

## Méltóság, erények, lehetőségek az élet végén

Barcsi Tamás, Kőműves Sándor, Nemes László: *Életvégi döntések*.  
Budapest, L'Harmattan Kiadó, 2024. 150 oldal.

DOI: <https://doi.org/10.70510/mfsz.21375>

A múlt évben indult bioetikai könyvsorozat első kötetét tisztelhetjük a Barcsi Tamás, Kőműves Sándor, Nemes László szerzőtrío *Életvégi döntések* című kötetében. A könyv az utóbbi években megjelent számos könyv és tanulmány soraiba illeszkedik, s rendkívül aktuális alkotás, hiszen a halál, a haldoklás és az eutanázia problémaköre egyre inkább a szakmai és közéleti diskurzusok tárgyává vált. A három szerző más-más szempontból tárgyalja az életvégi döntések lehetséges aspektusait, melyek közt a filozófiai és etikai, valamint az utolsó részben jogi dilemmák is megjelennek. A három rész mégis kiegészíti egymást, egyre elmélyültebben bontja ki ezt a komplex témát, igazolva a szerzők hosszú múltra visszatekintő kutatásainak eredményességét. A könyv előszava egyértelművé teszi a téma aktualitásának növekvő fontosságát, ami egyrészt a medicalizáció – az élet egyre nagyobb része kerül orvosi, intézményes felügyelet alá –, másrészt az önrendelkezés vagy autonómia megnövekedett lehetőségeinek következménye. Egyszerűbben fogalmazva, az orvostudomány és a biotechnológia fejlődése életünk minden szakaszában egyre több tudatos döntést tesz lehetővé.

Barcsi Tamást idézve:

„Tudatosan” akarunk dönteni a hivatásunkról, a szerelmi- és magánéletünkéről, a gyerekvállalásról, a lakhelyünkéről, a táplálkozásunkról, az egészségügyi kezeléseinkről, a kinézetünkéről, az identitásunkról, a pénzügyi befektetéseinkről, végső soron életünk egészéről, a halálunkat is beleértve (10).

Ez a megváltozott helyzet biztonságosabbá teszi az emberi életet, de a felelősség kérdését is egyre élesebben veti fel. A kiszámíthatóság és a halál alapvető bizonytalansága, közvetlen tapasztalhatatlansága, a döntések és a lehetőségek közötti feszültség dilemmái végig érezhetők a könyvben, s a szerzők lényegre törő téziseiben fogalmazódik meg. A könyv első három fejezetében Barcsi Tamás először a halál kulturális aspektusait mutatja be, elsősorban Norbert Elias tudásszociológus gondolatain keresztül. Ennek lényege, hogy a modern nyugati világ a 18. századtól a középkori társas és rituális eseményhez képest igyekszik a halált „eltüntetni”, medicalizált és technicizált eseménynek tekinteni, a kórházak falai közé zárni, tabusítani. De a halállal végül mindenkinek szembe kell néznie, vagyis az „eltüntetés” nem szünteti meg a halálfélelmet, ami sok pszichés tünet mögött ott áll – mondja Barcsi.

A következő részben Barcsi a halálról szóló filozófiai álláspontok közül ismerteti a fontosabbakat, hiszen a halál témája mindig is része volt a filozófiai gondolkodásnak. A szókratészi-platóni, az epikureus és sztoikus gondolkodás bátran szembenéz a halálfélelemmel, sőt, némelyek felfogása szerint a filozofálás segítségével akár közböcsítheti is azt. Lényegében ezt mondja a reneszánsz gondolkodó Montaigne is, akinek híres mondata: „bölcsekedni anynyi, mint megtanulni meghalni” – összefoglalja a két nagy művelődéstörténeti korszak felfogását. Később a modern élet- és egzisztenciálfilozófiák a „saját halál” fogalmát megalkotva a halálhoz való viszonyt az élet meghatározó részének tekintik, a halál *komoly gondolatától* (Kierkegaard), a *halálba való előrefutásig* (Heidegger) jutnak el, s így a halált a „saját élet”, az autentikus élet megformálása feltételeként szemlélik. Kivételek persze itt is vannak (Schopenhauer, Jean-Paul Sartre). Barcsi elismeri, hogy a „saját meghalás” fogalmának vannak dilemmái, hiszen egy magatehetetlen, végstádiumban lévő egyén kiszolgáltatott a környezetének, illetőleg a baleseti halál eleve elveszi az életvégi döntés lehetőségét. Mégis azt mondja, hogy a halálhoz való egzisztenciális viszony kialakítása az egyén önmeghatározásának fontos része, s így a „saját meghalás” kérdése újra az előtérbe kerül, különösen az eutanázia esetében.

Az eutanázia – jó halál – fogalmának bemutatásakor Barcsi pontosan jelzi az életvégi döntésekkel kapcsolatos szemléleti különbségeket, amelyek a döntési folyamatban konkrétan is megvalósul(hat)nak. Megkülönböztet aktív eutanáziát, ahol valamilyen cselekedet történik a beteg életének megrövidítése céljából, valamint passzív eutanáziát, ahol az eutanázia végrehajtója elmulaszt megtenni valamit a beteg életének fenntartása érdekében. Különbséget tesz önkéntes és nem önkéntes eutanázia

között, mely utóbbi esetben az akaratnyilvánításra képtelen beteg helyett mások döntenek. Illetve ebben a fejezetben megjelenik az indirekt eutanázia fogalma is, amikor a beteg halála előre látott, de nem szándékolt cselekvés hatására valósul meg. Végül a következő definíciót adja meg: „*eutanázián* kizárólag *a súlyos és gyógyíthatatlan betegségben szenvedő ember – kérésére végrehajtott – halálba segítését* értjük” (34). Minden más esetben nem önkéntes halálba segítésről, az életfenntartó és életmentő kezelések visszautasításáról, az akaratnyilvánításra képtelen betegek életfenntartó és életmentő kezelésének megszüntetéséről, továbbá orvos által aszisztált öngyilkosságról van szó. S ebből a bonyolult etikai és jogi dilemmákat egyaránt felvető terminológiai sokrétűségből is látszik, hogy milyen nagyságrendű problémáról van szó.

Barcsi Tamás ekkor Kantnak az ember mint eszes lény öncélként való létezését tételező felfogásához fordul, s erre támaszkodva az emberi méltóság tiszteletének elvében találja meg a fentebb említett eljárások megítélése közötti iránymutatást. Az emberi méltóság tiszteletének elve, amelyet Barcsi egy korábbi könyvében az ún. értékkorlátos diskurzusetika keretében részletesen is kifejtett, az embert önértékkel rendelkező létezőként fogja fel, akinek alapvető érdekeit el kell ismerni. Ez azt jelenti, hogy „*életének »szentségét«, lehető legkiterjedtebb szabadságát, egyedi személyiségét más személyekkel egyenlő módon tiszteljük*” (38). Erre építve az egyén dönti el, hogy segítséget kér az öngyilkossághoz, visszautasítja az életfenntartó és életmentő kezeléseket, vagy eutanáziát szeretne – vallja. De mivel ekkor a cselekedet végrehajtásában mások is részt vesznek, az államnak kell szabályozni e magatartásmódokat, különösen az akaratnyilvánításra képtelen betegek esetében. Ehhez morális és jogi diskurzusok lefolytatása szükséges.

Barcsi a fentiek következményeképpen az életfenntartó és életmentő kezelések visszautasítását egyértelműen elfogadhatónak tartja. Az államnak a semlegesség elve alapján nem szabad megtagadnia ezt a lehetőséget. Az önkéntes eutanáziát csak akkor lehet államilag megengedni, ha a visszaélések megelőzésére már kiépült a megfelelő egészségügyi-intézményi rendszer, mely egyszerre több alternatívát tud felkínálni. Az orvos által asszisztált öngyilkosság jobban elfogadható, mint az eutanázia, mivel autonóm döntéssel alapszik. De itt is jogszabályi tisztázás szükséges. Az akaratnyilvánításra képtelen betegek életfenntartó és életmentő kezelésének megvonása akkor elfogadható, ha a beteg feltételezett akarata megjelenik, s így az emberi méltóság tiszteletének elvéből fakadó autonómiája nem sérül túlzott mértékben. S végül, az autonómia alapvetéséből következően a nem önkéntes halálba segítés akkor sem fogadható el, ha a szenvedés csökkentésére irányul.

A könyv második része – Nemes László munkája – döntésméleti megfontolásokkal kezd, s az életvégi döntésekkel kapcsolatban rögtön egy alapvető megállapítást tesz:

(1) elsősorban *mások* életének a végéről van szó, (2) elsősorban 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. (51.)

Vagyis más az eutanázia engedélyezéséről dönteni, mint végstádiumban lévő betegként az eutanázia mellett dönteni. A fenti idézet jelzi Nemes perspektívaváltását: a résztvevő, elszenvadó alany szempontjának előtérbe helyezését. De ez nem zárja ki azt, hogy a halál többrétű jelentésar-

talmával ne kellene foglalkozni: a haldoklás folyamatával, a betegek halálba segítése körüli vitákkal, vagy a halál mint nemléti filozófiai és vallási értelmezéseivel. Ezek a jelentésstartományok egymással összefüggenek, s a közöttük lévő hangsúlyeltolódás kulturális változást jelez: a halál tabusítása zajlik ma, a rejtélyektől való irtózás jegyében, ami elterelheti a figyelmet a halál végső rejtélyéről – állapítja meg.

A döntéshozatali mechanizmusokról szóló részben Nemes a döntéseket befolyásoló korlátokról ír, s ezzel az ún. szituacionista felfogáshoz kötődik. Ebben az értelemben a döntéshozatalt az aktuális környezeti tényezők erőteljesebben befolyásolják, mint a belső meggyőződések, az önismeret, az erkölcsi erények és a jellem. Ilyenek az élettani hatások, a kulturális különbségek, kognitív torzítások, affekciók, érzések és érzelmek, valamint az elme ún. kettős feldolgozást működtető (gyors, intuitív és lassú, reflektív) mechanizmusa. Mindez az alany szempontjainak még tágabb figyelembevételére kell hogy ösztönözzön, ezért tartja hatalmas vívmánynak Nemes az ún. tájékozott beleegyezés elvének mind szélesebb körű alkalmazását. Ekkor ugyanis az orvos tájékoztatja a páciensét a javasolt eljárásokról. Vagyis a szabad, autonóm döntés lehetősége megteremtődhet.

Csakhogy ezzel kapcsolatban rögtön felmerül egy súlyos probléma: az életvégi döntések esetében milyen információkra van szükség? Például az eutanázia esetében – amely nem egyszerűen egy orvosi eljárás, hanem egzisztenciális döntés – mi-féle tájékoztatásról van szó? „Sarkosan: van-e a halálnak olyan tudománya és ezt képviselő szakértője, mint ahogy az orvoslás a gyógyítás tudománya, aminek az orvos a szakértő képviselője?” (61.) Az első válasza az, hogy ilyen biztosan nincs, hiszen a halál vagy az élet utáni lét nem vizsgálható az orvoslás eszközeivel. Az ebben a kér-

désben megjelenő válaszok inkább a személyes szférához tartoznak, a lelkiismerethez, az érzésekhez, a világnézethez. Majd Nemes továbblép s azt veti fel, hogy mégis létezik egyfajta „szakértelem” ezen a területen, s itt a halál filozófiájának korábbi és mai képviselőit sorolja fel, akiknek a gondolkodását a tájékozott beleegyezés feltételeként szükséges lenne bevonni az életvégi döntések megtervezésébe – írja.

Innen tér át az eutanázia kérdésére, mely során először részletesen bemutatja ezzel összefüggésben a világnézeti és politikai meggyőződés, a szabadság és igazságosság dimenzióit, s emellett érvel, hogy a jó halálnak és a jó életnek egyaránt van erkölcsi vetülete. S ebben az összefüggésben említi, hogy a jó halál fogalmával kapcsolatban a gyors halál dilemmája is felmerül, hiszen a múlt (?) világban bevett eljárás volt a lassú kínhalál szándékos alkalmazása, ami az első részben említett antik filozófusok szép gondolatait (a halál közömbösítése vagy gyengítése) sokszor azért érvényteleníthette. Majd ezután merül fel, hogy a haldoklás és az eutanázia dilemmája a jó élet szempontjából talán még mélyebben értelmezhető. Az antik és középkori felfogásra utalva Nemes az élet lezárásának milyenségét az élet megítélésnek részeként értelmezi, s felteszi a kérdést, hogy az erkölcsi szempontok milyen súllyal szerepelhetnek az életvégi döntésekben. Hiszen „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” (78). A hagyományos felfogás az életvégi helyzetekben megjelenő erényekről – bátorság, remény, kitartás, türelem, alázat, méltóság és bölcsesség – beszélt és Szókratész, Seneca, Jézus és a mártírok példáit állította az emberek elé.

S ennek fényében fogalmazza meg Nemes a fejezet centrális kérdéseit.

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? (80.)

Nemes válasza határozott igen, szerinte az autonóm és szabad döntésekhez szükséges tájékoztatáshoz a halálról kialakított filozófiai nézeteket is figyelembe kell venni. S ebben a dimenzióban ismét a beteg, haldokló emberhez fordul, s az erényes páciens alakjában, a betegség jellemző hatásában és egy modern *ars moriendi* kialakításának lehetőségében találja meg a lehetséges kapcsolódási pontokat. Ebben a kontextusban a hét „sarkalatos” erényről beszél, a türelemről, a kitartásról, a bátorságról, a reményről, a méltóságról, az értelemről és a bölcsességről, melyek elsajátítására szükség van, s melyekre mint életvégi döntések során gyakorolható erényekre „előre is fel lehet és kell készülni” (93).

A könyv harmadik része Kőműves Sándor nevéhez fűződik, aki elsősorban az egészségügyi ellátás lehetőségeire fókuszál, az egyre előrehaladottabb és ezért egyre több változást hozó medikalizáció tükrében. A kulcskérdése az, hogy az életvégi döntésekben a saját értékek és érdekek, az egyéni autonómia és a személyes szabadság megvalósításának milyen lehetőségei jelennek meg. Először a szenvedés enyhítésének szándékát tárgyalja, mely mára a fizikai, lelki, szociális dimenziók mellett spirituális/egzisztenciális tartalommal bővült, jelezve a beteg saját életének értelmére irányuló reflexiójának kiterjedtebb lehetőségét. Az elviselhetetlen szenvedés ebben a kontextusban megjelenő fogalma további jelentést ad a szenvedés

korábbi fogalmának. Majd a modern hospice ellátás keresztény gyökerű, a haldokló betegre fókuszáló szellemiségét mutatja be, melynek alapítója, Cicely Saunders ugyanakkor a magas szintű orvosi szaktudást is az ellátás elengedhetetlen részének tartotta. Ebben a fejezetben a spirituális fájdalom fogalmának bemutatása találja meg az utat az erkölcsfilozófiához – állítja Kőműves. A palliatív ellátás ezt a szemléletet folytatja tovább, de már a terminális fázisban lévő betegek családtagjait is beemeli a gondozás folyamatába.

Az eutanázia fogalmának tisztázása során Kőműves a szándék és az előrelátás morálfilozófiai szempontú megítélésére helyezi a hangsúlyt, s ennek függvényében a mulasztás és a mellőzés megkülönböztetése mellett érvel, melyek közül az első morális megítélés alóli semlegesítését szükségesnek tartja. Ezeknek a fogalmi distinkcióknak a bemutatása is jelzi, hogy az eutanázia esetében az orvoslás és az etika milyen szorosan kapcsolódik a jogi megítéléshez. A holland példa elemzése is ezt demonstrálja. Ezzel a könyv az életvégi döntések terén egy újabb értelmezéstartományt villant fel.

Ez a kérdéskör még plasztikusabban jelenik meg az életmentő-életfenntartó kezelések visszaautasításának kezelésében. A hazai joggyakorlat bemutatásakor Kőműves a cselekvőképesség fogalmát helyezi a középpontba mint ami ezekben az esetekben a legáltalánosabb keretfeltétel. A cselekvőképesség mint „az ember ügyeinek viteléhez szükséges belátási képesség” a recenzens szerint az életvégi döntések problematikájának egészében alapvető jelentőségű, hiszen itt az orvos és a jogalkotó a morális megfontolásoknál sokszor erősebb formában avatkozhat be a döntési folyamatba. A gyakorlati életből vett kérdés ebben a kontextusban így jelenik meg: az életmentő-életfenntartó kezelések visszaautasítása egyenlő-e a passzív eutanáziával.

A terminális szedálás esetében pedig bizonyos gyógyszerek segítségével csökkentik a beteg tudati szintjét. Mivel itt is a definíciók sokféleségével találkozunk, máris megjelenik a feszültség abban, hogy egyesek miért tekintik ezt az eljárást a palliatív gondozás részének, míg mások az élet megrövidítését célzó eutanáziának – írja Kőműves. Ekkor jelenik meg az arányosság követelménye (a kívánatos és nemkívánatos következmények aránya), a refraktorikus tünetek kérdése (fizikai tünetek, melyek szenvedéssel járhatnak együtt), valamint a kibővített terminális szedálás esete (amikor nem közvetlenül haldokló beteget szedálnak). Etikai kérdéseket vet fel a szándék dimenziója is, vagyis hogy kinek a kérésére történik a szedálás. Tehát az orvosilag adott lehetőségek a palliatív ellátástól az eutanáziáig tartó beavatkozást jelenthetnek! Az orvos által asszisztált öngyilkosság és a táplálék- és folyadékbevitel önkéntes beszüntetésének dilemmái szintén ebben az értelmezési keretben mozognak: az autonóm, tudatos döntésektől a közreműködésen át az aktív vagy passzív, direkt vagy indirekt eutanáziáig terjed a sor. Végezetül Kőműves Sándor a következőt írja:

Minél felvilágosultabbak a betegek is a lehetséges életvégi opcióikat illetően, annál fontosabb, hogy világos és naprakész információval rendelkezünk erről a lehetőségről, egy megfelelő irányelv elkészítése minden érintett szereplő közös érdeke (134).

A könyv egészét tekintve a recenzensben az életvégi döntések lehetőségeivel kapcsolatban azért némi aggodalom is megfogalmazódik. A kérdés a következő: meddig tarthatjuk kezünkben a döntés lehetőségét? Igazából ki fog dönteni? Mert a legfőbb érintett, a végstádiumban lévő egyén döntési képessége, lehetőségei a legtöbb

esetben végül igencsak beszűkülnek. Még ha előzetesen betegségterápiákkal, éretnetikai diskurzusokkal és alapos információkkal fel is készül valamennyire a végállapotra, az akkor átélt helyzet alapvetően más lesz, mint egészséges állapotában. A haldoklás folyamata – véleményünk szerint – alapvetően befolyásolja, hogy milyen mértékben lesz valaki képes az életvégi döntésekben való aktív részvételre. Véleményünk szerint a cselekvőképesség ezért alapvető jelentőséggel bír. Ennek következtében az éretnanok példái is kétségeket kelthetnek. Mert bizonyos, hogy az áldozat és a mártírium követendő példát nyújtott, bizonyos, hogy az életvégi döntések tág fogalmába mindez beletartozik, de az említett példák esetében nem végstádiumban lévő betegekről volt szó. Hanem tudatuk és cselekvőképességük birtokában lévő személyekről.

A következő probléma abból fakad, hogy a beteg állapotának megítélése döntő mértékben az orvos/orvosi konzílium hatókörébe fog tartozni, ahogy a medikalizáció előtt is tartozott, bármennyire is szegényes volt akkor a tudáskészlet. Végül is az orvos fogja eldönteni, hogy mit lehet, s mit kell tenni. A tájékozott beleegyezés ellenére a páciensnek nem valószínű, hogy annyi tudása van, mely alapján a saját állapotát szakmailag elfogadható módon, maradéktalanul meg tudja érteni. Mert általában nem orvos. Vagy orvosként sem biztos, hogy betegségének szakorvosa. S ráadásul az orvostudomány fejlődésének következtében ez a tudáskészlet egyre csak nő, s így a beteg és az orvos tudása közötti szakadék is. Az ún. „csúszós lejtő” oly sokszor említett kritikája továbbra is érvényes marad.

S van még egy, a döntési folyamatban lévő korlátozó körülmény: a forrás- és intézményi keret, ami rendelkezésre áll. Az egészségügy, úgy tűnik, mindig a szűkösség állapotában lesz, s a források elosztásának rangsorolására kényszerül. Még a

leggazdagabb országokban is. Ez a helyzet persze javulhat, de mindig be fogja szűkíteni azt a „cselekvésteret”, amiben gondolkodhatunk.

Persze, a döntési folyamatot el lehet kezdeni az élő végrendelettel, s el lehet jutni a hospice/palliatív ellátásig, majd életfenntartó és életmentő kezelések megvonásáig, a szedálásig, az orvos által asszisztált öngyilkossáig vagy az aktív eutanáziáig, de végeredményben mindig az orvos fogja eldönteni, hol tart a beteg, s az orvosi-jogi szabályozás, hogy mit lehet tennie. Ez természetesen nem azt jelenti, hogy a szerzők intenciója nem lenne maximálisan elfogadható. Teljes mértékben egyet lehet érteni azzal, hogy a tájékozottság minél szélesebb alapokon nyugodjon, hogy a beteg minél több lehetőséggel találkozzon, hogy az ellátás különböző formái minél hamarabb megjelenjenek és elérhetőek legyenek, egyszóval az autonómia minél nagyobb szinten jelenjen meg. A jogi és morális diskurzusok lefolytatására is szükség van, ahogy a méltóságterápia vagy a betegség-narratívák eszköztárának alkalmazására is. A szerzők koherensen és meggyőzően érvelnek emellett.

S a közeljövő tekintetében ez a konklúzió még inkább igaz lehet. Ugyanis könnyen belátható, hogy ha a közelgő klímakáosz vagy az ökológiai és társadalmi krízisek nem roppantják meg a mai civilizációt, akkor az orvostudomány, a biotechnológia további fejlődése a genetika, a robotika és a nanotechnológia új lehetőségeivel karöltve csak növelni fogja azt a „cselekvésteret”, ami rendelkezésre áll. Ha az optimista forgatókönyv valósul meg, akkor az orvoslás jövője nyitott marad a változásokra. S akkor még több életvégi döntéssel fogunk találkozni.

## IRODALOM

- Barcsi Tamás 2013. *Az emberi méltóság filozófiája*. Budapest, Typotex.
- Fukuyama, Francis 2003. *Poszthumán jövővándóknk*. Ford. Tomori Gábor. Budapest, Európa Könyvkiadó.
- Dr. Meskó Bertalan 2016. *Az orvoslás jövője*. Budapest, HVG Könyvek.
- Rae, Scott B. 2015. *Erkölcsei döntések*, Ford. Farkas Ildikó, Budapest, Harmat.
- Susanne, Charles (szerk.) 1999. *Bioetika*. Pécs–Budapest, Dialog Campus Kiadó.

