.0646

Surges, Séverine M. et al. 2024. „Revised European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework on palliative sedation: An international Delphi study." *Palliative Medicine* Jan 31:2692163231220225 https://doi.org/10.31124/advance.22329289.v1

Swift, Teresa L. – Ashcroft, Richard E. – Tadd, Win – Campbell, Alastair V. – Dieppe, Paul A. 2002. „Living Well Through Chronic Illness: The Relevance of Virtue Theory to Patients with Chronic Osteoarthritis." *Arthritis Care & Research* 47(5): 474–478. https://doi.org/10.1002/art.10664

Szasz, Thomas 2011. *Suicide Prohibition: The Shame of Medicine*. Syracuse University Press.

Toulmin, Stephen 1982. How Medicine Saved the Life of Ethics. *Perspectives in Biology and Medicine* 25(4): 736–750. https://doi.org/10.1353/pbm.1982.0064

Twycross, Robert G. 2022. „Response to Morita et al.: Re: Defining »Continuous Deep Sedation« Using Treatment Protocol." *Palliative Medicine Reports* 3(1): 105–106. https://doi.org/10.1089/pmr.2022.0020

Twycross, Robert G 2019. „Reflections on Palliative Sedation." *Palliative Care: Research and Treatment* Jan 27:12:1178224218823511. 1–18. https://doi.org/10.1177/1178224218823511

Vadász Gábor 2011. Mit nevezhetünk eutanáziának, és mit nem? – Az életvégi döntésekről. In Filó Mihály (szerk.): *Párbeszéd a halálról: Eutanázia a jogrend peremén*. Literatura Medica, Budapest.

Vékás Lajos – Gárdos Péter (szerk.) 2018. *Kommentár a Polgári Törvénykönyvhöz*. 1. kötet. Második, átdolgozott kiadás. Wolters Kluwer, Budapest.

Velasco Sanz, Tamara Raquel et al 2023. „Spanish regulation of euthanasia and physician-assisted suicide." *Journal of Medical Ethics.* 49(1): 49–55. https://doi.org/10.1136/medethics-2021-107523

Verhey, Allen 2012. *The Christian Art of Dying: Learning from Jesus*. Wm. B. Eerdmans Publishing Co.

Wechkin, Hope et al. 2023. „Clinical Guidelines for Voluntarily Stopping Eating and Drinking (VSED)." *Journal of Pain and Symptom Management* 66(5): 626.
https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2023.06.016

Whitehead, Anne 2014. The medical humanities: A literary perspective – Overview. In Victoria Bates – Alan Bleakley – Samuel Goodman (Eds.): *Medicine, Health and the Arts: Approaches to the Medical Humanities.* Routledge, London and New York, 107–127.

Wilson, Donna M. – Cable-Williams, Beryl E. 2008. Death in Modern Society. In Declan Walsh (Ed.): *Palliative Medicine*. Saunders, Philadelphia, 8–13.
https://doi.org/10.1016/B978-0-323-05674-8.50006-2

Wilson, Emily 2007. *The Death of Socrates: Hero, Villain, Chatterbox, Saint*. Profile Books, London.

World Health Organization 1990. *Cancer Pain Relief and Palliative Care. Report of a WHO Expert Committee*. WHO, Geneva.

World Health Organization 2002. *National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines*. 2nd ed. WHO, Geneva.

Yalom, Irvin D: 2019. *Egzisztenciális pszichoterápia*. Fordította Adorján Zsolt, Park Kiadó, Budapest.

Zagzebski, Linda T. 2017. *Exemplarist Moral Theory*. Oxford University Press, Oxford. https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780190655846.001.0001

Zubek, László 2022. Életvégi döntések az intenzív terápiában 2019. *Quo vadis*, életvégi döntés? In Filó Mihály (szerk.): *Autonómia, életvédelem, jogbiztonság: Az életvégi döntések szabályozása*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 188–197.