

2013/1-2

Magyar

Bioetikai Szemle

Hungarian Review of Bioethics



MAGYAR BIOETIKAI SZEMLE

A Magyar Bioetikai Társaság
tudományos folyóirata

XIX. évf. 1-2. sz. 2013.

Kiadja a
MAGYAR BIOETIKAI TÁRSASÁG
1114 Budapest, Eszék u. 18.
Felelős kiadó: Dr. Rojkovich Bernadette

Főszerkesztő: Dr. Makó János

SZERKESZTŐBIZOTTSÁG

Dr. Blaskovich Erzsébet
Hamvas Józsefné
Ft. Nyéky Kálmán
Dr. Pruzsinszky József
Dr. Somosi György
Szabó Kármén Ráhel

Tördelés, nyomdai előkészítés:
Arcus.hu Kft., Vác

Nyomdai és kötészeti munkák:
Multiszolg Bt., Vác

A szerkesztőség címe:
1114 Budapest, Eszék u. 18.
E-mail: bioetikai.tarsasag@gmail.com

Megrendelhető ugyanitt.
Támogatás egy évre 3000 Ft,
egy számé 750 Ft.
Kéziratokat nem őrzünk meg.
A közlemények interneten is elérhetők.

ISSN 1218-3911

HUNGARIAN REVIEW OF BIOETHICS

Quarterly
Hungarian Society of Bioethics

Vol. 19. No. 1-2. 2013.

Editor: Dr. János MAKÓ
Publisher: Dr. Bernadette ROJKOVICH

Postal address:
Eszék u. 18.
H-1114 Budapest

MAGYAR BIOETIKAI TÁRSASÁG

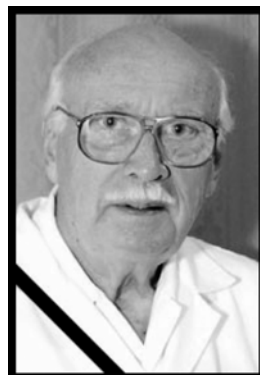
Örökös elnöke:
Prof. Dr. Gaizler Gyula

Örökös tiszteletbeli elnöke:
Dr. Gyökössy Endre

Elnöke:
Dr. Rojkovich Bernadette

Folyóiratunk honlapja a
<http://www.hrb.hu>
címen érhető el.

NEKROLÓG



DR. BROOSER GÁBOR
(1927-2013)

Szomorú hírt kaptunk még a nyáron, 2013. augusztus 2-án elhunyt dr. Brooser Gábor professor emeritus, az orvostudományok doktora.

Dr. Brooser Gábor a Budapesti Orvostudományi Egyetemen kapott orvosi diplomát 1951-ben. Az I.sz Szemészeti Klinikán dolgozott 1958-ig, amikor az Orvostovábbképző Intézet Szemészeti Tanszékére került. Adjunktus, docens és 1977-től tanszékvezető egyetemi tanár. A Haynal Imre Egészségtudományi Egyetem rektora 1993-1997 között, amikor e tisztségéről lemondott.

Gyógyító és vezetői munkája mellett kiemelkedő tudományos tevékenységet folytatott. Elsősorban a diabetes szemészeti vonatkozásaival foglalkozott, mely témakörből 1971-ben kandidátusi, 1993-ban doktori fokozatot szerzett. Szakmai munkássága elismertségét jelzi, hogy hosszú ideig a Magyar Diabetes Társaság és a Szemészeti Szakmai Kollégium elnöke volt. A megelőzés elkötelezett híve volt, amit jelez a Nemzeti Diabetes Program szervezése és vezetése is. Több idegen nyelvet beszélt, hazai és külföldi közleményinek száma: 123.

Közéleti tevékenysége is jelentős. A Magyar Orvosi Kamara elnöke 1991-1994 között. Fontos szerepe volt a kamarai törvény kidolgozásában, az Orvosi Kamara hivatásbeli köztestületté alakításában. A továbbiakban a Nemzetközi Bizottság Elnöke, majd több mint tíz évig a rászoruló orvosok megsegítésére létrehozott Magyar Orvosokért Alapítvány kuratoriumának igen nehéz elnöki tisztségét látta el. Elismertségét és tiszteletét, mint a Magyar Orvosi Kamara három cikluson keresztül országos küldötte e sorok írója is tapasztalta.

Brooser dr. megalakulása óta támogatta és figyelemmel kísérte a Magyar Bioetikai Társaság tevékenységét. Több konferenciánkon, tudományos rendezvényünkön jelen volt, előadást is tartott és publikált a Magyar Bioetikai Szemlében. Nagy szerepe volt, hogy a Haynal Imre Egészségtudományi Egyetemen a Bioetika Alapjai címen két éven át postgraduális továbbképző tanfolyamot szervezett a Magyar Bioetikai Társaság.

Brooser professzor kiemelkedő szerepet tulajdonított a modern technika és információ világában is az emberi és közösségi kapcsolatoknak, az erkölcsi és etikai értékrend érvényesülésének. Szemlélete, emberi magatartása, holisztikus látásmódja, széleskörű műveltsége, hitelessége hiányozni fog!

Emlékét megőrizzük!

Dr. Somosi György

A Magyar Bioetikai Társaság új elnökének köszöntője

Nagy megtiszteltetés számomra, hogy a 2013. április 9-i közgyűlés megválasztott a Magyar Bioetikai Társaság elnökének. A Társaság tagjainak bizalma megerősít abban, hogy a nagy kihívást jelentő feladatot elfogadjam. Mindenekelőtt szeretném megköszönni Prof. Dr. Bándi Gyula előző elnökünk eddigi munkáját, és szeretném kérni további segítségét, hogy hasonló színvonalon próbáljuk tovább építeni a megkezdett utat. Ebben Professzor Úr személyesen támogatásáról biztosított.

A bioetika multidiscplinális tudomány. Törekszünk a különböző tudományágakkal magas színvonalon párbeszédet folytatni, kapcsolatot találni. A természetről és a világról alkotott képünk a tudomány- és technika fejlődésével folyamatosan bővül, változik, az új tudományos eredményekkel lépést kell tartanunk.

A Társaság Alapszabályában megfogalmazott céljai és feladatai közé tartozik a bioetika és határterületeinek tudományos igényű tanulmányozása, fejlesztése, az etikai állásfoglalások terjesztése elsősorban előadások, konferenciák, tanfolyamok rendezésével. A Társaság különös figyelmet kíván szentelni az élet tiszteletére és védelmére, az emberi jogok, a társadalom és a gazdaság etikai kérdéseire, az emberi környezet és a természet megőrzésének és fejlesztésének feladataira. A bioetika feladata az állami jogalkotás előkészítésében részt venni, hogy az állami jogalkotás is elismerje az emberi élet szent és sérthetetlen voltát, személyes emberi méltóságát, fogantatástól kezdve a természetes végéig, ahogy ezt Magyarország alaptörvénye biztosítja. Az élet kultúrájának terjesztésében közös párbeszédet kell folytatnunk minden jó szándékú emberrel a keresztény hagyomány szellemében, figyelemmel a más eszmei irányzatok szempontjaira. A Magyar Bioetikai Társaság Alapszabályában megfogalmazta keresztény elkötelezettségét és a párbeszédre irányuló törekvését.

2013. május 8-án ült először össze az új elnökség, alelnökök: dr. Blaskovich Erzsébet, dr. Mogyorósi Dorottya, dr. Zlinszky János; főtítkárs: dr. Pruzsinszky József; további tagok: dr. Hámori Antal, Hamvas Józsefné, dr. Lipták József, dr. Lőrincz Jenő. Az ülésen új tervek és gondolatok is megfogalmazódtak. Legfontosabb teendőknek tartjuk, hogy a bioetika multidiscplináris jellegének megfelelően szélesítsük a témaköröket, növeljük tagjaink létszámát, a bioetikával foglalkozó tudományos diákkörös (TDK) és doktori iskola (PhD) hallgatóit bevonjunk a tudományos munkánkba, adjunk lehetőséget a fiatal kutatóknak, hogy a Bioetikai Szemlében publikáljanak és a Kongresszuson előadást tartsanak.

A Bioetikai Szemle kiadása anyagi nehézséggel jár, ezért internetes terjesztését tervezzük. Sok tagot nem lehet interneten elérni, nehézséggel jár a tudományos ülésekről és a konferenciáról tájékoztatást adni, ezért legalább félévente egyéni adományból finanszíroznunk kell a Bioetikai Szemle kiadását. Főszerkesztője dr. Makó János, a munkába be tudunk vonni egy bioetikát tanuló domonkos szerzetes nővért, Szabó Ráhel.

Továbbra is szeretnénk a Pázmány Péter Katolikus Egyetemmel (PPKE) szoros kapcsolatot tartani, a tudományos üléseinket és az éves nemzetközi konferenciánkat az egyetemen megrendezni. Az egyetemen oktató professzorok, mint Prof. Bándi Gyula, Prof. Dr. Jobbágyi Gábor és bioetikát oktató Nyéky Kálmán atya további együttműködésére számítunk.

Dr. Rojkovich Bernadette

MIKÉNT TORZUL A HITÉLET EGYES MENTÁLIS BETEGSÉGEKBE?

Bevezetés

Mindenekelőtt az előadásban használt fogalmakat kell tisztáznunk. A „hitélet” vagy „lelki élet” esetében olyan vallásos meggyőződésű személyekről van szó, akik egy transzcendens valóságban hisznek, és ennek megfelelő életet élnek. A hitélet tehát egyrészt meggyőződés, másrészt ennek megfelelő magatartás, gyakorlat. Mindezek háttérében lélektani, pszichológiai és pszichopatológiai folyamatok zajlanak, amelyek idegrendszerünk funkciójaként a fenti hiteket és magatartásokat lehetővé teszik.

A lélek fogalma tehát egyrészt természettudományos (pszichológiai, pszichopatológia) másrészt teológiai. A két jelenségvilág egymástól annyiban különbözik, hogy az utóbbi fogalomhasználat egy előzetes hit-aktust tételez fel. Ezt mindannyiszor hangsúlyoznunk kell, ha a nem hívőket is meg akarjuk szólítani.¹

Ugyanakkor a két jelenségvilág a hívő számára elválaszthatatlan egymástól. A hit világában jelentkező történéseket pszichológiai működések, mögöttük idegrendszeri folyamatok hordozzák. Ezért a pszichológiai torzulások nem csupán a mentális folyamatok „evilági” jelenségeiben (pl. érzékcsalódások, hangulatzavarok, stb.), hanem a lelki, spirituális élet megnyilvánulásaiban is tükröződnek.

Előadásomat ezért a klasszikus pszichopatológia alapjelenségeiből kiindulva építem fel.

Ok vagy okozat?

Boldog emlékü Gyökössy Endre, református teológus és pszichológus, hatalmas lelkipásztori gyakorlata alapján beszél „ecclesiogen” neurózisokról.² A szó mintha azt tükrözné, hogy a vallási élet területén elsődlegesen is megjelenő patológiáról lenne szó. Hasonló álláspontot fejt ki a valláspatológia ismert hazai művelője, Süle Ferenc is.³ A lelki életnek ezekkel a primer torzulásaival azonban itt most nem foglalkozunk. A hitélet elsődleges zavarai elsősorban a gyakorló lelkipásztorokra tartoznak. Inkább azokkal a torzulásokkal foglalkozom, amelyek, mint következmény, elsődlegesen kórlélektani, pszichopatológiai megnyilvánulások, és csak másodlagosan mutatkoznak a spirituális élet területén is. Tehát okozatról, következményről lesz szó, nem pedig vallási jelenségről, amely „neurózist” okoz.

A pszichózisok

Pszichózis esetén, legyen az bármilyen eredetű, megbomlik a személy és a valóság közötti kapcsolat, s az egyén viselkedése széthullik, dezorganizálódik. Ennek megfelelően széthullik a spirituális élet is. Vallásos emberek pszichózisa a lelki élet jellegzetes, súlyos torzulásait hozhatja létre.

1 Tringer L. (2012): A lélek és az idegtudományok. Lelkipásztor. 87(2-3):45-48.

2 Gyökössy E. (1988): Ekkleziogén és ekkleziológén neurózis. Theológiai Szle. 3:177-181.

3 Süle F. (1997): Valláspatológia. Gyurkó-Art Press. Szokolya.

A **szkizofréniás típusú** kórképekben gyakran találkozunk vallásos tartalmú érzécsalódásokkal, ennek megfelelő viselkedésekkel.

Egy kórházban kivizsgálás alatt álló, szkizofréniában szenvedő nőbeteg egyszer csak azt hallotta, hogy szólítják:

„Angyalainak parancsolt felőled,
Tenyerükön fognak hordozni téged,
Hogy kőbe ne üssed lábadat”.⁴

Ennek megfelelőek kiment az erkélyre és a IV. emeletről leugrott. Frissen felásott virágágyásba zuhant, súlyos traumákat szenvedett, de életben maradt.

Más esetben vallásos téveszmék jelennek meg, esetleg érzécsalódásokkal együtt. A beteg súlyos büntudatot élhet át, vagy vallási jellegű küldetéstudata alakul ki. Nemegyszer a vallás által pozitív értéként minősített viselkedésmódok extrém változataival találkozunk. Ilyen például a végletekig vitt böjtölés, ima, templomba járás, a jámborság különféle megnyilvánulásainak túlzott változatai. Régebbi korokban gyakori volt, ma sem ritka a testi higiéné teljes elhanyagolása.

Egy külföldi női szerzetesközösség egyik tagja az Úr sugallatát hallva egyre fokozta alázatosságát gyakorlatait. A kezdetben enyhe túlzásnak tartott hajlongások, leborulások után a közösség akkor ismerte fel, hogy betegségről van szó, amikor az illető a konvent kapujában minden bejövő személynek a lábához borult, és azt csókolgatta.

Az affektív pszichózisok hitéleti tünetei attól függenek, melyik fázisban van a beteg. Leggyakoribb a depressziós beteg büntudatának súlyos fokú torzulása. Ilyen esetben nem ritkán előfordul, hogy a lelkipásztor a büntudattal terhelt gyónóban nem ismeri fel a kóros lelki folyamatokat, és esetenként a büntudat fokozásához járul hozzá. A pszichopatológiai büntudat, és a bűnös mivolt hitéleti megvallása közötti határt meghúzni igazában nem lehet. Kívánatos azonban, hogy a lelkipásztor rendelkezzen alapvető pszichopatológiai ismeretekkel.⁵

Egy lelkiismeretes háziorvos egyre hosszabbra nyúló beteglátogatásaiból időnként csak éjszaka tért haza. Akkor is gyötörte a tudat, hogy betegeinél nem tett meg mindent. Plébánosa a gyónás keretében további, még lelkiismeretesebb munkára biztatta a munkájában lassan lehetetlenné váló depressziós orvosnőt. Öngyilkossági késztetések miatt végül is kórházba került, ahol a súlyos depresszió egyéb tünetei is nyilvánvalóvá váltak.

Mániás típusú pszichózisokban gyakori a vallási magatartásnak a kritikai készség csökkenésével járó megnyilvánulása. Pl. erőszakos térítgetés, magas szintű egyházi kapcsolatokkal való kérkedés, egyházközségi ügyekben való kritikátlan tevékenység, stb.

Ahhoz, hogy az orvos megfelelően tájékozódni tudjon, ismernie kell a hívő emberek nyelvhasználatát valamelyest még akkor is, ha az orvos maga nem hívő. Különben könnyen téves diagnózishoz juthat.

Közepes fokú mániás állapotban lévő betegünk, aki egy amerikai eredetű keresztény karizmatikus közösség tagjává vált, a fiatal kezelőorvosnak a következőt mondta. „Én minden reggel megkérdem az Urat, hogy mit tegyek. És annak megfelelően végzem a napom.” A kolléga vallási téveszmeinek minősítette a kijelentést, és szkizof-

4 Zsolt. 90,11-12. Mt 4,6.

5 Tringer L. (2005): Büntudat és bűn-tudat. In: Lukács László (szerk.) Lélektan és spiritualitás. Sapientia-füzetek 5. Vigilia Kiadó, Budapest. (75-95. old.).

régiát állapított meg. Nem tudta, hogy ez a kijelentés abban a közösségben mindennapos szóhasználat.

A történelem nagy szentjeinek élettörténetében számos olyan megnyilvánulásról olvashatunk, amelyek mai szemmel esetleg patológiásnak minősülnének. Nyilvánvaló azonban, hogy a „szent” mivolt, amely ugyan személyiségi, közösségi, egyházi, kategória, ugyanakkor azonban a személy természetfeletti vonatkozás által válik szentté. Ez utóbbinak viszont nem feltétele az illető személy pszichiáter által tanúsított „normalitása”. Hívók számára mondom: a kegyelem érvényesülése nem pszichopatológia-függő. Attól, hogy valakinek mentális problémái vannak, a szentté válás esélyei mit sem változnak.

Neurotikus állapotok

A neurózis fogalma rendkívül sokféle kórállapotot takar. A valósággal való adekvát kapcsolatot, amely a pszichózisokban eleve zavarokat mutat, a neurózisok esetén megmarad. Ugyanakkor azonban a tünettan sokkal árnyaltabban, sokszor alig észrevehető módon megjelenik a vallásos gyakorlat területén is. Sőt, esetenként a tünetek a hitélet területére koncentrálnak, és a személy állapotát nem is minősítik kórosnak. Az egyes konkrét kórformák közül a lelkipásztornak és az orvosnak (szerencsés esetben mindkettőnek egyszerre) a kényszeres kórformák okoznak különös gondot. Nem véletlen, hogy a nem hívó Freud a vallásos gyakorlatokat a kényszerneurózis egy formájának tartotta. A rítusokká kristályosodott magatartásformák ugyanis jellemzőek a kényszerneurotikusokra is, különösen a kényszercselekvésekre. Hitetlen ember analógiát találhat aközött, hogy a rózsafüzér tizedekből áll, és aközött, hogy a kezét huszonötször kell leöblítenie. Különös szenvedést él át a hívó katolikus beteg, akit „bűnös” kényszer gondolatok gyötörnek, és aki ugyanakkor tudja, hogy vétkezni „cogitatione”, gondolattal is lehet.

Idősebb férfibeteg fejében az Isten fogalma mellett fejében obszcén kifejezések toltak elő. Hiába küszködött, ezeket elhárítani nem tudta. Súlyos büntudat gyötörte. Naponta ment győnni. Lelkipásztora, felismerve, hogy betegségről van szó, orvoshoz irányította. Azonban a gyógyszeres kezelés sem hozott enyhülést. Gyóntatója ezért írást adott neki a következő szöveggel: „Én x.y. lelkipásztor tanúsítom, hogy nevezett gondolattal nem vétkezhet.” Pár napig enyhült a büntudat, majd felöltött betegünk fejében: Hátha ez az írás nem érvényes? Végül kórházi felvétellel került sor.

A II. vatikáni Zsinat óta a közgyónás szövege kibővült, vétkezni lehet „omissione”, mulasztással is. A kényszeres hajlamú patológiának itt azután tág tere nyílik. Ki ne vádolhatná önmagát mulasztással, ha nagyon akarja. A lelkipásztor számára aggályos lelkiismeretűnek minősülő hívő gyakran a kényszeres neurózis enyhe változatában, vagy kényszeres személyiségzavarban szenved.

Egy fiatal, vallásos autószerelőnek, munkájából hazatérve eszébe jutott, hogy az üzemből kijövet egy tócsa volt a járdán. „Mi van, ha az olaj volt?” Valaki belelép, elcsúszik, és súlyos sérülést szenved. Betegünk lesz a felelős, mert nem ellenőrizte. Felöltözött, egy órát utazott vissza, hogy a tócsának utánanézzon, amely közben felszáradt, mivel víz volt.

Hisztériás típusú betegek vallási magatartási is hisztériás jegyeket visel magán. Ezek néha feltűnőek, látványosak, zavaróak. Nőbetegek extrém módon rajonghatnak papjukért. Előfordul, hogy ez a lelkipásztor számára is súlyos kísértés, vagy teher.

Személyiségzavarok

Ezekben az állapotokban a személyiség torzulásai gyakran az emberközi kapcsolatok területén jelennek meg. A hívő – amellet, hogy önmagát pl. hithű kereszténynek tartja, a szeretetlenség feltűnő jeleit mutathatja. Más esetben, ugyancsak magas valláserkölcsi nézőpontból, feltűnően minősít le, ítél el másokat. A személyiségzavarok narcisztikus típusára különösen jellemző az önzés, az „én mindenkinél jobb vagyok” magatartás. Főleg a párkapcsolatok területén okoz gondot ez a torulás. Az „én” mindennek mércéje, ahogy én csinálom, az a jó. Következésképp minden ettől eltérő, a velem egyet nem értő egyértelműen „rossznak” minősül. Az „én” kijelentő mondatom egyben felszólító mondat a másoknak: „Neked is így kell tenned, különben rossz vagy, elítéllek, szeretetemet (amely egyébként is megkérdőjelezhető) megvonom tőled”. Súlyosabb esetben házastársi agresszió, szakítás, válás a következmény. Mindez sokszor kimondva is a „keresztény” szeretet jegyében zajlik. „Én mindig jót akarok neked”.

A személyiségzavarok **paranoid** változatai a mindennapi életben gyakran a fanatizmus képét mutatják. Mindannyian ismerünk ilyen személyeket, akik (igazában felsőbbrendűségük tudatában) minden profán dolgot is a vallás szemszögéből ítélnék meg. Civil életüket mintegy a vallásba emelik át (szakralizálják), s elvárják, hogy mások is így tegyenek. A saját vallásának előírásaitól eltérő magatartás eleve rossznak minősül, ezáltal rossz lesz az illető személy is. Vannak a hívők és a vannak a rossz emberek. Érthető, ha a tiszteletreméltóan hívő emberekből ez a magatartás elutasítást vált ki, nem beszélve nem-hívő embertársainkról.

A paranoid személyiségzavar más esetben a féltékenység különféle formáit alakítja ki. A féltékenység felfogható a szeretet súlyos torzulásaként is, amikor a másik elfogadó szeretete helyett annak birtoklása kerül előtérbe. A féltékeny ember fejében a következő gondolati kényszeresatorna (kognitív séma) uralkodik el: aki az enyém, másé nem lehet (azaz máshoz nem lehet kedves, jószívű, másvalaki nem kedvelheti, stb.). Hívő ember esetében mindez vallási nyelvezetbe öltözhet, akár a jézusi szavakat eltorzítva: „Mindaz, aki bűnös kívánsággal asszonyra néz.”⁶ A féltékeny fél gyakran vallási érvrendszer segítségével gyötri halálra társát. Gyakran bűnösnek kiáltja ki áldozatát. A féltékenység nem csupán partnerkapcsolatok keretében jelentkezik. Szakmai körökben a féltékeny személy a másik eredményeit, teljesítményét leértékeli, negatív színben tünteti fel. A paranoid személyiségzavar háttérben negatív önélmény deríthető fel: „másokkal összehasonlítva magam, alulmaradok” – gondolati séma alapján.

Három gyermekkel kiegyensúlyozott családi életet élő asszonyt egyre jobban idegesíti, ha férje a TV-ben olyan programokat néz, amelyben szép nők is előfordulnak. A szépségkirálynő-választás műsorát nem engedte megnézni. Az utcán árgus szemekkel figyelte férje tekintetét, ha egy csinos nő bukkant föl a szembejövők közt. Amennyiben asszonyunk észrevette, hogy férje ránézett a nőre, jelenetet rendezett. A férj megtanulta, hogy inkább a házak homlokzatát tanulmányozza, ha ilyen veszély közeleg az utcán. Később ez vált „gyanússá”: „Ha félrenéz, nyilván már észrevette a csinos nőt”. Férje magatartását bűnként beállítva próbálta őt „jobb belátásra bírni”.

6 Mt 5,28

A manapság gyakran diagnosztizált „határeseti” (borderline) személyiségzavar esetén a személyen belül egymással összeegyeztethetetlen viselkedésmódokat észlelünk. Ez vonatkozik a hitérettel kapcsolatos magatartásra is. A hívő személy – akár csekély indulat hatása alatt – a hitével teljesen ellentétes viselkedést tanúsíthat. Például dühödten káromkodik, másokat sérteget, súlyos esetben maga ellen haragítja környezetét, majd rövid idő múlva úgy viselkedik, mintha mi sem történt volna, és ájtatosan végzi megszo-
kott imáit. Többnyire nem érti, miért neheztelnek rá, vagy haragszanak a környezetében.

Összefoglalva:

A pszichopatológiai torzulások a hitélet torzulásait is előidézhetik. Szilárd hitbeli meggyőződés és ennek megfelelő hitéleti gyakorlat a mentális egészség megőrzésében jelentős szerepet játszik. Különösen a bűnvallomás lehetőségét, a lelkipásztori segítséget, a hitéleti közösségek támogatását kell kiemelnünk, amelyek kiegyensúlyozó, sőt terápiás hatással lehet még súlyosabb kórállapotok esetén is.⁷

ROJKOVICH BERNADETTE

BETEGTÁJÉKOZTATÁS A NAPI ORVOSI GYAKORLATBAN ÉS A KUTATÁSOK SORÁN

Az emberi élet és az egészség védelme alkotmányos jog, mely kötelezi az orvost a mindennapi gyógyító munka és a tudományos kutatás során. A beteg ember abban különbözik egészséges társaitól, hogy betegségénél fogva kiszolgáltatottabb helyzetbe kerül, és ez az állapota indokolja a különös figyelmet és körültekintést. A betegség okozta egyenlőtlen és kiszolgáltatott helyzet miatt szükség van bizonyos jogi garanciákra és etikai állásfoglalásokra^{8,9,10,11}, melyek a betegek érdekeit szolgálja. Magyarországon az egészségügyi törvény¹² II. fejezete foglalkozik a betegek jogaival, VIII. fejezete az emberen végzett orvostudományi kutatásokkal. A részletes jogi szabályozás mellett mégis naponta adódhatnak értelmezési problémák¹³, ilyen a betegtájékoztatás szükséges tartalma és módja. Az állampolgári jogok országgyűlési biztosa a betegjogokkal kapcsolatban 2004-ben vizsgálatokat végzett¹⁴, mely alapján megállapítást nyert, hogy a megfelelő

7 Tringer L. (1991): Párbeszéd a lélek „orvosai” között. Teológia XXV(2) 75-80. (Utánnomás: „Lelkigyakorlat”. Faludi Akadémia, Budapest. 1993. 63-66.)

8 Gaizler Gyula, Nyéky Kálmán: Bioetika. Gondolat Kiadói Kör 2003.

9 Ferencz Antal: A bioetika alapjai. Szent István Társulat 2001.

10 Kovács József: A modern orvosi etika alapjai. Budapest, Medicina. 1999, 613.

11 Jobbágyi Gábor: Orvosi Jog. Szent István Társulat, Budapest, 2001.

12 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről

13 Sándor Judit: A személyhez fűződő jogok védelme az egészségügyi ellátásban. In: Lege Artis Medicinae 6 (9-10): 592-596 o. 1996.

14 www.webdoki.hu/cikk.php?cid=20327

egészségügyi ellátáshoz, az önrendelkezéshez és a tájékoztatáshoz való betegjog sérül manapság leggyakrabban a mindennapi betegellátás során. Célkitűzésem, hogy az orvosi gyakorlat és az orvostudományi kutatások során tapasztalt betegjogok érvényesülésének hiányosságaira, ezen belül a betegtájékoztatás problémáira és visszasságaira rámutassak, és megoldást keressek. Dolgozatomban döntően betűvel szedem a szó szerint idézett jogi forrásanyagot.

AZ EMBERI MÉLTÓSÁG ÉS AZ ÖNRENDELKEZÉSI JOG ÉRVÉNYESÜLÉSE A BETEGTÁJÉKOZTATÁS ÉS TÁJÉKOZOTT BELEEGYEZÉS SORÁN

Az orvos-beteg jogviszony hagyományosan aszimmetrikus jogviszony, hiszen ebben a kapcsolatban az orvos rendelkezik a szakértelemmel, a „technikai kompetenciával”, a másik fél – a beteg – rendszerint nem képes arra, hogy teljes mértékben átlássa betegsége okait, a gyógyítás lehetőségeit, az alkalmazott gyógymódok természettudományos hátterét. Ezt az asszimetriát hosszú időn keresztül a betegnek az orvosba vetett bizalma egyenlítette ki. A bizalom volt az, ami képes volt némiképp ellensúlyozni azt a tényt, hogy az orvos munkája a beteg számára nem kontrollálható. Ezt a helyzetet a hagyományos orvosi etika is igyekezett legitimálni, mivel az orvosi tevékenységet Hippokratésztől¹⁵ kezdve a „salus aegroti suprema lex”¹⁶ és a „primum non nocere”¹⁷ elve határozta meg. Amíg a beteg csak arról dönthetett formálisan, hogy beleegyez-e egy beavatkozásba vagy sem, addig a valós döntés az orvos kezében volt. Az orvosi kérdésekben tájékozatlan beteg csak akkor kerülhet döntési pozícióba, ha megfelelő információkat kap. Az orvosi kezeléssel kapcsolatos döntések meghozatalánál már nem elegendő a beteg egyszerű beleegyezése a kezelésbe, hanem önrendelkezési joga révén maga is részt vesz a döntéshozatalban. A tájékoztatás módja és terjedelme okozhat a napi orvosi gyakorlatban jogilag és etikailag is kifogásolható hiányosságokat. Figyelemmel kell arra lenni, hogy a tájékoztatás a kezelőorvos és a beteg közötti személyes kapcsolat, kommunikáció révén történik, melynek módját bizonyító erejűen nehéz dokumentálni.

A BETEGEK TÁJÉKOZTATÁSHOZ VALÓ JOGÁNAK TÖRVÉNYI SZABÁLYOZÁSA

Az alkotmányos alapokon nyugvó önrendelkezési jog a betegjogok közül az egyik legfontosabb, a többi betegjogok nagy része ebből levezethető. Az önrendelkezéshez való jogát az 1997. évi egészségügyi törvény (Eü.tv.) 15. §, a betegek tájékoztatáshoz való 13. § és 14. §, míg az orvosok tájékoztatási kötelezettségét a 134. § és 135. § szabályozza¹⁸, mely szerint a beteg jogosult számára egyéniesített formában megadott teljes körű tájékoztatásra.

Az Eü.tv. részletesen felsorolja, hogy mit kell teljes körű tájékoztatáson érteni. A betegnek joga van arra, hogy részletes tájékoztatást kapjon egészségi állapotáról, beleértve ennek orvosi megítélését is, a javasolt vizsgálatokról, beavatkozásokról, a javasolt vizs-

15 Hippokratészi eskü szövege Kovács J.: A modern orvosi etika alapjai. Budapest, Medicina. 1999, 613.

16 a beteg érdeke a legfőbb törvény

17 elsősorban ne árts!

18 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről

gálatok, beavatkozások elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeiről és kockázatairól, a vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének tervezett időpontjairól, döntési jogáról a javasolt vizsgálatok, beavatkozások tekintetében, a lehetséges alternatív eljárásokról, módszerekről, az ellátás folyamatáról és várható kimeneteléről, a további ellátásokról, valamint a javasolt életmódról. A betegnek joga van megismerni ellátása során az egyes vizsgálatok, beavatkozások elvégzését követően azok eredményét, esetleges sikertelenségét, illetve a várttól eltérő eredményt és annak okait. Joga van arra, hogy számára érthető módon kapjon tájékoztatást, figyelemmel életkorára, iskolázottságára, ismereteire, lelkiállapotára, e tekintetben megfogalmazott kívánságára.

Az orvosok tájékoztatási kötelezettsége a betegek tájékoztatáshoz való jogából következik, azonban az orvosok tájékoztatási kötelezettsége között az alábbiak többlet elvárások szerepelnek, mint amit a 134. § leszögezi, hogy a tájékoztatás a kezelőorvos által a beteg állapota által indokolt rendszerességgel, a tőle elvárható ismereteknek megfelelően és legjobb tudása szerint történik. A szóbeli tájékoztatás nem helyettesíthető az előre elkészített általános ismertető segédanyagok átadásával. A 135. § kimondja, hogy a kezelőorvos a beteg tájékoztatását körültekintően, szükség szerint fokozatosan, a beteg állapotára és körülményeire tekintettel végzi. A beteg tájékoztatása során kiemelt figyelmet kell fordítani a kezelés általánosan ismert, jelentős mellékhatásaira, az esetleges szövődményekre és a beavatkozások lehetséges következményeire, azok előfordulási gyakoriságára. Meg kell győződni arról, hogy a beteg a tájékoztatást megértette, továbbá szükség esetén gondoskodni kell a tájékoztatott lelki gondozásáról.

BETEGTÁJÉKOZTATÁS INVAZÍV BEAVATKOZÁSOK SORÁN

A beteg önrendelkezéshez való joga alapján szabadon dönthet, hogy igénybe veszi-e az egészségügyi ellátást, beleegyezik-e a beavatkozásokba. A kivizsgálást és kezelést érintő döntésekben részt vesz. Az invazív beavatkozások esetén a tájékozott beleegyezést kötelezően írásban kell megtennie a betegnek. A szóbeli tájékoztatás fontosabb elemeit a beteg dokumentációjában rögzíteni kell. Az írásos beleegyezésnél elegendő a beteg aláírása. Ha állapota miatt a beteg erre nem képes, a szóbeli beleegyezését két tanúnak kell igazolnia.

A TÁJÉKOZTATÁS ÉS BELEEGYEZÉS DOKUMENTÁLÁSA

A Eü.tv. az orvosi dokumentáció kötelező elemeként írja elő, hogy az invazív beavatkozások előtti tájékoztatáson kívül a betegségről, terápiás tervről adott információk rövid tartalmát is rögzíteni kell az egészségügyi dokumentációjában, a beteg aláírásával igazolt nyilatkozatát a beleegyezésről pedig meg kell őrizni. Az egészségügyi dokumentáció ésszerű terjedelmére, a nagy betegforgalom miatti irattározási nehézségekre tekintettel kell lennünk, mert ez ma az egészségügyi ellátásnak égető problémája. A legtöbb egészségügyi intézményben már elektronikus dokumentáció történik, a betegnyilatkozatok tárolása, rendezése nagy problémát okoz. Ennek ellenére a dokumentálást meg kell oldani, főleg a peres eljárás során válhat szükségessé a tájékoztatás és az írásos beleegyezés megtörténének bizonyítására. A bírói gyakorlat szerint az írásos beleegyezés nem bizonyítja a tájékoztatás tényleges tényét és tartalmát. A Legfelsőbb Bíróság

határozata szerint „a műtét elvégzéséhez írásban megadott nyilatkozat nem bizonyítja a tájékoztatás tényleges tartalmát és azt, hogy az a jogszabályoknak megfelelő volt.”¹⁹ Másik gyakori probléma a betegfelvételkor előre megadott beleegyezés az orvosi vizsgálatokba és beavatkozásokba, ez ügyben a Legfelsőbb Bíróság megállapította, hogy „a felvétel napján még a vizsgálatok megkezdése előtt a kivizsgálásba és a műtétbe beleegyező nyilatkozat önmagában nem alkalmas annak bizonyítására, hogy a műtét előtti megfelelő tájékoztatást megkapta”²⁰.

ETIKAI SZABÁLYOZÁS

A Magyar Orvosi Kamara Etikai Kódexe²¹ a jogszabályokban előírt követelményeken kívül még több kiegészítést is tartalmaz. Így „ha egy beteget több orvos kezel, ügyelni kell arra, hogy a tájékoztatásban ne legyenek ellentmondások. A tájékoztatás legyen a valóságnak megfelelő, tárgyilagos és őszinte. Az orvos törekedjék arra, hogy a tájékoztatás a betegben ne váltson ki káros hatást és lehetőség szerint ne rendítse meg a kezelésbe vetett bizalmát. A tájékoztatás során az orvos a valóságnál súlyosabbnak nem tüntetheti fel a betegséget, de nem ígérhet olyan eredményt sem, amelyre az orvostudomány adott állása szerint semmiképpen nem számíthat. Etikátlan, ha az orvos a betegben a kezelés javaslatával hamis illúziót kelt. A beteg a tájékoztatás során kérdéseket tehet fel. Abban az esetben, ha az orvosban felmerül annak gyanúja, hogy az érintett a megfelelően végzett tájékoztatás ellenére sem értette meg azt, kérnie kell a beteg hozzájárulását ahhoz, hogy tájékoztatásra jogosult más személyt tájékoztathasson, amennyiben erre lehetőség van.”²²

GYÓGYSZEREKKEL KAPCSOLATOS TÁJÉKOZTATÁS

A gyógyszerekkel kapcsolatos tájékoztatás általában szóban adja a kezelőorvos, a mindennapi gyakorlatban sokszor okoz félreértést az orvos és beteg között a gyógyszerértári forgalomban levő gyógyszerek írásos betegtájékoztatója. Az 1998. évi XXV. törvény²³ szabályozza az emberen felhasználásra kerülő gyógyszerek betegtájékoztatójának követelményeit. A szabályozásra azért volt nagy szükség, mert az egyes gyógyszergyártók eltérő részletességgel és igényességgel adták közzé a betegtájékoztatókat, ami az információkat torzította. A hatályos törvény 12. § leszögezi, hogy (1) gyógyszer csak betegtájékoztatóval együtt hozható forgalomba. (2) A betegtájékoztatónak magyar nyelven, közérthetően tartalmaznia kell a gyógyszerekkel kapcsolatos információkat. A legtöbb félreértést a gyógyszerek mellékhatásainak leírása okoz. A betegek gyakran észlelnek magukon olyan tüneteket, melyek nem a gyógyszer szedésével vannak kapcsolatban. Sokszor emiatt önszántukból elhagyják a gyógyszereket a betegek a mellékhatásoktól való félelmük miatt.

19 Legfelsőbb Bíróság Pf. III. 24.226/1998.

20 Legfelsőbb Bíróság Pf. III. 22.627/1999.

21 MOK Etikai Kódexe www.mok.hu

22 Kovács József: Az orvosi beavatkozásokba való „tájékozott beleegyezés” elve a modern orvosi etikában. I. rész. In: *Lege Artis Medicinae* 3 (7): 688-696 o. 1993.

23 1998. évi XXV. törvény az emberen felhasználásra kerülő gyógyszerekről

Az Etikai Kódex kimondja, hogy a „gyógyszerekkel kapcsolatos tájékoztatás nem irányulhat a fogyasztás növelésére. Az orvos az általa kezelt betegek részére gyógyszerrel nem reklámozhat.”

TÁJÉKOZOTT BETEGEK

A régi paternalista orvos-beteg kapcsolatot az információs aszimmetria jellemezte, az orvosa legjobb tudása és tapasztalata szerint kezelte a beteget, amit a beteg a bizalmi kapcsolat révén elfogadott. Ma a jogait jól tudó, tájékozott, az internetet is jól használó beteg sok információnak a birtokába kerül és együttműködésre vágyik.

BETEGTÁJÉKOZTATÁS A KUTATÁSOK SORÁN

1947-ben a háborús bűnök bírósága Nürnbergben ítéletet hozott 23 német vádlott, főleg orvos ellen, akik emberen kísérletet végeztek. A Nürnbergi Kódex az első dokumentum²⁴, mely megfogalmazta az emberen végzett orvosbiológiai vizsgálatok követelményeit, és még ma is alapidokumentumnak számít.

Az Orvosok Világszövetsége a Helsinkai Nyilatkozatban²⁵ részletesen kifejti a világ orvosai számára a kötelező etikai alapelveket az embereken végzendő orvosbiológiai kutatásokra vonatkozóan. Az orvostudomány haladása a kutatáson nyugszik, amelynek végső soron részben emberen való kísérletezésen kell alapulnia. Az emberen végzett orvostudományi kutatásoknál a kísérleti alany jólléte mindig előbbre való, mint a tudomány és a társadalom érdeke. Minden emberen végzendő kísérlet előtt a lehetséges kísérleti alanyokat megfelelően tájékoztatni kell a kísérlet céljáról, módszeréről, várható hasznáról és lehetséges veszélyeiről és az esetlegesen vele járó kellemetlenségekről is.

Az emberen végzett orvostudományi kutatás betegtájékoztatójának néhány speciális szempontja is ki kell térnie, mint például az egészségügyi törvény 159. § szerint a kutatás alanyát a kutatásba való beleegyezését megelőzően szóban és írásban tájékoztatni kell a kutatásban való részvételének önkéntességéről, valamint arról, hogy a beleegyezés bármikor, indoklás és hátrányos következmények nélkül visszavonható; a tervezett vizsgálat, vagy beavatkozás kísérleti jellegéről, céljáról, várható időtartamáról; a kutatás során elvégzendő vizsgálatok, illetve egyéb beavatkozások jellegéről, tartalmáról és esetleges kockázatairól, következményeiről, valamint a kutatással járó kellemetlenségekről; a kutatás alanya vagy mások számára várható előnyökről; a kutatásban való részvétel helyett alkalmazható esetleges egyéb vizsgálatokról, beavatkozásokról; a kutatásban való részvétel kockázatának körébe tartozó egészségkárosodás jellegéről és gyógykezeléséről, valamint a kártalanításról, illetve kártérítésről; a kutatásért felelős személy(ek) nevééről.

A 23/2002. (V. 9.) EüM rendelet²⁶ az emberen végzett orvostudományi kutatásokról még részletesebben szabályozza a résztvevők tájékoztatását és beleegyezését a kutatásba.

24 Duncan A.S. Dunstan G.R. Welbourn R.B.: Dictionary of Medical Ethics. Revised and Enlarged. Ed. Darton, Longman and Todd, London, 1981, 130-132.p. Magyar fordítás: Gaizler Gyula: Felelős döntés vagy ítélet-végrehajtás? Orvostika változó világunkban. Budapest, 1992, Szent István Társulat, 143-144.p.

25 World Medical Association: Handbook of Declarations World Medical Association, Ferney-Voltaire 1992.17.B.

26 23/2002. (V. 9.) EüM rendelet

A klinikai gyógyszervizsgálatokban használt nagyon részletes, sokszor érthetetlen körmondatokat is jogi kifejezéseket tartalmazó írásos tájékoztatás sokszor inkább a megbízó jogi védelmét szolgálják, mint a valós betegtájékoztatást. Ez a visszaélészerű joggyakorlás a felelősséget a kezelő orvosra hárítja, mivel neki az írásos tájékoztatás mellett kötelessége a szóbeli, érthető és egyéniesített formában megfogalmazott tájékoztatást is megadni. Ha csupán defenzív tájékoztatásra törekszünk, akkor az orvosi hivatásunkat és a beteg ember méltóságát sértjük meg.

KRÓNIKUS ÍZÜLETI BETEGEK TÁJÉKOZTATÁSÁNAK RÉGI-ÚJ ESZKÖZEI

A krónikus ízületi gyulladás (rheumatoid arthritis, RA) a leggyakoribb gyulladásos ízületi betegség, a lakosság 0,5-1%-át érinti. A teljes körű, egyéniesített, folyamatos beteg-tájékoztatáshoz hosszabb idő és a beteg részéről egy tanulási folyamat szükséges. Ennek egy régi, ma újra felfedezett módszere a motivációs interjú, mely során a beteg személyes nehézségei, félelmei feltárásra kerülnek és a kezelés célja orvos-beteg egyenrangú kommunikációjában fogalmazódik meg. Ez a közös döntést elősegíti a csoportos betegoktatás, a csoport praxis. A „Self-management” programban több szakember (orvos, gyógytornász, pszichológus, asszisztens) közreműködésével a betegek is aktívan részt vesznek, krónikus betegségük lényegék, kezelésük célját megismerik. Gyógytornász megtanítja azokat a tornagyakorlatokat, amit rendszeresen el kell végezni. Pszichológus segít a betegség elfogadásában és feldolgozásában. Szociális munkás a rendelkezésre álló gyógyászati segédeszközök beszerzésében segít. A gondozás során a betegek a mindenkori állapotuknak megfelelően kapnak gyógyszeres és fizioterápiás kezeléseket. Az oktatási program négy foglalkozásból áll, ami hetente egy órát vesz igénybe. Havonta ismétlődik a program, amihez bármikor lehet csatlakozni és bármelyik foglalkozás ismételhető.

KÖVETKEZTETÉS

Saját tapasztalataink szerint az elmúlt évtizedben megnőtt a betegek igénye a beteg-tájékoztatásra és az orvosok egyre pozitívabb hozzáállása tapasztalható. A krónikus betegek teljes körű és egyéniesített beteg-tájékoztatása a betegek együttműködése és gyógyulása szempontjából is nagyon fontos kérdés. Az egyéniesített formában megadott teljes körű tájékoztatás az orvos számára időigényes és nagyon sok empátiás képességet igényel. Az írásos beteg-tájékoztatók megkönnyítik, de nem helyettesíthetik a szóbeli tájékoztatást, terjedelme és megfelelősége az orvosi szakterületek és beavatkozások szerint változik.

A Magyar Bioetikai Társaság 2013. szeptember 21-i Nemzetközi Konferenciáján elhangzott előadás szerkesztett változata.

KATOLIKUS JOGÁSZOK AZ ORVOSI JOG VITATOTT KÉRDÉSEIRŐL²⁷

Tisztelt Elnök Úr!
Tisztelt Konferencia!

Feladatom az, hogy az orvosi jog vitatott kérdései tárgyában a katolikus jogászi szempontokat megjelenítsem. Beszélnem kell tehát az orvosi jog mibenlétéről – bár ennek lényegét a jelenlévők többsége nyilvánvalóan ismeri – majd beszélni fogok két, kiemelten vitatott kérdéstről, az abortuszról és az eutanáziáról. Nem kétséges, hogy ennek a stúdiumnak van még néhány olyan vitatott kérdése, amelyek bémelyikéről külön konferenciákat lehetne rendezni, pl. a mesterséges megtermékenyítés, a dajkaterhesség, a béranyaság, az embrió- és ivarsejt-adományozás, a művi meddővé tétel (!), vagy a szerv- és szövetátültetés és a klónozás, illetve a génmanipuláció. Az abortusz-kérdés nemrégén mind a politikában, mind a sajtóban, de tudományos szinten is kapott nyilvánosságot (köszönhetően Jobbágyi professzor úr munkásságának), az eutanázia pedig még a napokban is szerepel az igazságszolgáltatásban és ennek folytán a napisajtóban és a politikában.

Az orvosi jog – mint önálló jogágazat – ma még nem általánosan elfogadott studium, a jogi karokon általában nem oktatják (Magyarországon dicséretes kivétel a Pázmány Péter Katolikus Egyetem), s tankönyvei sincsenek. E körbe tartozó jogszabályok azonban szükségszerűen léteznek és szakirodalom is rendelkezésre áll (főleg külföldön). Ez utóbbiak, mint kétségtelen eredmények azonban a tudományos igényvel együtt kezdik szétfeszíteni az eddigi szemléleti kereteket. Az orvosi jog, mint önálló studium létét aligha lehet tagadni, s azért is mert a tudományok sikere ma általánosan egy inter- és multidiszciplináris tudást és annak alkalmazását követeli meg. Az ember evilági létének kezdetét és végét jelentő két történésnek a történelem során „kulturá”-ja alakult ki, vagyis az élet és a halál kultúrája minden bizonnyal a társadalmak közelebbi és távoli életében továbbra is alapkérdés lesz és katolikus-keresztény reményeink szerint talán egyre kevesebb lesz az ezekkel kapcsolatos vita. Talán! A szakmai és a társadalmi vitákban, kutatásokban komoly szerepet töltenek be más tudományok meggondolásai és érvei, így az orvostudomány, a filozófia és annak része az általános és bioetika, a teológia, a demográfia, sőt alkalmilag a politika gyakorlata is. Itt utalok vissza a tudományok, s az orvosi jog művelésének inter- és multidiszciplináris jellegére.

S ami a jogtudományt illeti: a komplexitás itt is jelen van, mivel az orvosi jogi gondolkodás a szorosan kapcsolódó más tudományok mellett természetszerűleg érint különböző jogágakat a magánjogtól (lásd cselekvőképesség), a büntetőjogig (lásd tiltott

27 Ez az írás 2013. szeptember 20-án „A sokszínű bioetika és az orvosi jog aktuális kérdései” konferencián elhangzott előadás szerkesztett és részben bővített változata).

magzatelhajtás) és az alkotmányos jogokig (lásd emberi jogok, élethez való jog), a közgazgatási jogig (lásd egészségügyi intézményrendszer, vagy járványügy).

Mindegyik tudomány, vagy az orvosi jog forrásaiként megjelölt dokumentumok szorosan kapcsolódik az emberi élethez, s ezek alapján feltehető a kérdés: képes-e az ember arra, hogy etikai konszenzust teremtsen a modern világ tudományos és néha üzleti törekvései, valamint az életszentségből eredő és az emberi nem épségének és genetikai folytonosságának elvei között.

Itt kell említeni az orvosi jogi gondolkodás körében felmerülő, hol kevésbé, hol erősebben manifesztálódó ellentéteket, amelyek részben ideológiai ellentétek (liberális – konzervatív), részben orvosetikai jellegűek, de alkalmasint üzleti jelleget is ölthetnek (USA-beli génkutatási eredmények szabadalmi díjai).

Mi is az orvosi jog?

Az orvosi jog mindazon jogszabályok, jogelvek és tudományos eredmények összessége, amelyek egy meghatározott jogviszony, az orvosi jogviszony körében a beteg és az orvos/intézmény jogait és kötelezettségeit fogalmazzák meg.

Az orvosi jogviszony alanyai: egyfelől a beteg, másfelől az orvos, illetőleg az egészségügyi intézmény, de ide értendő a személyzet is, a gyógyszerész, az ápoló, az aszisztens.

Az orvosi jogviszony természetesen nem egyedül a kezelő orvos és a beteg viszonyát fogja át, mivel a gyakorlatban nem egyetlen orvos kezeli a beteget, így nem egy orvos áll kapcsolatban a beteggel, hanem egy egészségügyi intézmény, amely akár önálló jogi személyként vagy más intézmény fenntartásában, akár gazdasági társaságként működik.

A beteg valamikor a jogviszony passzív, quasi alárendelt részese volt, beleegyezett a gyógyító kezelésbe, beavatkozásba, az orvosi tevékenységbe. Mára ez megváltozott és kialakultak az ún. betegjogok, úgymint: ellátáshoz való jog, az emberi méltósághoz való jog, a kapcsolattartás joga, a tájékoztatáshoz való jog, az iratok megismeréséhez való jog, az orvosi titok joga, az ellátás visszautasításának joga, stb.

Az orvosi jogviszony forrásai: ezekre az jellemző, hogy a rendelkezések nem egy összefüggő és önálló kódexben jelennek meg, hanem más jogágak szabályai között, így:

- hazai jogszabályokként az Alaptörvény, a Ptk., a Csjt., a Btk., az egészségügyi törvény, a magzatvédelmi törvény;
- nemzetközi szabályokként az egyes egyezmények (1948. Genf - a nemzetközi orvosi esküről, 1964. Helsinki – az emberen végzett orvosi kísérletekről, 1970. Oslo – az indikált művi vetélésről, 1987. Madrid – az eutanáziáról;
- de említhető a Polgári és Politikai Jogok Nemzetközi Egyezségokmánya (élethez való jog) és a Gazdasági, Szociális és Kulturális jogok Nemzetközi Egyezségokmánya is (mindenkinek joga van a legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez).

Ha nem is az orvosi jog forrásaként, de mindenesetre az orvosi gondolkodás alapjaként kell tisztelnünk a több, mint kétezres éves „törvény”-t, a Hippokratészi esküt, amely azt mondta ki;

- ne árts (nil nocere), a legfőbb törvény a beteg érdeke, nem segíték hozzá asszonyt magzata elhajtásához, nem segíték hozzá senkit az eutanáziához (többek között).

Az orvosi jog tárgya az orvosi szolgáltatás – már amennyiben az szolgáltatás. Véleményem szerint az orvos lényegesen többet nyújt, mint egyszerű szolgáltatást, néha az a néhány biztató szó is javítja a beteg hangulatát és elősegíti gyógyulását, amelyet az orvostól hall. Az orvosi szolgáltatás jóval több, mint amit egy eredménykötelemnek minősülő vállalkozási szolgáltatás, avagy a szokásos gyógyító tevékenység nyújthat. Alapja egy olyan bizalom, amely semmilyen vállalkozás körében nem merülhet fel. Az elméletek többsége az orvosi jogviszonyt megbízásnak tekinti, így a magyar Polgári Törvénykönyv Kommentárja is, az orvosi jogviszony azonban még ettől is eltér, mert:

- 1./ e körben a betegnek nincs olyan széleskörű utasítási joga, mint pl. egy ügyvédi megbízás körében, végül is a beteg nem orvos és nem rendelkezik olyan ismeretekkel, tudással, mint amivel jogi érdekeit illetően rendelkezhet,
- 2./ az orvos, vagy az egészségügyi intézmény nem tagadhatja meg olyan könnyen a gyógykezelést, mint az ügyvéd a jogi szolgáltatást,
- 3./ a költségeket illetően a feleknek nem egymással, hanem a társadalombiztosítással kell elszámolniuk.

Mindezen érvek alapján a szóban lévő szolgáltatást egy speciális jogviszony körében adott quasi szolgáltatásnak (nevezzük nevén: orvosi szolgáltatásnak) helyes minősítenünk.

Az orvosi jog általam most kiemelt két vitatott kérdése azért is fontos katolikus jogász aspektusból, mert mindegyik a Teremtés rendjébe való „beavatkozást, talán helyesebben „beleavatkozás”-t jelent.

Abortusz: emberölés? magzatölés? avagy a magánügy és szabadságjog érvényesülése?

Két álláspont ismeretes ma, amelyek egyébként nemcsak az abortusz, hanem az eutanázia és egyéb már jelzett kérdésekben is állást foglalnak. A **Pro Life** és a **Pro Chois** nézetről van szó.

A **Pro Life** nézet józan orvosi és hagyományos szemléletet tükröz, elutasítja az abortuszlegalizációt és az eutanázialegalizációt is, az élet kezdetét a fogamzástól számítja, vitatja a fogamzásgátlás és a művi megtermékenyítés több formáját, vagyis határozottan életvédelmi alapokon áll. Az élet időtartamát a fogamzástól a természetes halálig számítja.

A **Pro Chois** nézet mind az abortuszlegalizáció, mind az eutanázialegalizáció előtt minden gátat megszüntetni kíván, az abortuszt a nőnek saját teste feletti önrendelkezési jogként fogja fel, a fogamzásgátlást és a művi megtermékenyítést aggálytalanak tartja, a szabad szexuális kapcsolatok híve, s mindezeket emberi szabadságjogként fogalmazza meg, az élet kezdetét a születéstől számítja. A mondottak emberi jogként való felfogása oda vezet, hogy a RTL-TV a „Budapest éjjel-nappal” című adásában (vagy más kereskedelmi adásokban is) modellként mutatják be a devianciákkal való kapcsolatot, a bulikat és benne a szexuális magatartásokat gyakorlatilag a promiszkuitást. Nézetem szerint a megnevezett

műsor maga az erkölcsi fertő, amelynek gondolati körében a gyerek egy „dolog”, egy teher, amit cipelni kell.

Ha körülnézünk posztmodern világunkban, azt láthatjuk, hogy a Pro Chois nézetnek sok híve van, s ez ma Magyarországon a rendszerváltás utáni, liberálisnak mondott, de inkább libertariánus propaganda egyik megnyilvánulása. Ez az ideológia eltávolítja az embereket Istentől, kizárólag materiális értékeket és utilitárius törekvéseket preferál, s aki ezzel nem ért egyet, az maradi, vagy hülye.

Hogy mi a beavatkozás lényege azt mindenki tudja, magyarázni szükségtelen, keresztény-katolikus álláspontunk is tisztázott. Azonban – többek között – két olyan problémakör is felmerül, amelyek fölött vita van és amelyek az orvosi magatartást is befolyásolhatják. Az első az, hogy mikor kezdődik az élet, a másik, hogy milyen magatartást tanúsítson az orvos a beavatkozással kapcsolatban.

Az első kérdésben a mondott nézetek antagonisztikus ellentmondásban vannak. Az életvédelmi nézet szerint az élet a fogamzás pillanatában kezdődik, amely ettől kezdve egy olyan génkombináció, amely egyedi és megismételhetetlen. Lehet ugyan az embrió fejlődése során egyes szakaszokat meghatározni – attól függően, hogy egyes szervek (végtagok, vagy idegrendszer) mikor fejlődnek ki, de ez nézetem szerint egy apológia, s csak arra alkalmas, hogy elvi alapon meghatározható legyen egy időszak, amelyen belül szabad teret kaphat az abortusz. Lényegesebb az, hogy mikor éri el a magzat agya az emberre jellemző fejlettségi fokot, vagyis amely időszak Aquinói Szent Tamás Arisztotelész nézetére alapozott, de az abortusz kérdésében állást nem foglaló véleménye szerint a „lelkesülés”, a „lélekadás” ideje, ami a fogamzás utáni harmadik hónapban következik be. A Katolikus Egyház ezt a nézetet már korábban elutasította, s megmaradt annál, hogy élet a fogamzással kezdődik. A különböző, néha keresett elméletek mögött meghúzódónak láthatunk látens szempontokat, azt hogy minél hosszabb legyen azon időszak, amely alatt nem érvényesülhetnek a magzatvédelmi rendelkezések.

A magzat tehát a fogamzástól kezdve, magzati fejlődésének teljes időtartamában és a születésig, illetve azután a természetes halálig: ember. Ezt ma már nemzetközi szabály erősíti meg, mégpedig az Európa Parlament 1046/1986. és 1100/1989. számú határozata a magzat státuszáról szóló fejezetében.

A magzat védelme, élő emberként kezelése (ami ma magzatvédelem) a korai újkorban Magyarországon odáig ment, hogy a bűncselekménye miatt halálra elítélt várandós nőt várandóssága tartama alatt nem lehetett kivégezni. Idézet Borsod megye ítélőszékének egy 1592. évi ítéletéből:

*„Miért hogj penigh az azzony állat hasas, meg kell Warnj,
hogj az gjermekeket elhozza.”*

Ma kissé vulgárisnak tűnik a szövegezés (az is), de tényként állapítható meg az indokolás magzatvédelmi rendeltetése, s ha nem is ez a gyökere a mai magzatvédelmi törvénynek, azt kijelenthetjük, hogy a magzat évszázadokkal ezelőtt is védelemben része-

sült, ma pedig törvényben megfogalmazott jogai vannak, így: a vagyoni jogok körében öröklési képesség, vagy kárigény – azzal a feltétellel, hogy élve megszületik, vagyis várományként.

A második kérdés az, hogy miként viselkedjék az orvos az engedélyezett abortusszal kapcsolatban. Nem kis dilemmát okoz ez annak az orvosnak, aki természetesen tartja magának a Pro Life nézetet, de egyben alkalmazottja egy olyan munkáltató intézménynek, ahol a kiírt műtét elvégzése munkaköri kötelezettséget jelent. A konfliktus feloldásában irányt mutat az 1970-es Oslói Deklaráció, amely szerint az orvosnak „*joga van ahhoz, hogy visszalépjön, amennyiben biztosítja az orvosi ellátás folyamatosságát egy képesített kollégája révén*”.

Általam, de valószínűleg általában sem ismert, hogy mai praktizáló orvosaink mennyire tájékozottak, vagy éppen közömbösek ezen etikai dilemma tárgyában, azaz milyen szerepet játszik döntésükben a kórházi fegyelem, esetleg az állásféltség, s milyen a lelkiismeret. Itt egy fontos kijelentést kell tennünk: nincs olyan jogszabály, amely kötelezővé tenné az orvosnak az eljárásban való részvételt (!). Ez következik az Alaptörvénynek a lelkiismereti szabadságról szóló rendelkezéséből, valamint az orvosi esküből és az Orvostikai Kódex is igyekszik mentesíteni az orvosokat a konfliktus gondja alól.

Etikai megfontolások mellett nem lehet megfeledkezni a műtét egészségügyi kockázatairól sem, amely kockázatok az anyát terhelik. A beavatkozás következményeként vérzés, gyulladás, méhátfúródás fordulhat elő, avagy későbbi következményként spontán vetélés, vagy meddőség. Az ún. szövődmények legális abortusz esetén is beállhatnak, rendezetlen körülmények között végzett esetekben pedig valószínűleg nagyobb arányban. Nézetem szerint az abortusz az anya részéről lelki sérülés is.

Hitünk és a természettörvény alapján tiltakozunk ugyan az abortusz ellen, de lehetnek olyan indikációk, amelyek alapján a műtét elvégzése legalábbis megérthető, s a Katolikus Egyház sem ítélte el soha azokat az egyházi tanításokkal egyetértő házastársakat, akik súlyos és kikerülhetetlen kényszerítő okok miatt ehhez folyamodtak, ugyanis ez esetben a műtét nem a gyermekáldás megakadályozására, hanem súlyosabb kár/károsodás elkerülésére irányul. Ilyen az anya életveszélyben léte (pl. egy balesetnél), vagy egészségi állapotának súlyos és tartós megromlása, vagy éppen a magzat olyan genetikai károsodása, amely őt életképtelenné teszi. S vannak a gyakorlatban olyan indikációk, amelyekre az anyák gyakran hivatkoznak, mint pl. szociális helyzetük, életkoruk, családi állapotuk, vagy egyéb mondva csinált, esetleg valós okok. A tényleges hivatkozásokat az engedélyezési eljárásban lehet és célszerű elbírálni. Jogalkotási feladat lenne az indikációs kör szűkítése (a magam részéről ebben nem bízom), a megfelelő tanácsadás, vagy egy ésszerű gondolkodási idő meghatározása.

Korunkban mindezen érvek mellett szólni kell a kérdés demográfiai hatásairól. Azon magyarországi helyzetben, amikor az ország lélekszáma már nem éri el a 10 milliót és minden valószínűség szerint még tovább fog csökkenni, társadalmi szempontból sem engedhető meg az abortuszok gyakori és gépies engedélyezése, sőt a család és magzat-

védelmi intézkedések továbbfejlesztése a kívánatos, akár közvetett úton is (talán ez a járhatóbb), de a társadalmi/civil szervezetek preferenciái/tevékenysége útján is. 1981 óta, azaz mintegy 20 év alatt az ország lélekszáma 600.000 fővel csökkent, s ez vidéken sokkal inkább szembeűnő, mint a városokban. Ez a helyzet hovatovább drámaivá fog válni. S akkor még nem vettük számításba a helyzet távlati szociálpolitikai dimenzióját (ki fogja előállítani a jövőben szükséges javakat és ki fogja megtermelni a jövő idős nemzedéke nyugdíját).

Ide kívánkozik ezért Kőlcsey Ferenc gondolata:

*„Messze jövendővel komolyan vess őszve jelenkort,
Hass, alkoss, gyarapíts, s a haza fényre derül.”*

Az abortusszal kapcsolatos katolikus-keresztény álláspont ismertetése előtt idézzünk Molnár Tamástól, az Egyesült Államokban élt és néhány éve elhunyt filozófustól egy olyan gondolatot, amely a keresztény társadalmi tanítások lényegét mutatja be, mint as világról és az emberről szóló helyes gondolkodás kvintesszenciáját:

a keresztény társadalmi tanítás

„a legszabatosabb együttesét képezi azon kijelentéseknek, amelyeket az ember természetéről, a hit és az ész egyensúlyáról, a belső és a külső emberről, a társadalom alapfeltételeiről, az emberi kapcsolatokról tenni lehet.”

Emellett előhívhatnánk több korai, vagy mai keresztény-katolikus gondolkodót Szent Ágostontól, Aquinói Szent Tamásig és Nagy Szent Vazulig, vagy előhívhatnánk több, a keresztény társadalmi tanításokról szóló műből további mondatokat, a Molnár Tamástól származó gondolat annyira alapvető, hogy ahhoz aligha kell magyarázat. Utaljunk talán Thomas Sanchezre, aki moralista volt és a XVI-XVII. században élt, s aki kidolgozta az anya életének megmentése érdekében végezhető abortusz elméleti alapjait. Szerinte: ha az anya egyébként meghalna, s a magzat átmeneti állapotban van az egyszerű és a lélekkel áthatott állapot között, akkor szabad megölni a magzatot, mivel annak lényege még nem teljesen emberi, s ez felhatalmaz arra, hogy magasabb értékek nagyobb súllyal essenek latba. Ezt a nézetet a Katolikus Egyház is elfogadta és elfogadja, igaz kissé szűkített formában.

Az abortusz katolikus szempontból való megítélése két pápai dokumentumban mutatkozik meg a legpregnansabban, a Gaudium et Spes kezdetű korszakos konstitúcióban és a Humanae Vitae című nemkülönben jelentős enciklikában. Ide sorolhatjuk még a Familiaris Consortio című enciklikát és a Püspöki Szinódus által kiadott Családjogi Chartát, de a Magyar Katolikus Püspöki Kar körleveleit is. Gaudium et spes:

„Az életet a leggondosabban kell ővni már a fogamzástól kezdve, A magzatelhajtás is, a csecsemők megölése is szégyenletes bűntett”;
„... a biológia, az orvostudomány, a társadalomtudomány és a lélektan szakemberei nagyon jó szolgálatot tehetnek a házasság és a család intézményének és a lelkiismeretnek”;

ret nyugalmának, ha kutatásaikat összehangolva iparkodnak egyre jobban megvilágítani azokat a feltételeket, amelyek erkölcsileg kifogástalan születésszabályozásra adnak módot.”

Családjogi Charta:

„Az emberi életet a fogantatás pillanatától kezdve feltétlen tiszteletben kell tartani és védelemben kell részesíteni. Az abortusz közvetlenül megsérti az ember alapvető jogát az élethez.”

Magyar Katolikus Püspöki Kar körlevele (1956 !):

„... ne mondja senki, hogy a gyermek anyja méhében nem eleven, mert bizony élő lény az, akinek lelke van és aki növekszik, fejlődik, sőt sokszor megmozdul az anyai szív alatt...”

Humanae Vitae (korunkat a „halál civilizációjá”-nak nevezte és meghirdette az „élet és szeretet civilizáció”-ját):

„Kinyilvánítom, hogy a közvetlen abortusz, melyet célként vagy eszközként szándékolnak, mindig az erkölcsi rend súlyos felforgatása, mert egy ártatlan emberi élet előre megfontolt kioltása.”

A második világháború utáni kor keresztény-katolikus felfogása továbbra is határozottan ellenezte az abortuszt, s az egyetlen megengedhető kivételt az anya életének megmentésének esete képezte. Ugyanakkor az individualista és liberális nézetek terjedése, a tudomány és a technológia fejlődése következtében a termékenység családon és társadalmon belüli szerepe megváltozott. E nézetek szerint az anya egészségéhez, testi integritásához, társadalmi helyzetéhez és szabadságjogaihoz való elveket is figyelembe kell venni, vagyis a Pro Chois nézet kialakította azt az álláspontot, hogy az egyén szabadságjogának gyakorlásában a magzat léte nem képezhet kikerülhetetlen akadályt. Mivel a keresztény-katolikus és a Pro Life nézet továbbra is kitart az élethez való jog mellett, korunkra a két nézet szembenállása jellemző.

Végkövetkeztetésként azt szögezhetjük le:

- egyet kell értenünk az idézett egyházi megnyilatkozásokkal, valamint Magyar Orvosi Kamara, illetve általában az orvosok véleményével, mert ez az álláspont nem ideológiai alapon és társadalmilag légtüres térben alakult ki, hanem a létező világnézetek ellentétéből és a keresztény társadalmi tanításokból, s küzdeni kell az ellenzők táborán belüli estleges megosztottság ellen;
- látnunk és tudomásul kell vennünk, hogy az abortusz gyakorlatának terjedése miatt a tudomány kutatja azon újabb módokat és orvosi eljárásokat, amelyek a beavatkozás elvégzésének biztonságosabb lehetőségeire, veszélyeinek elkerülhetőségére irányulnak;
- meg kell állapítanunk, hogy az abortusz, a kockázatok ellenére is sokszor a születésszabályozás egyik – bár végső – módszereként használatos a hétköznapi ember szemében, s célszerű ennek ellenében, valamint a kockázatokra és a társadalmi

következményekre való figyelemfelhívásokkal a társadalom tájékoztatására törekedni;

- figyelmeztetni kell arra, hogy az abortuszlegalizáció egyik következménye a magzat természetellenesen dolognak tekintése, a megszületés elkerülhetősége, a szabados életmód, a korlátok nélküli nemiség – már-már mozgalommá való szélesítése – előmozdítja újabb veszélyek megvalósulását;
- az élethez való jog érvényesülése és a veszélyek elkerülése érdekében a társadalmi szervek ismeretterjesztő tevékenysége fokozását, együttműködését, de jogalkotási feladatokat is látunk.

Eutanázia

Az eutanázia fogalmát a legpontosabban az 1987-es Madridi deklaráció határozta meg:

„Eutanázia a beteg életének szándékos kioltása, akár a beteg saját kérésére, akár a közvetlen hozzátartozók kérésére – etikátlan.”

Hittani Kongregáció (1980):

„...eutanáziának tekinthető minden olyan cselekedet vagy cselekedetmulasztás, amely önmagában vagy a cselekvő szándéka alapján halált okoz azzal a céllal, hogy a szenvedés minden lehetőségének végét vessen.”

Lényegében ugyanezeket fejezi ki a Magyar Orvosi Kamara Orvosetikai Statútuma:

„Eutanázia az orvosnak foglalkozása körében megvalósított szándékos tevékenysége, amely a gyógyíthatatlan beteg halálára irányul a beteg kérésére... Az ember életének kioltását célzó tevékenység mind az orvosi hivatással, mind az orvosi etikával összeegyeztethetetlen.”

Mindezen kijelentések viszonylagos, illetve a fogalom általános ismertsége ellenére megdöbbentő hírt olvastam nem régen a napisajtóban, az volt a címe:

Minden második magyar eutanáziapárti.

Nem sokkal ezt követően megjelent egy recenzió:

Nem fogadható el az eutanázia – címmel.

Az első, statisztikai adatokat is tartalmazó írás valóban, s talán a legnagyobb megdöbbenéssel töltött el, a második ezt enyhítette, de mégis megmaradt egy keserű szájíz: ilyenek lennénk?

A kérdés rendkívül aktuális, mivel a Kúria éppen a közelmúlti napokban hozott döntést egy, az eutanázialegalizációval kapcsolatos népi kezdeményezés ügyében. Ezért a fogalmi meghatározások mellett, amelyek felől a jelenlévők egyébként bizonyosan tájékozottak, itt és most határozottan kell megfogalmazni a józan és katolikus álláspontnak megfelelő érveket.

Miként az abortusz kérdésében, itt is fennállnak azon ellentétek, amelyek a Pro Life és Pro Chois nézetekben tükröződnek. Itt is ütköznek egyfelől a sajátos szabadság-esz-

mékről és állítólagos önrendelkezési jogokról vallott liberális vélemények, másfelől a józan orvosi vélemények, a Hippokráteszi eskü, valamint a konzervatív nézetek. Orvosi szempontból nézetem szerint a legfontosabb a Hippokráteszi eskü:

*„Senkinek sem adok halálos mérget, akkor sem,
ha kéri és erre vonatkozólag még tanácsot sem adok.”*

Aktív eutanázia esetén az orvos szándékos magatartással öli meg a beteget (pl. halált okozó injekció beadásával). Az asszisztált öngyilkosság már büntetőjogi kategória és öngyilkosságban közreműködésnek nevezetik (az orvos mérget ad a betegnek, aki azt maga veszi be). A passzív eutanázia során az orvos – ugyancsak szándékosan – olyan beavatkozást mulaszt el, amely a beteg halálát okozza (pl. valamely gyógyszer, avagy étel és ital megvonása). A kívánatra ölés különbözik az aktív eutanáziától, mert ez esetben elkövető nemcsak orvos lehet, hanem bárki, s nem tényállási elem a gyógyíthatatlan betegség (ez 1961-ig Magyarországon büntetendő volt). Ma is van a Btk-ban ezzel kapcsolatos büntetőjogi tényállás, sőt Európában máshol is, azaz bűncselekménynek számít az öngyilkosságban való közreműködés.

Minden orvos tudja, hogy vannak jelentősen elaggott, leépült, végelgyengülésben szenvedő gyógyíthatatlan betegek, súlyos baleseti sérültek, és vannak ún. terminális betegek, akiknek a közeli és biztos halálára kell számítani, illetve tudott, hogy ezekre a betegek-re fájdalmas és esetleg hosszú szenvedés vár, s megváltás lenne számukra az elmúlás. Mégis: saját akarat, részvét és önrendelkezési jog, egy téves szabadságeszme, avagy a hozzátartozók akarata sem alapozhatja meg azonban ezen ember életének szándékos elvételét, mert a keresztény erkölcsi elvek alapján álló józan felfogás szerint: *„amit Isten adott, azt csak Isten veheti el”*.

Az egyházi felfogástól függetlenül is, s világi gondolkodással is elsődleges szempont az emberhez méltó halál, azaz a segítségnyújtás ne az ember megölésében testesüljön meg, hanem inkább a palliatív kezelés alkalmazásában, vagy a szakszerű, esetleg intézményesen szakszerű végső ellátásban (hospice intézmények). Nézetem szerint az eutanázia akár a beteg, de főleg ha a hozzátartozó kérésére történt is, örök életre szóló lelkiismereti válságot, büntudatot okozhat valamennyi hozzátartozóban, valamint félrevezetése mindazoknak, akik erről nem tudtak és ezzel nem értettek volna egyet.

Az egészségügyi törvény megalkotta az ellátás visszautasításának az intézményét. Ennek alapján a gyógyíthatatlanul súlyos és halálát váró beteg, aki egyébként cselekvőképessége (belátási képessége) birtokában van, nyilatkozatban visszautasíthatja a további kezelést, amennyiben három tagú orvosi bizottság vizsgálata alapján ennek feltételei fennállnak, s a beteg tisztában van a következményekkel. Előírt az okirati írásbeliség, a három napon belüli megismérlés, s a bizottság kötelessége a beteget döntésének megváltoztatására bírni. A beteget az orvos, vagy az intézmény a nyilatkozat érvényes megtétele után is ápolni, gondozni és ellátni köteles, hiszen a nyilatkozat visszavonható.

A törvény e rendelkezéseit az Alkotmánybíróság előtt ugyan megtámadták, de az Ab. minden kérelmet elutasított. Figyelemre méltó volt dr. Tersztyánszky dr. Vasadi Éva alkotmánybíró különvéleménye:

„Nem érték egyet a határozatnak az indokolás megalapozására irányuló azon megállapításával sem, hogy a saját halálról való döntés – miként az öngyilkosság is – az önrendelkezési jog része. Az önrendelkezési jogból nem következik a saját halálról való döntés joga, sem pedig öngyilkosság elkövetéséhez való jog; ilyen jogok nem léteznek.”

Az egészségügyi törvény mondott rendelkezése és az alkotmánybírói elutasítás, nemkülönb a különvélemény ismeretében biztonsággal állíthatjuk: igenis van mód – legalábbis egy, a tapasztalatra alapozott és az emberi bölcsesség szellemében érvényben maradt rendelkezés esetében volt mód – etikai konszenzus megteremtésére a modern/posztmodern világ tudományos és helyenként üzleti érdekei, valamint az életszentségből eredő józan meggyőződés között.

Visszatérve az eutanáziáról olvasott két íráshoz – az első azért volt megdöbbentő, mert statisztikai adatokra támaszkodva bejelentette, hogy a magyarok több mint fele támogatja a kegyes halált, s harmada az aktív eutanáziát (!) is engedélyezné. A Medián által végzett kutatás szerint az eutanáziát leginkább a 60 évnél idősebbek utasítják el, a 30-39 évesek és az 50-59 évesek támogatják. A kérdés megítélésénél a kutatás összefüggést lát a vallásossággal, ugyanis a hívő lakosság e meggyőződése miatt ellenzi az eutanázia minden formáját, az egyházi tanításokat követők között is 39 %-ra rúg a támogatók aránya, a nem vallásosak között pedig 57 %-ra. Összefoglalva az írás végső kicsengését: statisztikával megalapozva realitásként és társadalmi álláspontként közli, illetve állítja be az eredményt, illetve úgy utal az önrendelkezés jogára, mint egy korlátok nélküli szabadságjogra.

A népi kezdeményezést, amely az Országos Választási Bizottság határozatával engedélyezte a cél érdekében való aláírásgyűjtést és amely az eutanázia lehetőségét teremtené meg, a Magyar Orvosi Kamara értetlenül, sőt felháborodással fogadta, s a kezdeményezést határozottan visszautasította. Az Országos Választási Bizottság határozatát a Kúria hatályon kívül helyezte és a Bizottságot új eljárás lefolytatására és új határozat meghozatalára kötelezte. Most kell tehát a eutanázia ellenzőinek határozottan kifejezni érveit, illetve a kezdeményezés elutasítására indítani az Országos Választási Bizottságot (azon figyelemfelhívással is, hogy maga a kérdésfeltevés tendenciózus és félrevezeti a nyilatkozót).

A másik írás keresztény-katolikus álláspontot közöl, s felelőtlennek tartja, hogy az előző írás nem az életigenlés szellemiségét, hanem a gyöngeséget és felelőtlenéget sugározza, egyben utal a már említett halál civilizációjára. Ez a második írás kifogásolja azt a magatartást, amely „manipulatív konzervatív”-nak tartja mindazokat, akik az életet védik a természetes halálig, s inkább dolgoznak betegek akár utolsó napjainak megszépítéséért, mint annak haláláért.

Mivel a katolikus tanítások szerint a halál csak földi életünk végét jelenti, s egyben kezdete az örök életnek, további észrevétel nélkül mindehhez befejezésül Szent Ágoston imáját teszem hozzá, amely az örök életet jeleníti meg:

„Engedd uram, hogy utolsó álmom édes legyen és az örök életre ébredhessek.”

Néhány külföldi, amerikai példa az eutanáziáról folytatható vita köréből:

1./ Kanadában, Ontario tartományban (ahol öntudatlanság esetére vonatkozó érvényes végrendelettel vissza lehet utasítani életfenntartó eszközök használatát) egy torontói szállodából a mentők kórházba szállítottak egy kritikus állapotban lévő embert, aki nagy mennyiségű altatószert vett be, s akinél az elektroencephalogram az agyműködés semmi jelét sem mutatta. Találtak a betegnél egy végrendeletet, amelyben kifejezte azt a kívánságát, hogy eszméletlensége esetén ne alkalmazzanak légzőkészüléket és mesterséges táplálást. Egy mellékelt levélben az is kijelentette, hogy az öngyilkosságot szabad elhatározásból követte el, s ha felébresztik, bepereli a kórházat és az orvosokat. A levél szerint az öngyilkosságot azért követte el, mert homoszexuális élettársa elhagyta, ugyanis hat hónappal korábban kiderült, hogy AIDS vírussal van fertőzve. A kórházban hosszas habozás után úgy döntöttek, hogy eleget tesznek kívánságának és a kikapcsolták a légzőkészüléket, amit a kezdeti kezeléshez alkalmaztak. Az esetet lezáró megbeszélésen a jogászai vélemények megoszlottak. Egyrésztől az a vélemény alakult ki, miszerint ebben az esetben nem a kezelés jogos visszautasításáról volt szó, hanem az öngyilkosság végrehajtásához adtak segítséget, másrésztől az öntudatlan beteg érdeke azt követeli ugyan, hogy életét megmentsek, de az általános gyakorlat a szokásjogban a személy kívánságát érdeke elé helyezi. Ez utóbbi értelmezés a szokásjog országaiban hátsó kaput nyitott az eutanáziához.

2./ Paul Brophy esete (házas ember 5 gyermekkel).

Nevezett Paul Brophy 1983 áprilisában egy műtét alatt elvesztette öntudatát és azt később sem nyerte vissza, csak a lélegeztető berendezés és a mesterséges táplálás tartotta fenn életét. Azon év decemberében az egyszerűbb táplálás érdekében csövet illesztették a gyomrába.

1985 januárjában felesége kérte az életfenntartó eszközök visszavonását, kérelmét azonban előbb a kórház, majd a bíróság is visszautasította. A Bíróság elismerte, hogy elegendő bizonyítéka van azon feltevésnek, miszerint Mr. Brophy nem egyezett volna bele a mesterséges életfenntartás módszereibe és visszautasította volna az ételmezt és a vizet, állapotának terhe azonban nem a mesterséges életfenntartásból ered, hanem betegségéből. Ha haldokolna, vissza lehetne venni tőle ezt a szolgálatot, mert az állandó kóma megvédi a szenvedés tapasztalataitól, így nincs indok az életfenntartó eszközök visszavonására. Mivel azonban az életfenntartó eszközök visszavonásának lehetősége nem Mr. Brophy életének minőségétől függött (amelynek meghatározásához nincsenek kritériumok), hanem a kezelés okozta teher nagyságától (ami az adott esetben minimális volt), illetőleg ha mindazok, akik felelősek a beteg jólétéért ebbe beleegyeznek: az életet meghosszabbító eszközök visszavonását nem lehet erkölcstelen cselekedetnek tekinteni. Ezt mondta ki az Amerikai Orvosi Kamara.

3./ Clarence Herbert esete.

Nevezett beteg szíve és légzése egy sebészeti eljárás után megállt, újraélesztették, majd mesterséges életfenntartó eszközökre tették. Később megállapították, hogy súlyos agysérülést szenvedett és élete végéig állandó vegetatív állapotban fog maradni. A család ezután írásban kérte az életfenntartás mesterséges eszközeinek visszavonását. A légzőkészüléket kikapcsolták, de Mr. Herbert tovább lélegzett. A családdal való újabb megbeszélés után megszüntették az intravénás folyadékellátást és a gyomorcsöves táplálást is. Ezek után Mr. Herbert rövidesen meghalt.

Az esettel kapcsolatosan lefolyt perben a bíróság az alábbi döntéseket hozta: az élet megrövidítése gyilkosság, az e döntés melletti erkölcsi érvek, a család kívánsága és az általános orvosi gyakorlat nem jelentenek semmit, a kérdésben a törvény dönt; a mesterséges táplálás orvosi kezelésnek számít, hasonló a lélegeztető berendezéshez, tehát azt terhei és előnyei szerint kell elbírálni; haszontalan kezelés alkalmazására nincs kötelezettség, annak további alkalmazása hasznához képest aránytalan lett volna.

4./ Dax Covart esete.

Egy amerikai fiatalember, Dax Covart 1973-ban robbanásos baleset következtében testének nagy részén súlyos égési sérüléseket szenvedett. Jóval későbbi felgyógyulása az orvostudomány csodájának számított, de közben évekig tartó rendkívül fájdalmas kezelést és többször megismételt, komplikált sebészeti beavatkozást kellett elszenvednie, s mindez súlyos fogyatékossággal járó életet volt képes számára biztosítani. Mindezekért a beteg nem hagyott fel azon követelésével, hogy hagyják őt békében meghalni, az őt kezelő orvosok ezt a kérést depresszióra vagy öngyilkossági hajlamra való hivatkozással elutasították. A beteg később felgyógyult, jogi diplomát szerzett, megházasodott és gyermekei születtek. Esete – korábbi kérése ellenére is – az élni akarás csodájának számított, s életéről két film is készült. Felgyógyulása után minden idejét a kezelés visszautasításának jogáért folytatott küzdelemre fordította.

Az ismertetett esetekből és sok más hasonló tényállásból kialakult egy olyan jogi és erkölcsi álláspont, amelyre az évezredek zsidó-keresztény hagyománynak jelentős befolyása volt. Nevezetesen: nincsen olyan erkölcsi vagy jogi érv, amely szükségessé tenné azoknak az eszközöknek az alkalmazását, amelyek a beteg gyógyítása vagy kényelmének biztosítása helyett mindössze szenvedésének meghosszabbítását okozzák. Az ilyen eszközök használatát a beteg, az akaratát érvényesen képviselő hozzátartozók, avagy más törvényes megbízottak jogosan visszautasíthatják, még abban azon esetben is, ha ennek következtében a halál a várható időpontjánál hamarabb bekövetkezik. Hogy a felsorolt esetek melyikében lehetett volna a kezelés magyar jog szerinti visszautasítását alkalmazni, avagy azt elvárni: az olyan vitákat generálna, amelyek során talán lehetséges lenne egy egységes álláspontra jutni, de lehet, hogy ez csak egy jámbor óhaj.

Tudjuk: Hollandiában néhány éve az aktív eutanázia, az orvosi segédlettel végrehajtott öngyilkosság is – bizonyos feltételek mellett – törvényesített, s más államok (tagállamok) követték a holland példát. A Katolikus Egyház ettől a „fejlődés”-től határolja el magát és tart a fejlődésnek nevezett folyamat eskalációjától. Túlságosan nagy a kocká-

zata annak, hogy az ölés ragályos betegséggé válik, ha annak lehetőségét rászabadítjuk a társadalomra és nehéz lesz annak megálljt parancsolni.

A magyar jogrendszerben valóban fejlődésnek nevezhetjük a kezelés visszautasítása jogának az egészségügyi törvényben meghatározott feltételekkel szabályozott lehetőségét. E szabályozásban ugyanis megkapják szerepüket az általánosan elfogadott erkölcsi és jogi kritériumok, köztük a gyakorlati tapasztalatra alapított bölcs belátás, illetőleg a szenvedés és a halál keresztény értelmezése.

BLASKOVICH ERZSÉBET

A KLINIKAI TEOLÓGIA JELENTŐSÉGE AZ IDŐSGYÓGYÁSZATBAN

„Bizony, bizony, mondom neked: amikor fiatal voltál, felövezted magad, s oda mentél, ahova akartál. De ha majd megöregszel, kiterjeszted karod és más övez fel téged, és oda visz, ahová nem akarod.” /Jn 21, 18/

Jézus, Péter haláláról beszél, de szavai különösen érvényesek az idős emberek életvégi történéseire jelenleg is. A „...más övez fel téged, és oda visz, ahová nem akarod”, napjainkban a kórházi elhelyezésről szól, mert az idősek 80 %-a kórházban hal meg, tehát az életvégi kórházi ellátás minősége döntő társadalmi és személyes érdek.

A kórházi ellátás függ:

- az egészségügyi intézmény **szakmai és technikai színvonalától,**
- a dolgozók képzettségétől, leterheltségétől, **értékrendjétől,**
- a civil segítők munkájának intenzitásától és **elfogadottságától,**
- és a kórházi pasztorációtól, melyet **klinikai teológiának**¹ nevezünk

A klinikai teológia kifejezés hangsúlyozza, hogy a gyógyító munka szerves része a kórházi pasztoráció és nem ájtatoskodásként kell kezelnünk, leereszkedő jóindulattal megengedve a lelki betegellátást az egyházi felekezetek képviselőinek a kórházi osztályokon. Ugyanis az idős betegekkel kapcsolatos feladatokat is a testi, szellemi, lelki és szociális ellátás egységében szemléljük, ahogy a WHO definíciója 1989-ben meghatározta²: „Health is a dynamic state of complete **physical, mental, spiritual and social well-being** and not merely the absence of disease or infirmity.” (Az egészség a fizikális, mentális, spirituális és szociális jóllét dinamikus egysége és nem a betegség vagy a gyengeség hiánya.)

Hagyományosan a kórházi gyógykezelésen a szomatikus beavatkozásokat értjük elsősorban. Ezzel is foglalkozunk legtöbbit és legtöbben: az ápolás maga, a vizsgálatok,

a gyógykezelések, műtétek, rehabilitációs manőverek, protetikumok, stb., mind a testi jóllétet szolgálják. Ide sorakoznak fel az orvosok, ápolók, társszakmák képviselői, önkéntes segítők és a család.

Az idős kori mentális betegségek, viselkedési és gondolkodási zavarok mögött is legtöbbször szomatikus elváltozások, (exsiccosis, hypothyreosis, arteriosclerosis, vérnyomás problémák, keringési zavarok, stb.) állnak.

A szellemi kapacitás és az érzelmek kérdéskör az idős embereknél más megvilágításba kerül, mivel a testi funkciók visszafordíthatatlanul pusztulnak, még fizikai tréning esetén is, sőt a túlzásba vitt időskori sportolás végzetes is lehet (szívritmus zavarok, agyi keringési elégtelenség, fraktúrák és ruptúrák, stb.), ugyanakkor egyre jobban pótolható sok szerv működése a látásjavítástól a mozgásképességet segítő eszközökig.

A mentális funkció más. Aki elveszíti a gondolkodási képességét, annak szétesik az egyénisége, ami semmivel sem pótolható. A szellemi hanyatlás ellen küzdeni kell: a folyamatos, aktív és igényes szellemi munka (melynek kontraindikációja nincs), valamint a társas kapcsolatok fenntartása segít, mert a valakihez-valamihez tartozás alapvető létfenntartási paraméter. Legfontosabb a család, de baráti kör, ima-csoport vagy más civil közösség szerepét is hangsúlyozni kell. Az izoláció depresszióhoz vezet, ami siettet a végső leépülést. A klinikumból ismert, komplex mentális és szomatikus érintettséggel járó kórformák, mint az Alzheimer-, vagy a Parkinson-kór nem korhoz kötött betegségek, időseknél az előrehaladó érlelmeszesedés és az agyállomány-vesztést okozó egyéb betegségek (pl. agyi embolizáció) társulása miatt halmozódnak, (úgynevezett szekunder vagy kevert formák). Nem korhoz kötött a psychosisok jelentkezése sem, mely mögött szintén állhat szomatikus betegség, pl. agydaganat is. A klasszikus elmezavarok (a paranoid schizophrénia, a bipoláris affektivitással járó mániás depresszió, stb.) nem halmozódnak idősekben, előfordulásuk minden korcsoportban megfigyelhető.

Ami fokozódik idős korban, az a szorongás mértéke. Még a teljes anyagi biztonságban, szerető családtagok körében élő idős ember is szorong: türelmetlen, mérgelődik, szomorkodik. Fél. Különösen az, aki egyedül él és eddig is nehezen látta el önmagát. Azt kérdezik a leggyakrabban: „Mi lesz velem?” (Értsd: mi van még hátra ebben az életben, és mi lesz odaát).

Minden félelem alapja a halálfélelem. A halálfélelemmel mindenki egyénileg küszködik, elfolytja, szomatizálja, vagy belekapaszkodik vallásos meggyőződése fogódzóiba. Függsz a személyiségtől, az aktuális szellemi és lelki állapottól, a családi-baráti kapcsolattrendszerrel, a kórházi osztály légkörétől és nem utolsósorban az idős ember istenkapcsolatától.

Elizabeth Kübler-Ross³ tudományos megfigyeléseire támaszkodó közléseiből az 1970-es évek óta tudjuk, hogy a halállal szembenézni a legtöbb ember számára elfogadhatatlan: vagy pszichotikus állapotba vagy öngyilkosságba menekülnek sokan, ha megtudják, hogy pl. rákbetegségük miatt hamarosan vége lesz az életüknek. (Ezért sikeres az eutanázia propaganda.) Kivételt csak a mélyen hívő, Istenre hagyatkozó gyógyíthatatlanok között talált az egyébként hitetlen pszichiáter. Mindez olyan impresszionáló volt Kübler-Ross számára, hogy elkezdett a keresztény tanítással foglalkozni, melynek az lett az eredménye – ami pl. Edit Stennél is, akit ma a Keresztről nevezett szent Terezia Benedicta⁴ néven tisztelünk, – hogy Kübler-Ross is keresztény hitre tért.

Az életük vége felé közeledők félelmeinek leküzdésében segíthetnek az egészségügyi szakemberek: nővérek, gyógytornászok, a mentálhigiene vagy a pszichológia idősellátásra szakosodott képviselői.

Ki kell emelni az ápolónők szerepét. A legszorosabb kapcsolatban ők vannak a betegekkel. Ha kellő szakmai szinten és valódi emberséggel – nem sztereotip aranyoskodással – bánnak az idősekkel, nagyon sokat tehetnek azért, hogy senki ne zuhanjon halált sürgető kétségbeesésbe. Teréz Anya álláspontját ismételten hirdetjük⁵ :

„Azok az emberek vágnak a halál után, akik úgy érzik, nem szeretik, elutasítják őket. Szeretettel és figyelemmel kell feléjük fordulnunk, az mindig a legjobb orvosság. Sokan eldobták maguktól az életet, pl. amikor megtudták, hogy AIDS vagy rák-betegek. Amióta törődünk velük, egyetlen egy sem lett öngyilkos. Szép halált halnak.”

Rendkívül pozitív a gyógytornászok szerepe. Türelmes hozzáértéssel segíthetnek az idősek mozgás-tartományának kiszélesítésében, (kiültethető, majd járókerettel mobilizálható lesz, stb.), a javulás pedig reményt visz a betegek életébe.

Idősellátásra szakosodott pszichológusokkal ill. a mentálhigiene képviselőivel csak az önkénteseink között találkoztam. Tapasztalatom szerint nagyon eredményes a személyes törődésnek ez a formája is. Jelenleg főállásban idősgyógyászati osztályokon nem alkalmaznak – sajnos – ilyen szakembereket.

Kóros mértéket elérő nyugtalanság, delírium esetén a geriáterek, a neurológusok, a pszichiáterek, vagyis a szakorvosok következnek. (Verbális, metakommunikatív és gyógyszeres lehetőségek állnak rendelkezésre.) Alapszabály, hogy a szomatikus okokat fel kell tárni, és gyógykezelní kell, mielőtt az antipszichotikumokat alkalmaznánk. Nagyon fontos, hogy nem szabad a beteget a „nyugtatókon felejtetni”, az akut tünetek elmúltával fokozatos dózisszökkentés és folyamatos belgyógyászati szemléletű kontroll szükséges. A folyadékpótlás, a keringés támogatása, a laborok ellenőrzése elengedhetetlen!

Vannak olyan helyzetek, amikor sem az egészségügy, sem a családi-baráti kör nem segíthet, csak egy módon, a lelkeszi látogatás elősegítésével.

Ideális esetben a kórházba érkezéstől kezdve folyamatos a lelkipásztori jelenlét, mert az ima és a rituális szertartások biztonsága a halálfélelem leghatásosabb ellenszere: **„Bocsánatot nyertek bűneid. Menj békével!”** (Lk 7,36-50) Nincs olyan gyógyszer, mely ennél hatékonyabban oldaná a szorongást!

„Teréz Anya 1983 júniusától kezdve egészségileg számos válságos időszakon ment keresztül. Az első alkalommal a római Salvator Mundi kórházba került, a második és nagyobb krízis Kalkuttában volt 1989 szeptemberében. A Woodland’s Nursing Home-ba vitték. Mindkét helyen engedélyezték, hogy naponta a betegszobában szentmisét hallgasson és szentségimádást folytathasson. **„Ahogy a testnek szüksége van táplálékra, éppúgy szükséges a lélek táplálása is”** – tanította és személyes példájával igazolta.”⁶

Tehát a vallásgyakorlástól a betegség ne válasszon el senkit, mert ilyenkor még nagyobb szükségünk van Isten segítségére!

Az emberi lélek Isten utáni vágyódása különböző, és mindig nagyon személyes, mégis alapvetően 3 típust lehet megkülönböztetni⁷.

Az 1. csoportba a mélyen hívő, istenfélő, vallásgyakorló emberek tartoznak – felekezettől függetlenül – csodálatosan készülnek az örök életre. Ha lehetőségük van, igen

nagy áldozatok árán is (kényelmetlenség, fájdalom) részt vesznek a Szentmisén vagy Istentiszteleten, ezért rendkívül fontos az intézeten belüli kápolna vagy imaszoba biztosítása.

Aki állapotának súlyosbodása miatt ágyát elhagyni már nem képes, feltétlenül igényli a lelkipásztori látogatást, él a bűnbánat és a feloldozás, a bűnbocsánat szentségének megnyugvást hozó erejével, a szentáldozásban mintegy elővételezi az Istennel való személyes találkozás boldogságát. Felveszi a betegek kenetét, vagy erőt merít az Ige meghallgatásából, a zsoltárok reményéből, az ima egyedülálló hatásából. Készül visszatérni az atyai házba. Tudja, hogy maga a Szeretet várja. Visszatekint életére, már mindent elrendezett, szent Pállal elmondhatja, hogy „a hitet megtartottam” és csendes várakozással néz a nagy esemény, a földi halál és az égi születésnap elé. Az ilyen beteg áldás az osztályon, mert köré gyűlnek a bizonytalanok, őt utánozva próbálják régen elfelejtett vallási ismereteiket előhívni azok, akik ezt még megtehetik.

Ezekről a betegektől válik hívővé sok orvos (ld. Elizabeth Kübler-Ross) és ápolónővér, mert megtanuljuk tőlük, hogy a szenvedésnek is lehet értelme, a halál pedig nem vég, hanem kezdet.

A 2. csoport a hitében bizonytalan, vallását alig gyakoroló, a hitigazságokat csak részben ismerő, de Isten létét elfogadó emberek széles skálája. Nekik van igazán szükségük a segítségre, mert haldoklásuk vergődés, félelem, lelkiismeret furdalásuk erős, bátorságuk kevés. Ők azok, akik nem mernek szembenézni közelgő halálukkal. Sokan közülük a lelkipásztori látogatást elutasítják azzal, hogy még nem akarnak meghalni. Tévesen azt hiszik, hogy papra csak a halálán lévőknek van szüksége

Nagyon jól meg lehet figyelni, ha az első csoportbeli gyakorló keresztényhez lelkipásztor érkezik, mennyire vágyakoznak a többiek is, hogy részesüljenek áldásban, kapjanak szentképet, sokszor előfordul, hogy egyetlen beteghez hívunk papot, mégis az egész kórterem bűnbánatot tart, aki teheti él a szentségek felvételével is. Az isteni jelenlét ilyenkor szinte tapintható: minden beteg megszépül, mosolyog, sokan sírnak, de ezek a megnyugvás, a megkönnyebbülés könnyei. Béke van a betegek arcán.

A 3. csoportba a „hitetlenek”-et soroljuk. Nagyon kevés az a beteg, aki halálos ágyán, istentagadó lenne. A teológusok szerint valódi ateizmus nincs, mivel az - Istentől kapott - emberi lélek sóvárgását a Szeretet után nem lehet a tudat, az emberi értelem eszközeivel teljesen elfojtani. Ennek tulajdonítjuk, hogy valamiféle megtérés mindig van. Sokszor sem a család, sem a környezet nem veszi észre, még talán a betegben sem tudatosul, hogy bűnbánata révén már meg is indult Isten felé.

Az „ateizmus”-sal kapcsolatban szeretnék emlékeztetni arra a sokak által ismert tényre, hogy Jozsif Visszarionovics Sztálin, Kádár János és sok más kommunista vezető papot kért a halálos ágyán. Kerényi Lajos atya személyes tapasztalataira támaszkodó közléseiből tudjuk, hogy számos „véres” pártkatonára bánta és gyónta meg bűneit a halála előtt. Kerényi atya⁸ ezt írja: „...immár 40 éves tapasztalatom, hogy gyakorlatilag senki nem hal meg Isten felé nyitás nélkül”

A lelkipásztori szolgálat tehát szerves része kell, hogy legyen, a betegellátásnak – különösen idős betegek és haldoklók között. Teréz Anya tanítja: „Éppúgy, ahogy az Ige megtestesült, hogy közöttünk és bennünk éljen, a papságot szintén azért kaptuk, hogy

az ő élő szeretetük legyen Isten szeretete az emberiség számára”. Több évtizedes kórházi munkám mindenben alátámasztja Kerényi Lajos atya tapasztalatait, és megerősít abban, hogy Teréz Anya nyomdokait kell követnünk: „Amire mindenki vágyakozik, az a Szeretet, a Szeretet pedig maga Krisztus. Ő szomjazik az emberi lelkek szeretete iránt. Krisztus szomjának enyhítése a mi hivatásunk.”

Meggyőződésem, hogy az Élő Szeretetet kell nekünk, orvosoknak is közvetítenünk a betegek felé. Ehhez éppen a magyar orvosoknak olyan példaképünk van, akit az Egyház oltárra emelt, és az egész világ ismeri és tiszteli: Boldog Dr. Batthyány Strattmann László.

A gyógyítás szakralitását csodálatosan ábrázolja Angyal Júlia festőművész Batthyány oltára (mely a Budai Ciszterci Szent Imre templomban látható).

Sokszor halljuk, hogy a gyógyítás művészet, a gyógyításhoz intuíció kell, nem elég a lexikális tudás, esetenként még a tapasztalat sem. Nagyon sok orvos megvallja, hogy műtét előtt, vagy problémás eseteknél imádkozik. A betegek tévedhetetlenül a hívő orvost választják. Azok is, akik nem vallásosak! A gyógyítás szakrális jellege változatlan. A mai orvosok és egészségügyi dolgozók közül legtöbben tulajdonképpen elveszítették ezt a transzcendens erőt. Ami nem kisebb kudarcok forrása, mint pl. az eutanázia!

Magától értetődő volt a kereszténység elterjedésével, hogy az egyház működteti a kórházakat, és a megfelelő képzettségű papok és szerzetesek végezték a gyógykezelést, buzgó imádkozás közepette, alázatban, mivel tudták, hogy Isten gyógyít általuk. Ha Istent kihagyjuk a gyógyításból, az életvégi ellátás menthetetlenül eutanáziához vezet: ami a gyilkossággal megvalósuló öngyilkosság minősített esete.

Boldog Dr. Batthyány Strattmann László birtokában volt a hatalmas isteni erőforrásoknak, meg is lett az eredménye égen és földön egyaránt: a szent orvosok sorába léphetett. Boldog Kalkuttai Teréz Anya pedig az egyház és világtörténelem egyetlen kanonizált Nobel-díjasa.

Az Egyház tudja a dolgát: Budapesten 2003. óta központosított, telefonon bármikor elérhető kórházi pasztorációs szolgálat működik. A telefonszámot hirdető plakáton - minden kórházban – olvasható a Jakab levél részlete:

„Beteg valaki közületek? Hívassa el az egyház előljáróit, és azok imádkozzanak fölötte s kenjétek meg olajjal az Úr nevében...ha pedig bűnöket követett el, bocsánatot nyer.” (Jak 5, 14-15).

Nekünk tehát **segítenünk kell abban, hogy a beteg és az egyház képviselői találkozhassanak.** Nagyon hathatós a keresztény orvos példája. A nővérek és a többi orvos is követi, de legalább megismeri a gyógyítás transzcendens értelmét: a lélek mentését.

Az orvosegyetemeken szükséges lenne – a bioetika vagy a geriátria keretében, de akár önálló diszciplínaként – **a klinikai teológiát is oktatni**, hogy a tudatlanság közönye ne vigye el az idősellátást az eutanázia poklába.

XVI. Benedek pápa⁹ Spe Salvi II. enciklikájában írja:

„Sokan azt gondolják, Jézus üzenete csak egyes embereknek szól, a lélek üdvösségre törekvését az élet és felelősség előli menekülésként, a kereszténység programját üdvegoizmusként fogják fel...”

...de van egy szilárd alapunk, Jézus Krisztus. Ha mi megmaradunk ezen az alapon és ráépítjük az életünket, akkor tudjuk, hogy ettől az alaptól a halálban sem szakadunk el”

Assisi Szent Ferenc imája¹⁰ pedig egzakt összefoglalása a kérdéskör lényegének, egyben válasz az eutanáziára is:

„Áldjon, Uram,
Testvérünk a testi halál,
Akitől élő ember el nem futhat.
Akik halálos bűnben hálnak meg, jaj azoknak!
És boldogok, akik magukat megadják
A Te szent akaratodnak:
A második halál nem fog fájni azoknak.”

IRODALOMJEGYZÉK:

1. Bakó Csongor István: „Logoterapeutikus Kórházpasztoráció Psychoonkológiai Kontextusban” Doktori értekezés, Kolozsvár, 2013. 1.2.5. Kórházpasztoráció (Klinikai lelkipozítás) „Klinikai teológia” 46-47.old
2. The World Health Assembly to modify the preamble of the Constitution accordingly: World Health Organization (1998) Executive Board 101st Session, Resolutions and Decisions, EB101.1998/REC/1, p.52-53.
3. Kübler-Ross, Elisabeth: „A halál és a hozzá vezető út” Gondolat kiadó 1988. (Eredeti kiadás ”Death & Dying” was published in 1969)
4. Teresa Benedict of the Cross Edith Stein (1891-1942) *nun, Discalced Carmelite, martyr* http://www.vatican.va/news_services/liturgy/saints/ns_lit_doc_19981011_edith_stein_en.html
5. Blaskovich E.: „Az eutanázia és a keresztény bioetika” (tanulmány) in Filó Mihály szerk. „Párbeszéd a halálról” Az ELTE Állam és Jogtudományi Kar tanulmánykötete, 193-209. old. Literatura Medica Kiadó 2011.
6. Fr. Sebastian Vazhakala, MC : „Élet Teréz Anyával” – magyar kiadás 2013. Budapest,folyamatban. (Eredeti kiadás címe és kiadója: Life with Mother Teresa, My Thirsty-Year Friendship with the Mother of the Poor. Published by St. Anthony Messenger Press Cincinnati, Ohio 2004)
7. Blaskovich E., Iván L.: „Idős betegek és haldoklók ellátása Kalkuttai Teréz Anya szerint” (gero-thanatológiai szakkönyv), a Szociális és Családügyi Minisztérium kiadványa Budapest 2001.
8. Kerényi Lajos: „Megyek...és meggyógyítom!”Szent Gellért Kiadó és Nyomda, Budapest,10.old.
9. XVI. Benedek pápa: Spe Salvi II. enciklikája, Szent István kiadó 2008.16. fejezet
10. Assisi Szent Ferenc: Naphimnusz, részlet (Városi István fordítása)

A Magyar Bioetikai Társaság 2013. szeptember 21-i Nemzetközi Konferenciáján elhangzott előadás szerkesztett változata.

AZ „EUTANÁZIA” ÁS A TÚLBUZGÓ GYÓGYÍTÁS ELFOGADHATATLANSÁGA²⁸

1. Az „eutanázia” megítélése

A katolikus egyház tanítása²⁹ szerint az „eutanázia” erkölcsileg és jogilag *rossz* magatartás, a szándékos *emberölés* fajtája.³⁰ A *passzív* forma esetében a beteg életének megmentésére kötelezett személy (orvos) nem fejt ki olyan tevékenységet (nem tanúsít olyan aktív magatartást), amelynek megtételére *reális* lehetősége van, és amely megakadályozza a halálos eredmény bekövetkezését.³¹

A II. Vatikáni Zsinat *Gaudium et Spes* kezdetű lelkipásztori konstitúciója 27. pontjában kimondja: „...minden, ami az élet ellen irányul: az emberölés bármely formája, a népirtás, az abortusz, az eutanázia és a szándékos öngyilkosság... mindezek és a hozzájuk hasonlóké kétségtelenül szégyenletes gaztettek, s miközben tönkreteszik az emberi civilizációt, inkább az elkövetőiket szennyezik be, mint azokat, akik elszenvedik a jogtalanságot, és a legnagyobb mértékben ellenkeznek a Teremtő tiszteletével.”

A II. János Pál pápa által törvényerővel kiadott³² *Katolikus Egyház Katekizmusa* értelmében: „Bármilyen legyen is indítéka vagy eszköze, a közvetlen eutanázia azt jelenti, hogy a fogyatékos, beteg vagy halál közelében lévő személyek életének véget vetnek.

28 Elhangzott a Magyar Bioetikai Társaságnak Az életvégi döntések etikai kérdései című, 23. Nemzetközi Konferenciáján, Budapesten, 2013. szeptember 21-én, a Pázmány Péter Katolikus Egyetem Jog- és Államtudományi Karának II. János Pál pápáról elnevezett dísztermében.

29 Vö. 1983. évi Codex Iuris Canonici (CIC) 749-750., 752-754. kánonok; Az Egyházi Törvénykönyv, A Codex Iuris Canonici hivatalos latin szövege magyar fordítással és magyarázattal, Szerkesztette, fordította és a magyarázatot írta: Erdő Péter, Szent István Társulat, az Apostoli Szentzsák Könyvkiadója (SZIT), Bp., 42001. (1248; ET) 555-558.; Erdő Péter, Egyháztörvény (Szent István kézikönyvek 7.), SZIT, Bp., 42005. (878) 397-399.

30 Vö. pl. II. Vatikáni Zsinat, *Gaudium et Spes* kezdetű lelkipásztori konstitúció az Egyház és a mai világ viszonyáról, Róma, 1965. december 7., in Acta Apostolicae Sedis (AAS) 58 (1966) 1025-1115. (GS), 27. pont – a „bensőleg rossz” magatartások körében idézi: II. János Pál pápa, *Veritatis Splendor* kezdetű enciklika a katolikus Egyház minden püspökének az Egyház erkölcsstanának néhány alapvető kérdéséről, 1993. augusztus 6., in AAS 85 (1993) 1133-1228., Pápai Megnyilatkozások (PM) XXIV., SZIT, Bp., 1993. 149 (fordította: Diós István; VS), 80. pont; A Katolikus Egyház Katekizmusa (1997. augusztus 15.), A latin mintakiadás fordítása, SZIT, Bp., 2002. 863 (fordította: Diós István; KEK), 2277., 2324. pont; II. János Pál pápa, *Evangelium Vitae* kezdetű enciklika az élet védelméről, 1995. március 25., in AAS 87 (1995) 401-522., PM XXVI., SZIT, Bp., 1995. 152 (fordította: Diós István; EV), 57., 65. pont (vö. uo. 66. pont), 73-74. pont; Hittani Kongregáció, *Iura et bona* kezdetű nyilatkozat az eutanáziáról, 1980. május 5., in AAS 72 (1980) 542-552. (IB); Egészségügy Pápai Tanácsa, *Az Egészségügyben Dolgozók Chartája*, Vatikánváros, 1994., in Római Dokumentumok IX. Az Egészségügy Pápai Tanácsa dokumentuma, SZIT, Bp., 1998. 134 (fordította: Leszkovszky Gy. Pál; EDC; részletesen idézve az IB-t), 120., 147., 150. pontok; Magyar Katolikus Püspöki Konferencia, *Az élet kultúrájáért, A Magyar Katolikus Püspöki Konferencia körlevele a bioetika néhány kérdéséről*, Bp., 2003. (SZIT, 146; MKPK 2003. évi bioetikai körlevele), 68. pont (utalva az „eutanázia” szó jelentésváltozásaira), 71., 73-76. pontok (idézve az IB, az EV és az EDC „eutanázia”-definícióját), 78., 80., 95., 115-116. pontok. Vö. „öngyilkosság”: pl. KEK 2280-2283., 2325. pontok; EV 66-67. pont.

31 Vö. pl. MKPK 2003. évi bioetikai körlevele 68. pont („...Ha a halált közvetlenül mulasztás okozza, és a szándék a halál előidézésére irányul – még ha humanitárius szempontok vezérlik is a cselekvőt –, akkor a szó szoros értelmében vett eutanáziáról van szó. ...”).

32 Ld. *constitutio apostolica*: a KEK francia nyelvű kiadását 1992. október 11-én elrendelő, *Fidei depositum* kezdetű apostoli rendelkezés; *litterae apostolicae*: a KEK latin nyelvű kiadását 1997. augusztus 15-én elrendelő, *Laetamur magnopere* kezdetű apostoli levél. Vö. CIC 29. kánon. Vonatkozó irodalom: Erdő P., *Egyháztörvény*... 91-95.

Ez erkölcsileg elfogadhatatlan. Ezért minden olyan cselekedet vagy mulasztás, amely akár önmagában, akár szándékosan halált okoz azért, hogy megszüntesse a fájdalmat, az emberi természet méltóságával és Teremtőjének, az élő Istennek tiszteletével súlyosan ellenkező gyilkosság. A téves ítélet, amelyet jóhiszeműen hozhat az ember, nem változtatja meg e mindig elítélendő és elkerülendő gyilkos tett természetét.”³³

II. János Pál pápa az *Evangelium Vitae* kezdetű enciklikájában azzal a tekintéllyel, amelyet Krisztus adott Péternek és utódainak, közösségben a katolikus Egyház Püspökeivel, megerősítette, hogy „az ártatlan emberi élet közvetlen és szándékos kioltása mindig súlyosan erkölcstelen”.³⁴ Az enciklika megfogalmazásában: „...az eutanázián a szó szoros értelmében olyan cselekvést vagy mulasztást értünk, mely természete és a végrehajtó szándéka szerint halált okoz, azzal a céllal, hogy megszüntessen minden fájdalmat. »Az eutanázia tehát a szándékban és a használt módszerekben van.«”³⁵ A Szentatya összhangban Elődei tanításával és közösségben a katolikus Egyház Püspökeivel azt is megerősítette, hogy „az eutanázia Isten Törvényének súlyos megsértése, mert egy emberi személy szándékos megölése, ami erkölcsileg elfogadhatatlan.”³⁶

Az enciklika azt is tartalmazza, hogy: „Az abortusz és az eutanázia” „olyan bűntettek, melyeket semmiféle emberi törvény nem törvényesíthet. Az ilyen jellegű törvények nem kötelezőek a lelkiismeretre, sőt azzal a súlyos kötelezettséggel járnak, hogy lelkiismereti alapon kell szembeszegülni velük. ... Ha tehát egy törvény természete szerint igazságtalan – pl. az abortuszt vagy az eutanáziát engedélyezi –, soha nem szabad alkalmazkodni hozzá, és nem szabad »részt venni egy ilyen törvényt támogató kampányban, sem rászavazni«.”³⁷ „...A választás olykor fájdalmas, és megkövetelheti az embertől, hogy fölládozzon bizonyos állást vagy lemondjon az őt törvényesen megillető előmenetelről. ...”³⁸

Az *Egészségügyi Dolgozók Lelkigondozásának Pápai Tanácsa az Egészségügyben Dolgozók Charitájában* – amely a *Hittani Kongregáció* jóváhagyásával került kiadásra – ugyancsak kimondja, hogy: „...Az eutanázia az emberölés egyik fajtája, amit semmilyen cél sem igazolhat. Eutanázia alatt olyan cselekedetet vagy mulasztást értünk, amely természeténél fogva vagy valakinek a szándéka szerint halált idéz elő, minden szenvedés kiküszöbölésének céljából.”³⁹

„Az eutanázia felborítja az orvos–beteg viszonyt. A betegek részéről azért, mert úgy viszonyulnak az orvoshoz, mint olyasvalakihez, aki a halált hozhatja a számukra. Az orvosok részéről azért, mert többé nem abszolút módon az életet garantálják: a betegek

33 Ld. KEK 2277. pont; 2324. pont: „A szándékos eutanázia, bármi legyen az indítéka vagy a módja, gyilkosság. Súlyosan ellenkezik az emberi személy méltóságával és Teremtője, az élő Isten tiszteletével.”

34 Ld. EV 57. pont. „E tanítást – mely azon íratlan törvényen alapszik, melyet az értelem világosságával minden ember megtalál a saját szívében (vö. Róm 2,14-15) – megerősíti a Szentírás, folyamatosan továbbadja az Egyház Hagyománya és hirdeti a rendes és egyetemes Tanítóhivatal.” (ld. uo.).

35 Ld. uo. 65. pont.

36 Ld. uo. „E tanítás a természetes erkölcsi törvényen és a Szentíráson alapszik, az Egyház Hagyománya továbbadta, és tanítja a rendes és egyetemes Tanítóhivatal.” (ld. uo.). Ld. még uo. 66. pont.

37 Ld. uo. 73. pont.

38 Ld. uo. 74. pont.

39 Ld. EDC 147. pont. Vö. uo. 120. pont: „...Az élelem és folyadék adagolása, még mesterségesen is, része a betegeknek mindig megillető normális kezelésnek, ha ez nem terhes számukra: jogtalan beszüntetésük egyenlő lehet a szó szoros értelmében vett eutanáziával.”

félni fognak, hogy az orvos halálukat okozhatja. Az orvos–beteg viszony az élet felé irányuló bizalmi viszony és meg kell maradnia ezen a vonalon.⁴⁰

„Az eutanázia »bűncselekmény«, amelyben az egészségügyben dolgozók, akik mindig és kizárólagosan csak az élet őrei, semmilyen módon sem működhetnek közre. Az orvostudomány szempontjából »a megadás hátralépését« jelenti, »egyszersmind a haladók személyi méltóságának megsértését.«⁴¹

„Megosztani valakivel öngyilkos szándékát és segíteni őt az úgynevezett »segített öngyilkosságban« (suicidium adiutum) azt jelenti, hogy bűntárs, olykor fő cselekvő lesz az ember egy olyan igazságtalan cselekedetben, melyet semmi módon nem lehet igazolni, még akkor sem, ha kérték. »Nem szabad – írja Szent Ágoston meglepő aktualitással – mást megölni: akkor sem, ha akarja, akkor sem, ha kéri, s már nem maradhat életben... és segítséget kér ahhoz, hogy a lélek el tudjon szakadni a testtől.«⁴²

2. A túlbuzgó gyógyítás elutasítása

A „*túlbuzgó gyógyítás*” („terápiás túlbuzgóság”) elutasítása, a beteg állapotának figyelembevételével rendkívülinek, aránytalannak, *túlságosan* terhesnek, haszontalannak minősülő orvosi kezelésekről, beavatkozásokról való lemondás, a közeli és elháríthatatlan, a beavatkozások abbahagyásától függetlenül halállal járó betegség *természetes* lefolyását lehetővé tevő, megfelelő fájdalomcsillapító kezelést biztosító eljárás (a beteg ápolása és az élet *természetes* befejeződésének elfogadása) nem tartozik az „eutanázia” (a rossz) fogalmi körébe.⁴³

A *Katolikus Egyház Katekizmusa* értelmében indokolt lehet a költséges, veszélyes, rendkívüli vagy a várt eredményekhez képest aránytalan orvosi beavatkozások abbahagyása.⁴⁴ „Ilyen esetben a »túlbuzgó gyógyítás« visszautasításáról van szó. Nem ölni akarnak, hanem elfogadják a föltartóztathatatlan halált. A döntéseket a betegnek kell meghoznia, ha alkalmas (competens) és képes (capax) rá, egyébként a jogilag illetékeseknek, mindenkor tiszteletben tartva a beteg ésszerű akaratát és törvényes érdekeit.»⁴⁵

Az *Evangelium vitae* kezdetű enciklika megfogalmazásában: különbözik az „eutanázia”-tól „a döntés, amellyel valaki elutasítja az úgynevezett »túlbuzgó gyógyítást«, azaz olyan orvosi beavatkozásokat, amelyek nem felelnek meg a beteg állapotának, akár mert nincsenek arányban a várható eredménnyel, akár mert túlságosan nagy terhet jelentenek a betegnek és családjának. Ezekben a helyzetekben, amikor közeli és elháríthatatlan halál várható, tudatosan »el lehet utasítani olyan beavatkozásokat, melyek csak egy pislákoló és kínos élet megnyújtását hoznák, anélkül azonban, hogy megszakítanák az ilyen állapotban normálisnak tekintett eljárásokat.« Kétségtelenül fönnáll az erkölcsi kötelesség, hogy az ember gyógyítsa és gyógyíttassa önmagát, de e kötelezettséget a konkrét helyzetekhez kell mérni; tehát mérlegelni kell, hogy a rendelkezésre álló gyógyítási lehetőségek tárgyilagosan arányban állnak-e a várható gyógyulással. A rendkívüli vagy aránytalan beavatkozásokról való lemondás nem azo-

40 Ld. uo. 150. pont.

41 Ld. uo.

42 Ld. EV 66. pont. Vö. uo. 67. pont; KEK 2280-2283. és 2325. pontok.

43 Vö. pl. KEK 2278. pont; EV 65. pont; EDC 64-65., 119-124. pontok; MKPK 2003. évi bioetikai körlevele 68., 79., 89. pontok.

44 Ld. KEK 2278. pont.

45 Ld. uo.

nos az öngyilkossággal vagy az eutanáziával; sokkal inkább az emberi állapot elfogadása a halál színe előtt.⁷⁴⁶

„A mai orvoslásban különös jelentősége van az ún. »csillapító kúrának«, melyeknek az a rendeltetése, hogy elviselhetőbbé tegyék a fájdalmat a betegség utolsó szakaszában és a betegnek megfelelő emberi környezete legyen. Itt többek között az a probléma merül föl, hogy megengedhető-e bizonyos kábító és nyugtató szerek adása a fájdalom enyhítésére olyan esetekben, amikor az élet megrövidítésének veszélyével járnak. Dicséretre méltó ugyan az, aki tudatosan elutasítva a kábítást, vállalja a szenvedést azért, hogy megőrizze világos tudatát, vagy hogy mint hívő tudatosan részesedjék Krisztus szenvedéseiből, de az ilyen »hősies« magatartásra nem kötelezhető mindenki. Már XII. Pius tanította, hogy megengedett narkotikummal csillapítani a fájdalmat akkor is, ha ez korlátozza a tudatot és megrövidíti az életet, »föltéve, hogy az adott helyzetben más eszköz már nincs, s nem akadályozza meg más erkölcsi és vallási kötelességek teljesítését«. Ebben az esetben ugyanis a halált nem akarják és nem keresik, annak ellenére, hogy értelmes megfontolással látható a kockázata: egyszerűen hatékonyan akarják csillapítani a fájdalmat olyan szerek alkalmazásával, melyeket az orvostudomány rendelkezésre bocsát. Mindazonáltal »súlyos indok nélkül nem szabad megfosztani a beteget öntudatától«: a halálhoz közeledve az embereknek olyan állapotban kell lenniük, hogy eleget telessenek erkölcsi és családi kötelezettségeiknek, s mindenekelőtt teljes tudattal tudjanak fölkészülni a végső találkozásra Istennel.⁷⁴⁷

Az Egészségügyben Dolgozók Chartája A méltóságteljes halál cím alatt az alábbiakat foglalja magában: „A terminális állapotban lévő betegnél úgy határozható meg közelebbről az élethez való jog, mint »a teljes nyugalomban, emberi és keresztény méltósággal megélt halál joga«. Ezt nem lehet úgy értelmezni, mintha hatalmunk lenne arra, hogy az ember megölje magát vagy hogy erre másokat felhatalmazzon, hanem hogy emberi és keresztény módon tapasztalja meg a halált és ne meneküljön előle »bármilyen áron«. Manapság ezt a jogot kifejezetten kifejezésre juttatják az emberek, azért, hogy megvédjék magukat haláluk pillanatában »az olyan technikák alkalmazásától, amelyek a visszaélés lehetőségével járnak.«⁷⁴⁸

„A mai orvostudomány ténylegesen rendelkezik olyan módszerekkel, amelyek mesterségesen késleltethetik a halált, anélkül, hogy bármi reális előnye is származnék a betegnek. További súlyos szenvedés árán pusztán csak életben tartunk valakit vagy egy időre meghosszabbítjuk az életét. Ez az úgynevezett »terápiás makacsság (túlbuzgó kezelés)«, ami »olyan módszerek alkalmazásából áll, amelyek különösen kimerítőek és fájdalmasak a betegek számára és valójában mesterségesen meghosszabbított haldoklásra ítélik őket«. Ez ellentétes a haldokló személy méltóságával és azzal az erkölcsi kötelezettséggel, hogy elfogadjuk a halált és hagyjuk végül a maga útján lezajlani. »A halál az emberi élet elkerülhetetlen ténye«: nem lehet értelmetlenül késleltetni, menekülve előle mindenáron.⁷⁴⁹

„Annak tudatában, hogy »nem az élet urai, sem a halál legyőzői«, az egészségügyben dolgozóknak a módszerek közül »megfelelően, vagyis a beteggel kapcsolatot tartva

46 Ld. EV 65. pont.

47 Ld. uo.

48 Ld. EDC 119. pont.

49 Ld. uo.

és reális állapotukhoz alkalmazkodva kell választaniuk«. Itt alkalmazniuk kell a »megfelelő gondozás« – már idézett – elvét, amely pontosabban a következőképpen fogalmazható meg: »Amikor közeli és az alkalmazott eljárások ellenére elháríthatatlan halál várható, lelkiismeretben megengedhető az a döntés, hogy elutasítunk minden olyan beavatkozást, amelyek csak egy pislákoló és kínos élet megnyújtását hoznák. Nem szabad azonban abbahagyni az ilyen állapotban normálisnak tekintett eljárásokat. Ezért az orvosoknak nem kell nyugtalanodniuk, nem arról van szó, hogy elmulasztották volna, hogy segítsenek a veszélyben forgó emberen.« Az élelem és folyadék adagolása, még mesterségesen is, része a betegetek mindig megillető normális kezelésnek, ha ez nem terhes számukra: jogtalan beszüntetésük egyenlő lehet a szó szoros értelmében vett eutanáziával.⁵⁰

„Nem az orvosokra és munkatársaikra tartozó kérdés, hogy döntsenek egy egyén életéről vagy haláláról. Egyszerűen arról van szó, hogy orvosként »fel kell tenniük a kérdést és döntenük kell szakértelmük és lelkiismeretük szerint a rájuk bízott beteg életének és haldoklásának tiszteletteljes gondozásának tekintetében. Ez a felelősség nem jelenti mindig és minden esetben minden eszköz igénybevételét. Le is mondhatnak bizonyos módszerekről, hogy utat nyissanak az élethez hozzá tartozó halál békés és keresztény elfogadásának. Ez tiszteletet is jelent az ilyen módszerek alkalmazását elutasító beteg kívánságával szemben.«⁵¹

A *Magyar Katolikus Püspöki Konferencia* a 2003. évben, *Az élet kultúrájáért* címmel kibocsátott, a bioetika néhány kérdéséről szóló hiteles tanítóhivatali megnyilatkozásában,⁵² amelyben részletesen foglalkozik az „eutanázia” problémájával,⁵³ szintén rögzíti: „...nem beszélhetünk eutanáziáról akkor, amikor olyan kezelések vagy beavatkozások befejezéséről van szó, amelyek a beteg állapotának figyelembevételével aránytalannak bizonyulnak. Ebben az esetben a halál elkerülhetetlenül és az abbahagyástól függetlenül is bekövetkezik. Itt a kúra folytatása terápiás túlbuzgóságnak bizonyulna. Ez utóbbi kifejezés olyan orvosi beavatkozásokhoz való makacs ragaszkodást jelöl, amelyek nemcsak nem javítják a beteg állapotát, hanem egyenesen rosszabbá is teszik az ember életminőségét, vagy a gyötrelmes létállapotot hosszabbítják meg.”⁵⁴

50 Ld. EDC 120. pont.

51 Ld. uo. 121. pont. Vö. „Cor Unum” Pápai Tanács, *Dans le cadre kezdetű dokumentum a súlyos betegekkel és a haldoklókkal kapcsolatos etikai kérdésekről*, 1981. július 27., in *Enchiridion Vaticanum* 7, 1234-1281. („A földi élet alapvető, de nem abszolút jó. Ezért a valamely személy életben tartására irányuló kötelezettség határait közelebről meg kell határozni. A már körvonalazott különbség az »arányos« módszerek – amelyeket sohasem hagyhatunk el, hogy ne sietessük vagy okozzuk a halált – és az »aránytalan« módszerek között – amelyeket el lehet, és hogy ne essünk bele a terápiás makacsságba (túlbuzgó gyógykezelésbe), el kell hagynunk – döntő erkölcsi kritérium ezeknek a határoknak a közelebbi meghatározásában. Az egészségügy munkatársa itt jelentőségeltjes és biztató útmutatást talál a felelősségére bízott bonyolult esetek megoldásához. Különösen az állandó, maradandó kómás esetekre, rossz kórjóslatú daganatos kórállapotokra gondolunk, a súlyos állapotú és az élet végső szakaszában lévő öregekre.” – uo.); és EDC 122-124. pontok.

52 Ld. CIC 753. kánon. E megnyilatkozás nem önálló, nem új tanítást tartalmaz, hanem instrukció jelleggel foglalja össze a bioetika aktuális kérdéseit. A körlevelet a Konferencia püspök tagjai egyhangúan fogadták el, ezért azt az „*Apostolos suos*” kezdetű motu proprio rendelkezése alapján az Apostoli Szentszéknek nem kellett felülvizsgálnia [1998. május 21., IV. 1-2., in *AAS* 90 (1998) 657.]. Vö. CIC 212. kánon 1. §, 747-748., 754. kánonok.

53 Ld. MKPK 2003. évi bioetikai körlevele 68-120. pontok. A körlevél célja, hogy az élet védelmét eredményező szemléletváltáshoz – a hit tanítása útján – hozzájáruljon (ld. uo. 2. pont). E küldetést különösen azon élet elleni támadások teszik aktuálissá, amelyek a leggyengébbek és a legvédtelenebbek, a legkiszolgáltatottabbak – a születő gyermekek és a haldokló betegek – élete ellen irányulnak (vö. uo. 4-6., 12., 14. pontok, és EV 7-28. pontok).

54 Ld. MKPK 2003. évi bioetikai körlevele 68. pont.

A körlevél azt is kimondja, hogy: „Klinikai értelemben előfordulhatnak olyan esetek, amikor eltűnnek vagy megengednek bizonyos orvosi beavatkozásokat, amelyek elkerülhetetlenül, de nem szándékosan idézik elő a beteg halálát (bizonyos gyógyszerek alkalmazása, terhes kezelések abbahagyása olyan esetekben, ahol hitelt érdemlően megbizonyosodtak arról, hogy az öntudat már nem térhet vissza). Ezeket az eseteket régebben a passzív vagy indirekt eutanáziaként értékelték, melyek egyáltalán nem tekinthetők eutanáziának, hanem az emberi körülmény egyszerű elfogadásának.”⁵⁵

„Az egészségügyben dolgozóknak hivatásukhoz híven tartózkodniuk kell a terápiás túlbuzgóság minden formájától, és megfelelő ellátást (táplálás, folyadékellátás, a felfekvések kezelése, fájdalomcsillapítás) kell biztosítaniuk még a terminális állapotú betegek számára is, amely nélkül a halál sokkal több szenvedéssel járna, és emberhez méltatlan körülmények között következne be.”⁵⁶

A „túlbuzgó gyógyítás” elutasítása szempontjából az *arányosság* azt jelenti, hogy a betegen olyan mértékben kell orvosilag beavatkozni, amennyire az egészségének hasznára válik, sem jobban, sem kevésbé. Ezt a személy teljességét szem előtt tartva kell mérlegelni, figyelembe véve a betegség előre haladott állapotát, a beavatkozástól várható eredmények és a vele járó kockázat arányát.⁵⁷

Az *Egészségügyben Dolgozók Chartája* az *arányosság* és a *teljesség elvéről* a következőket foglalja magában: „Annak megállapítására és igazolására, hogy az adott konkrét esetben megvan-e a kellő arány, »a gyógyeljárásokat megfelelően kell értékelni, összehasonlítva a várható eredménnyel a kezelés jellegét, a vele járó nehézség és kockázat mértékét, a szükséges költségeket és az alkalmazás lehetőségét, számításba véve a betegek körülményeit valamint fizikai és erkölcsi erejüket.«”⁵⁸

„A kezelés arányosságának itt megfogalmazott elve az alábbiakban határozható meg közelebbről:

– »Más gyógymód híján megengedett, a beteg beleegyezésével, az orvostudomány legújabb módszereit alkalmazni, még akkor is, ha azok még csak kísérleti stádiumban vannak és nem nélkülözik a kockázat bizonyos elemeit.«

– »Meg szabad szakítani az ilyen módszerek alkalmazását, amikor az eredmények nem igazolják a beléjük vetett reményt,« mert nincs meg többé a kellő arány »az eszközök és személyzet ráfordítása« és »a várható eredmények« között vagy mivel »az alkalmazott eljárás a beteget az elérhető eredménynél nagyobb mértékű szenvedésnek és kellemetlenségnek teszi ki.«

– »Mindig szabad megelégedni az orvostudomány által széles körben használt eljárásokkal. Senki sem kötelezhető arra, hogy olyan jellegű gyógymódot alkalmazzon, amely jóllehet már egyes helyeken használatban van, azonban veszélyeit még nem küszöbölték ki vagy a beteg számára túl nagy terhet jelent.« Ennek visszautasítása »nem egyenértékű az öngyilkossággal.« Inkább »egyszerűen az emberi állapot elfogadását« jelzi vagy »azt a kívánságot, hogy ne alkalmazzunk a várható eredményhez képest aránytalanul veszé-

55 Ld. uo. 79. pont.

56 Ld. uo. 89. pont.

57 Vö. EDC 64-65. pont. Ld. Lucas Lucas, Ramón, *A bioetikáról mindenkinek*, Új Ember K., Bp., 2007. (186; fordította: Benkóczy Szabolcs; a fordítás alapjául szolgáló mű: *Bioetica per tutti*, Milano, 2002, Edizioni San Paolo) 25-29., 157-161., 163-170.

58 Ld. EDC 64. pont.

lyes gyógymódot, illetve azt az óhajt, hogy ne rójunk túl nagy terhet a beteg családjára vagy a társadalomra.”⁵⁹

Zárógondolatok

Véleményem szerint az olyan intézmények létrehozása, működése támogatandó, amelyek tartózkodnak a terápiás túlbuzgóságtól, szakszerű fájdalomcsillapító kezeléseket és teljes egészségügyi ellátást (pl. táplálást, folyadékellátást), együttérző, *tisztelet-* és *szeretetteljes* gondoskodást nyújtanak, megadva a betegeknek a szükséges *emberi* segítséget és *lelki* vezetéset.⁶⁰

Az emberi élet különösen akkor igényel *fokozottabb* tiszteletet, támogatást, gondoskodást, védelmet és szeretetet, ha kiszolgáltatott helyzetben (*beteg* állapotban) van az, akinek a méltóságától elválaszthatatlan, hogy az *élet* a fogantatás *pillanatától* a *természetes* halálig tart.⁶¹

59 Ld. uo. 65. pont. Vö. uo. 120. pont. A fentiek alapján látható: „az életre való feltétlen kötelezés gondolatát” – a kifejtettek szerint – a katolikus egyház is elutasítja; vö. Ulrich H.J. Körtner, *Recht auf Leben – Recht auf Sterben. Autonomie am Lebensende und ihre Grenzen (Jog az élethez – jog a halálhoz. Autonómia és az autonómia határai az élet végén)*, in *A MEÖT Szociáletikai Bizottságának, az MRE Doktorok Kollégiuma Rendszeres Teológiai Szekciójának, az EHE Rendszeres Teológiai és a DRHE Szociáletikai Tanszékeinek „Ideje van az életnek és ideje van a meghalásnak” című konferenciája, Debrecen, 2013. április 12.*, kézirat 8.: „Ha a protestáns egyházakban az életre való feltétlen kötelezés gondolatát el is utasítják, ...” (és uo. 6.).

60 Vö. pl. KEK 2276. pont („Különös tiszteletet igényelnek azok, akiknek élete fogyatékos vagy meggyengült. A beteg vagy fogyatékos személyeket támogatni kell, hogy a lehetőségekhez képest normális életet élhessenek.”), 2279. pont; EV 87-91. pontok; EDC 46-49., 108-118., 130-135., 148-149. pontok; „Cor Unum” Pápai Tanács, *Dans le cadre de la cadredokumentum a súlyos betegekkel és a haldoklókkal kapcsolatos etikai kérdésekről...* 1234-1281.; MKPK 2003. évi bioetikai körlevele 78., 82. pont, 83. pont („...különös jelentősége van a hospice ellátásnak, a palliatív kezelésnek és legfőképpen a szeretetteljes jelenlétnek..., amelyek biztosítják a méltóságos halált. ...”), 84., 89. pont; – ad további érvek az „eutanázia”-val szemben pl. MKPK 2003. évi bioetikai körlevele 85-120., 270., 278. pontok. Vö. Eütv. 99. § (1)-(4) bekezdés: „(1) A haldokló beteg gondozásának (a továbbiakban: hospice ellátás) célja a hosszú lefolyású, halálhoz vezető betegségben szenvedő személy testi, lelki ápolása, gondozása, életminőségének javítása, szenvedéseinek enyhítése és emberi méltóságának haláláig való megőrzése. (2) Az (1) bekezdés szerinti cél érdekében a beteg jogosult fájdalmának csillapítására, testi tüneteinek és lelki szenvedéseinek enyhítésére, valamint arra, hogy hozzátartozói és a vele szoros érzelmi kapcsolatban álló más személyek mellette tartózkodjanak. (3) A hospice ellátást lehetőség szerint a beteg otthonában, családja körében kell nyújtani. (4) A hospice ellátás magában foglalja a haldokló beteg hozzátartozóinak segítségét a beteg ápolásában, továbbá lelki gondozásukat a betegség fennállása alatt és a gyász időszakában.” A „hozzátartozói”, a „szoros érzelmi kapcsolatban álló más személyek”, az „otthon”, a „család” köre vonatkozásában: „a jó halál”, „amely a testi gyötrelmek türelmes elviselését, a családtagok segítő jelenlétét, a hű barátok vigasztalását és a lelki megnyugvást jelentette, azaz a középkori halálhoz az egyénnek a megváltozhatatlannal való szembenézésén túl hozzátartozott a környezet tevékeny jelenléte. A középkori halál épp akkor és ott jut válságba, ahol a környezet nem képes erre a segítő szerepre.” – Paczolay Péter, *„Halál, hol a te gyözelmed?” Halálpszemlélet a középkorban*, in *Világosság* 33 (1982/1) 29. (24-31.).

61 A téma részletesebb kifejtéséhez ld. pl. Hámori Antal, *A haldokló, beteg ember életének és méltóságának tisztelete az Egyház tanításában, Az „eutanázia” problémája erkölcsi-teológiai szempontból, profán szakirodalmi és jogi kitekintéssel* (Erkölcsi-teológiai Könyvtár 8. Sorozatszerkesztő: Tarjányi Zoltán), JEL K., Bp., 2009. 352 (imprimatur: Erdő Péter).

LELKIGONDOZÁS – AZ ISTENKAPCSOLAT SZOLGÁLATA ÉLET ÉS HALÁL HATÁRAIN

Inspiráló és megtisztelő számomra a Magyar Bioetikai Társaság konferenciáján megszólalni; és tanúságot tenni a hivatásomról, a betegek szolgálatáról: arról az útról, ami egészen közel vezetett az Isten után vágyódó emberhez.

Közel van a szívemhez és részt vállalok a Társaság törekvésében, értékeink tudatosításában, őrzésében és képviselésében. Lelkigondozóként – magam és munkatársaim – ezt sajátos módon, az emberi találkozásokban törekszünk szolgálni.

Az előadásra készülve különösen is megerősödött bennem az a felismerés, hogy az élet és halál határmezsgyéit járva lelkigondozóként mennyire vágyunk és szükségünk van arra, hogy a legfőbb érték, a szent kimondását, a határok kijelölését és jó használatát a többi gyógyító szakmával és minden értékelt emberrel együtt tegyük meg. Azt gondolom, ez minden ember-közeli, klinikai munkában így van.

A lelkigondozás, ez a mindig volt s most újra felfedezésre és megfogalmazásra váró lelkipásztori ág a személy szolgálat, feléje a krisztusi szeretet megélhetővé tétele azon a ponton, ahol éppen most szükségét szenved⁶².

A lelkigondozó figyelmének középpontjában a teremtett ember áll, hármass kapcsolati rendszerével. Az ember akkor él, ha kapcsolatban van Istenével, önmagával és a másik emberrel. Igen, a lelkigondozó fókuszában az ember áll, kapcsolataival és szükségeivel. Vallom: teremtés és a megtestesülés olyan erővel mutatja meg Isten emberszeretetét, hogy az emberre és a szükségeire odafigyelve kiáltó bizonyosság szerezhető Isten létéről.

Számomra kedves, definitív képe a lelkigondozásnak: ketten együtt a Harmadik vonzásában⁶³. Istenes Szent Jánost, az irgalmasok előképét Feszty Masa épp így festette meg: a betegápoló szent úgy karolja magához és tekint betegére, hogy az megsejteti a jelenlévő Harmadikat, a szerető és gyógyító Istent.

Mélyen hiszem és újra meg újra megtapasztalom, hogy kizökkent és megszenvedett világunkban Isten jelen van, az emberi sóhajokban, sokszor csak a vágyak szintjén. Hivatásom közel menni a krízis által megérintett és megnyíló, keresővé váló embertársához. Kiszolgáltatottságunkban nyitottá válunk a kegyelemre! A kórházaink a modern katedrálisok⁶⁴.

A lelkigondozó feladatát négy pontban szeretném bemutatni, közel hozni:

- mécsessé lenni
- atmoszférát, a bizalom légkörét megteremteni
- az értéket, a szent kimondásában bábáskodni
- embertársa mellett maradni, amikor ő a határok közelében jár

62 Wise, Carroll A.: The meaning of Pastoral Care, Harper and Row, 1966.

63 „The two together facing the Third” John I. Smith, az Association for Clinical Pastoral Education első elnöke 1961-1969, idézi dr. Tyler Dudley, személyes közlés.

64 II. János Pál Pápa gondolata.

A mécses szerephez példaként azt szeretném hozni, ahogyan az érték feltalálása, felismerése és közös értékként való megfogalmazása, majd hozzá alkalmas keretek kialakítása együttes munkával történt, ahogy a Lelkigondozó Szolgálatot küzdelmesen, a munkatársak közösségében létrehoztuk az Irgalmasrendi Kórházban.

A lelki gondozást nem a lelki gondozók nyújtják önmagukban az irgalmasoknál, hanem együtt-gondolkodó gyógyító csapatként működünk. A lelki gondozó szemlélete, a spirituális és pszichés szükségletekre való odafigyelése hat az orvosra és viszont, az orvos és a szakdolgozó tudása és nézőpontja a lelki gondozóra. A mécsesre emlékeztet engem ez a szerep. A lélek – s itt most gondoljunk mind a spiritualításra, a pszichére – léte és szükségéi egyre kevésbé kérdőjeleződnek meg, ám amikor jelen vagyunk egy-egy osztály életében, munkánkon keresztül tudatosul ez a két alapérték. A változás tehát nem bennünk rejlik, nyitott szemre és szerénységre van szükségünk!

Az Irgalmasrendi Kórházban 2000 nyara óta van ismét szervezett Lelki gondozó Szolgálat. Küzdelmes és nagyszerű útnak élem meg, amit tizenhárom év alatt a Kórház munkatársi közösségével kart karba öltve megtettünk a betegek, a családtagjaik és munkatársak szolgálatában és az élet normáinak mind tudatosabb használatában.

Elsőre idegen, sokak számára talán félelmet keltő volt a lelki gondozók érkezése, s az, ahogy megjelenésünk értékeket mutatott fele a keresztény egészségügyi intézményként újrainduló Irgalmasrendi Kórházban. Volt, hogy úgy éreztem, úgy fogadnak, mint a ház új, katolikus párttitkárát.

Értéket hordoztunk, ami a már ott dolgozó embereknek éppúgy fontos volt, mint nekünk, más kultúrában edződött ifjaknak. Kórházunkat az elnyomatás éveiben is bera- gyogta hitvalló társaink, orvos, ápoló, asszisztens, betegszállító kollégák aktív jelenléte. Hamar nyilvánvalóvá lett, hogy egymásra utalt – egymásnak teremtett – emberek vagyunk. Velük lettünk először munka-társak. Ennek az emberi és munkatársi kapocsnak a révén vagyok most itt.

Meg kellett ismerjünk a minket és szakmánkat befogadókat, közös nyelvet, meg- fogalmazásokat, működésmódokat kellett találunk. Együtt kerestük újra a helyét a lelki gondozásnak. Az értékek képviselője meggyőződésem szerint csak embertől-embe- rig, közösségben, párbeszédben lehetséges.

Alapot adott a befogadó rendi karizmája és Kozma Imre atya igenje. A befogadó szeretet, ahogy Istenes Szent János és követőinek hospitalitás-fogalmát ma gyakran fordítjuk, egybecsengett az egyszerű cselekedetekben megnyilvánuló irgalmassággal, a betegek szükségéire való figyelemmel, az egész ember szolgálatával, a lelki gondozás alapvetéseivel.

Lelki gondozóként a személy értékeinek, életében a Szent megjelenéseinek kimondá- sában bábáskodunk. Ennek feltételei vannak, atmoszférát kell teremtenünk, hogy ember az emberrel találkozzék, bizalom, biztonságérzet kell, hogy ébredjen a krízisben lévő embertársban.

A betegséggel, szenvedéssel, halállal szembesülő, a döntésre készülő ember krízis- ben van. Aki krízisben van, annak fészekre van szüksége. Az egyoldalú tanítás – bár- milyen igaz legyen is tartalmilag –, elmehet mellette, vagy ellenállást szül. A krízisben lévő ember nem befogadóképző a tanácsra. Az segít, ha embere van, akinek a tükrében össze és rendbe szedheti magát.

A „nincs emberem”⁶⁵ gyötrelmes felismerésére válaszként adódik, ha adjuk: „beteg voltam és meglátogattatok”⁶⁶. Az emberi gesztusokban alig bízunk már, leértékeljük őket. Felgyorsult, ingerekkel túlszűfolt világunk túlhangsúlyozza a cselekvést. Emberi hangra, odafigyelésre, kevésbé szavakra, mint jelen-létre van szüksége annak, aki bajban érzi magát – Isten jelenléte is olyan embereken keresztül érinthet minket, akik mellett megéljük, hogy fontosak vagyunk!

Egy asszonyt látogattam. Légzési nehézségei miatt intubálni kellett. Amikor mellé léptem, az én szavaim száma is megcsappant... Útitársak, partnerek lettünk. Erőitlen kézzel húzta közel az enyémet, amikor gyógyulásáért imádkoztam egy-két szóval. Arca fintorából, és sugárzásából tudtam, aznap hogy van. Kollégámnak mondta el, hogy mit jelentett ez a számára a bizonytalanság óráiban. Isten gondoskodik.

Veled vagyok⁶⁷ – mondja az Úr, A másik ember jelenléte által megvalósuló és megélhetővé váló isteni ott-lét ez. Ránk vár, hogy megélhetővé tegyük. Hittel, hogy Isten akarja, sőt keresi, felkeresi őt, közel jön, megtestesül.

A kapcsolat szentségéről van szó. Mert növekedni, gyógyulni, békességre lelni csak valódi kapcsolatban tudunk.

Értékek felismerését, kimondását szeretnénk szolgálni. Párbeszédre, ehhez első lépésként meghallgatásra van szükség.

Az igazság kimondása legtöbbször nem a lelkigondozó dolga. Legalábbis nem szóban, ám alapvetően fontos és megérződik állásfoglalása és erkölcsi döntése, miközben a szenvedő embert mindenestül szeretni és befogadni törekszik. Az értékeit, élete célját, értelmét, ami megtart, ami gyógyít, kereső embertársamnak kell megtalálnia és maga számára kimondania.

A kihívás abban áll, hogy visszataláljon a gyökereihez, saját értékeihez, a belső érzékéhez.

Egy szeretett testvérem számos beszélgetés után és során megszülető néhány személyes mondatában fejezi ki, ami számára szent – s ami, tudom erős kötelék és megtartja őket, túl alkoholizmuson, szepszisen: a családtagok elkötelezettsége, küzdelmesen nyújtott, ám valós és erős szeretetkapcsolata.

Meggyőződésem, ma is a legtöbbeknek „van fogalma” jóról és rosszról, működik a lelkiismerete, ám nem szoktuk meg, hogy nagy horderejű kérdésekben kimondjuk, amit a szívünk diktál s állást foglaljunk.

Az embereken elsősorban bizonytalanságot tapasztalok és számosak érdeke az elbizonytalanítás. Feladatunk, hogy a személyes döntések megszületésénél bábáskodjunk.

Közelebb kell lépnem, érteni a másik embert; ez nem azonos azzal, hogy egyetértek vele! Együtt érezni, a Jót vele keresni, benne megerősíteni, bízni benne és vele remélni. Megelőlegezett bizalmamra van szüksége a másik embernek és az elfogadásomra. Arra, hogy semmi sem tántorítson el attól, hogy lássam: Isten jelen van benne!

Ennek a kezdeményezését nem várhatom mástól: ez a keresztény ember feladata, ma ez az evangelizáció útja⁶⁸. Ferenc pápa felhívása erre szól: „közelebb”⁶⁹.

65 Jn 5,7

66 Mt 25,36

67 Iz 43,2

68 Hogyan beszéljünk azokkal, akik nem tudnak „keresztényül”? Magyar Kurír, 2013.09.12.

69 Ferenc pápa találó hasonlatai, Magyar Kurír internetes hírportál híradása, 2013.04.20.

Megtapasztalom, hogy kizökkent és megszenvedett világunkban Isten jelen van, az emberi sóhajokban, sokszor csak a vágyak szintjén. Mélyen hiszem, hogy Isten személyes hívással a legbensőségesebben jelen van MINDEN emberben. Csendes emberi gesztusokra bízta magát, hogy hangját felismerjük és felismerjük, bátorra váljunk, hogy közel engedjük magunkhoz. Hogy titokzatos jelenléte által megbocsátása, megváltó és átformáló ereje érvényesüljön az életben.

Egy fiatal férfi mellett ültem, akinek aznap reggel halt meg az édesanyja. Kórházunkban a meghaltak ügyintézésében is elkísérjük a hozzátartozókat. „Két hónap volt. Tudta, hogy beteg. Az volt neki nehéz, hogy úgy megy el: nem érte meg, hogy boldog legyen”. Hiszem, most is itt van magával és oltalmazni fogja – mondtam csendesen. Elsírtta magát. A zsebéből kivett egy összehajtott, kockás lapot, a vers sorai nem sokkal azelőtt születhettek. Vallomás és ígéret volt, megvallva a reményt, hogy a kapcsolat nem szakad meg.

A lelkipozó meghívása arra is szól, hogy embertársa mellett maradjon az emberi erővel át nem léphető határ közelében. Alázattal keresem a helyemet ezekben a kritikus pillanatokban, ahhoz fohászkodva, „aki meg tud menteni”⁷⁰ Minden idegszálammal igyekszem jelen lenni.

Nálam nem sokkal idősebb, életerős, kétgyermekes férfi mellett ültem, imádkoztam nap-nap után az Intenzív Osztályon. Legjobb tudásunk szerint kómában volt. Nem rettenhettem vissza a határtól, pedig belül nagyon sokszor elbizonytalanodtam. Imádkoztam, mást tennem – ugye, tenni akarunk, amikor tehetetlenek vagyunk – nem tehettem. Amikor több hét után visszanyerte az eszméletét, lassan visszaépülő beszédképességével idézte fel, hogy rendszeresen ott voltam mellette. „Köszönöm. Fantasztikus volt!”

Jézus és nyomában az Egyház arra indít, hogy nőjünk fel, gondolkozzunk és lelkiismeretünk szerint döntsünk. A döntést és a gyötrelmet nem úszhatjuk meg! A küzdelem nem spórolható meg, nem hagyható el.

A mértéket, az íratlan és írott belső törvényt tudatosítanunk kell, az isteni törvény megalapozott, megélt, felelős személyes döntéseken keresztül, személyes utat bejárva valósul meg, válik léletté!

Korunk alaptémája a határok kérdése, vagy fogalmazhatnánk úgy is: jellemző kortünet, hogy nincsenek határok, nem szabunk és nem tartunk egészséges és az életet szolgáló határokat.

A határok kérdése fontos a számomra. Az ember teremtett lényként korlátokkal és határok közé született, amelyeket ha felismerünk, és értékválasztásaink szerint helyezkedünk el a határ nekünk szánt oldalán, akkor életre találunk. Meghívásunk arra szól, hogy találjuk meg az Életet, sokszor úgy, hogy rég túlhaladtunk már minden határon, de Isten irgalmából lehetőséget kapunk, hogy a felismert határok közé visszataláljunk.

Nap-mint-nap határokon járok, megváltott, újra és újra megváltásra szoruló emberként s értékeimet gyakran a határokon élem meg, s a határokkal való küszködéssel összefüggésben tudom megfogalmazni.

A határaink sokfélék – korlátainktól a módosítható határokon (pl. kompetencia, vagy felhatalmazás) határai az élet és halál Istennek fenntartott, abszolút mezsgyéiig

70 Zsid 5,7

terjednek. Nem szeretném összerosni ezeket, egy általános vonásukat azonban szeretném kimondani: Rávilágítanak valami alapvetően fontosra: a kapcsolatra, az Életre, a Lényegre, amit jeleznek és védenek!

Van, hogy átlépünk egy határon. Nem mindegy hogy tudatosan, nagyobb jó érdekében, általam átléphető határon át vezet az utam – ez a krisztusi áldozat útja –; vagy a döntés lehetőségének és felelősségének felismerése nélkül, esetleg ismeret híján, vagy nyomásra tesszük.

A határok azok, amik segítenek a felismerésben és a döntésben. A határ azért van, hogy figyelmeztessen; ha át is lépném, botoljak meg benne, tudatosítsam, korrigáljak, alakítsam és alakítsam át az életemet. Legtöbbször így tanulunk meg a határainkkal bänni, a hibás határátlépések személyes küszködésén keresztül.

Tisztelem az orvost, aki ismeri a határait és szelíden, alázatosan, de határozottan (!) ki tudja mondani, ahol a tehetsége, a kompetenciája véget ér. Mekkora teret nyit az az orvos, aki a megfelelő pillanatban és módon meg tudja mondani a betegének, hogy készülnie kell a halálra!

Mennyi nagyszerű pillanat van egy ember utolsó óráiban! Amikor az ember bocsánatot kérhet, meg tud várni egy eltávolodott családtagot, ki tudja mondani a társának, hogy szeretlek! Ne mondjunk le róla, bár más már a dolgunk, mint amit addig serényen a gyógyulásáért tettünk.

A Kórházunknak van egy Krónikus Részlege. Hálával látom, hogy ennek az osztálynak „két kijárata van”. Sok beteget felápolnak, akik hazatérhetnek, mások számára pedig felvállalják, hogy utolsó heteikhez, a békés halálukhoz adnak helyet és gondoskodást.

Az élet kérdései azonban nem a halál, az eutanázia kapcsán, hanem sokkal előbb – sokrétűen, szinte mindenben – felmerülnek. A lényegi dráma, az Élet drámája egyfolytában zajlik belül – minden érintettben, orvosban, hozzátartozóban, megérintődő szakdolgozóban, bennem egyaránt! A dráma az élet Alkotójával való kapcsolatunkban, életünk értelméről és teljességéről szól. A döntési helyzet, az élet tiszteletének, az élet csodálatának, az élet szeretetének lehetősége mindennaposan fennáll!

A személyes döntés, a szabad akarat és az élet abszolút értéke és a méltó halál a helyükön lehetnek, ha alázattal, értőn és a párbeszéd bátorságával vagyunk jelen. A lelkigondozó feladata ilyenkor a párbeszéd segítése beteg, orvosa és a családtagok között a lényegi szempontok kimondásában.

Találó, keresetlen megfogalmazás a „túlbugzó orvoslás” kifejezés a Társaság most kibocsátott nyilatkozatában⁷¹, akit érint, érteni fogja!

Kérdések sokasága veszi körül – mint minden gyógyító intézményét ma – működésünket. A ránk bízott emberek csendességet és bölcsességet tanítanak.

Az Élet kincsekkel és titkokkal vesz körül, a halál is ezek közé a titkok közé tartozik, amit olykor szorongva, legtöbbször megérintődve és megilletődve élhetek meg lelkigondozóként betegeim és munkatársaim mellett. Kihívás és meghívás ez.

Párbeszédet tanultam orvos, szakdolgozó és minden kollégámmal. Visszahat ez a mindennapjainkra. Közösségben tanultam, tanultuk meg az értékeinket, s azt, hogyan

71 A Magyar Bioetikai Társaság nyilatkozata az „eutanázia” és a túlbugzó gyógyítás elutasításáról, Budapest, 2013. szeptember 21.

válhat életté a lelkipogozói munkánk. Néha bátortalanul, szemérmesen mondjuk ki a frusztrációink mélyén fekvő vágyat a jobbra, s a kis lépést, amiben megvalósult a Jó.

A Magyar Bioetikai Társaság 2013. szeptember 21-i Nemzetközi Konferenciáján elhangzott előadás szerkesztett változata.

MAKÓ JÁNOS

AZ IDŐS BETEG AUTONÓMIÁJÁNAK TISZTELETE ÉS AZ ORVOS LELKIISMERETE

Évszázadok óta az orvosi etika egyik alapelve a „salus aegroti supraena lex esto” szó szerinti fordításban „A beteg üdvé legyen a legfőbb törvény.” Mai szóhasználatunkban az üdv szó jelentése megváltozott. Különböző szavakkal fordíthatjuk a salu szót. Talán a legmegfelelőbb az érdek, de elfogadható a jólét szó is. Tehát a beteg érdeke (jóléte) legyen a legfőbb törvény!

A XX. század második feléig az orvos határozta meg, hogy mi a beteg érdeke. Az utóbbi évtizedekben szemléletváltozás következett be. A személy szabadságát kiterjesztették a betegség területére is. Az orvos–beteg viszony már sem jogilag, sem erkölcsileg nem alárendelt kapcsolatot jelent. Az egészségügyi törvény szerint az orvos szerződéses jogviszony alapján szolgáltatást nyújt a betegnek. Az orvos nem rendel, hanem tanácsot ad, amit a beteg vagy elfogad, vagy visszautasít.

Az orvosi etika egyik alapelve a beteg autonómiájának tisztelete. Ez azt jelenti, hogy semmit sem tehet a beteg beleegyezése nélkül. Az orvosnak akkor kell elfogadni a beteg autonómiáját, ha annak a három összetevője fenn áll.

1. A gondolkodás autonómiája. Nem autonóm sokszor az elmebeteg, az értelmi fogyatékos stb., mert esetükben hiányzik a gondolkodás autonómiája. Ez azonban az elmebetegség fajtájától, a kiskorú érettségétől függ, ezért helyesebb autonóm döntésről és nem autonóm emberről beszélni. Nem autonóm ember egy bizonyos döntése lehet autonóm, de egy autonóm ember adott döntése kellő ismeretek hiányában lehet nem autonóm.

2. Az akarat autonómiája. A gondolkodás autonómiája megléte esetén sem autonóm a döntés, ha a beteg nem képes az általa helyesnek felismert alternatívát a cselekvéshez szükséges mértékben akarni. Ez tapasztalható kényszerneurózisos, phobiás betegek döntéseiben, vagy normális esetben, amikor egyszerűen csak gyenge akaraterőről beszélünk.

3. A cselekvés autonómiája. Hiányzik a cselekvés autonómiája annak, akinek ugyan megvan a gondolkodási és az akarat autonómiája, de nem képes a választott alternatívának megfelelően cselekedni, mert pl. fogoly, vagy béna, vagy szenvedélybeteg.

Az idős betegeknél viszonylag gyakran fordulnak elő a gondolkodás zavarai. Az idős jelző nem jelenti ebből a szempontból automatikusan az évek számát, mert kilencven éves beteg gondolkodása és akarata is lehet teljesen megfelelő. Mégis az évek múlásá-

val – különösen agyi érlemeszesedés következtében – a tér és időbeli tájékozatlanság, a szorongás, az életuntság erősen korlátozhatja az autonóm döntés realitását.

Az orvos akkor kerül lelkiismereti konfliktusba, ha a beteg autonómiájának minden feltétele adott, és mégsem fogadja el a beteg az általa szükséges vizsgálatot, vagy kezelést. Ekkor szembekerül a bioetika másik alapelvével, hogy mindig a beteg érdeke szerint cselekedjék! Alaposan meg kell gondolnia, hogy kellően tájékoztatta-e a beteget a beavatkozás szükségességéről, annak elmaradásának következményeiről, ami akár halálát is előidézheti? Az Egészségügyi Törvény 13. § /1/ szerint „A beteg jogosult a számára egyénített formában megadott teljes körű tájékoztatásra.”

Ki mondja meg, hogy az orvos mikor tájékoztatja „teljes körűen” a beteget? Sem jogászok, sem az orvos etikai bizottságok ezt nem mindig tudják ellenőrizni. Sem a törvény, sem az etikai kódex nem írja elő, hogy mennyi időt fordítson a beteg tájékoztatására, ill. a meggyőzésére. Több mint harminc éven át vezettem művese osztályt, ezért a példákat ebből az időszakból veszem. Hatvannyolc éves beteg esetével szeretném szemléltetni az orvos tájékoztatási kötelességének viszonylagosságát. Gyorsan kialakuló veseelégtelenség miatt urológiai osztályon fekvő beteget négyszer részesítettünk műves kezelésben. A következő kezelés előtt jelezték, hogy ne várjuk a beteget, mert tiszta tudattal, családjával egyetértésben úgy döntött, hogy hazamegy meghalni. Egyik fia jogász, aki ügyelt arra, hogy a kezelés visszautasításának törvényben előírt feltételeit pontosan teljesítsék. Kértem az osztályos orvost, hadd beszélhessek a beteggel és hozzátartozójával. Kb. háromnegyed órás beszélgetés után a beteg az élet mellett döntött. Elmondtam, hogy a jelenleg fájdalmat nem okozó prosztataraákja viszonylag jóindulatú. Ha később fájdalmai lennének annyi és olyan fájdalomcsillapítót fog kapni, amennyire szüksége lesz. Megtudtam, hogy gyermekeit és unokáit szereti és azok is szeretik őt. Megértette, hogy csupán a létezése örömet ad családjának, és halála pótolhatatlan hiányt jelentene. Végül nem a rendszeres művese kezelést választotta, hanem a korábban elutasított urológiai beavatkozást.

Ez az eset jól szemlélteti azt az elvet, hogy nem a betegséget, hanem a beteg embert kell kezelni, akit környezetével együtt kell tekinteni. A másik tanulság, hogy teljes körű tájékoztatáshoz néha annyi idő szükséges, ami nem áll rendelkezésére minden orvosnak. Az urológus orvosnak nem volt ideje csaknem egy órát foglalkozni a beteggel. Neki új beteget kellett felvennie, nagy vizitre készülni, zárójelentést megírni, műtőbe menni, műtét után megtekinteni az operált beteget. Nekem könnyebb dolgom volt. Közöltem beosztott orvosaimmal, hogy valószínű ma elmarad a nagy vizit. Részletes referálást kérek, ha visszajöttem az urológiai osztályról.

A művese osztályon nap, mint nap, ellentétbe kerültem a beteg autonómiájával. Hiába tudtam, hogy hány órán át kell kezelni, mennyi folyadékot kell eltávolítani, milyen legyen a vér átfolyása a szűrőn, hogy hetente hányszor kell kezelni azért, hogy sokáig jó állapotban legyen, ha ő ezt visszautasította, el kellett fogadnom döntését. Nagyon nehéz volt ebbe belenyugodni. Újból és újból megpróbáltam megmagyarázni, hogy az ő érdekében beszélek. Több betegnél sikerült eredményt elérni, de néha láttam, hogy csak idegesítem a beteget és akkor csak szótlanul ránéztem, ő visszamosolygott és minden maradt a régiben. Később állapotuknak romlásakor egy – egy beteg már kérte, amit korábban elutasított. Előfordult, hogy amit a beteg családi okok miatt elutasított, azt elmondva, megértettem. Ilyenkor kompromisszumot kötöttünk és a beteg és én is megnyugodtam.

Nagyon ritkán előfordult, hogy a beteg autonómiájának tisztelete végzetes következménnyel járt. Az Egészségügyi Törvény 20. § /1/, /2/, /3/ pontja lehetőséget ad arra, hogy meghatározott körülmények között a beteg még az életmentő, vagy az élet fenntartó kezelést is visszautasíthatja. Ilyen esetekben a beteg önrendelkezési joga érvényesül. Két beteg történetével szemléltetem ennek megvalósulását.

Hatvan éven felüli, 100 kg-nál súlyosabb, veseátültetésre alkalmatlan, cukorbeteg kezelésének harmadik évében seb keletkezett a talpán, ami különböző kezelésekre ellenére eleinte lassabban, majd gyorsabban rosszabbodott. A lábfej üszkösödése miatt amputáció vált szükségessé. Az autonómia minden feltételével bíró, értelmes, rokonszenves beteg a műtétet minden igyekezetünk ellenére elutasította. Érvei a következők voltak: a lábfej amputációját követni fogja a láb többi részeinek eltávolítása. Gyermekeim nincsenek, „csak” mintegy negyven kilós feleségem, akivel nagyon szeretjük egymást. Előbb – utóbb mozgásomban erősen korlátozott lennék, és feleségem segítségére szorulnék, ami az én nagy súlyommal komoly nehézséget okozna neki. Én ezt nem akarom. Amíg lehet, kezeljenek, mert így is szeretek élni, de a műtétet nem vállalom. Amikor állapota súlyosbodott többször megkérdeztük elfogadja-e a műtétet? Elhatározását azonban nem változtatta meg. Szomorúan, nagy szeretettel kezeltük, míg szépszissben meg nem halt.

Hetven év körüli asszonyt hetente háromszor szállították művese kezelésre és utána vissza. Egyik nap hiába vártam. A nővér közölte velem, hogy a „néni „elköszönt tőle, mert többé nem jön kezelésre. Ezt a beteg kérésére a nővér nem mondta el, csak most. Az Eü. Törvény 20. § /7/ szerint. „Visszautasítás esetén meg kell kísérelni a beteg döntése háttérében lévő okok – személyes beszélgetés alapján történő – feltárását és a döntés megváltoztatását.” A törvényben előírtaknak megfelelően felkerestem „lakhelyén” egy utókezelő osztályon. A nagy kórteremben legalább tízen feküdtek, nyomorúságos körülmények között. Néhány perc kellett, míg a kellemetlen szagot megszoktam. Sok beteg mozogni is alig tudott, csak néhányan beszélgettek. A mi betegünk is szótlanul feküdt. Igyekeztem meggyőzni, hogy jöjjön továbbra is kezelésre, kudarcot vallottam. „Tessék, megérteni engem. Itt fekszem nyomorúságos körülmények között. Egyetlen rokonom, unokaöcsém, aki ide elhelyezett, évente kétszer látogat meg. Nekem nincs már ebben az életben semmi örömöm. Nem kérek gyógyszert, hogy meghaljak. Tudom, hogyha nem részesülök művese kezelésben, néhány nap múlva elveszítem eszméletemet, és meg fogok halni. A haláltól már nem félek.” Megértettem, de mondtam neki, ha rosszabbul lesz és meggondolja magát, szívesen látjuk. Többé nem találkoztunk.

Egy másik idős asszony autonómiáját nem vettem figyelembe és akarata ellenére elkezdtük a művese kezelést. Klinikánk művese osztálya mellett működő nefrológiai osztályra szállították a mentők a vese elégtelenség súlyos tüneteivel. A felajánlott kezelést részletes és folyamatos tájékoztatás ellenére sem fogadta el. Megmutattuk neki a művese kezelést, beszélt a rendszeres kezelés alatt álló betegekkel, de elhatározását nem változtatta meg. Az volt a kérése, hogy ne helyezzük át másik osztályra, és haza se küldjük, mert egyedül él. Itt szeretne meghalni, mert itt kap enni, inni, fűtenie sem kell, jól bánunk vele. Az akkori rendelkezések ezt lehetővé tették. Néhány hét múlva eszméletét elveszítette. Korábbi tiltakozása ellenére elkezdtük a művese kezelést. Két nap múlva magához tért. A további kezelésekre ellen nem tiltakozott. Egy hónap múlva a kezeléseket ambulánsan folytattuk. Önként jött hetente háromszor kezelésre, és megköszönte, hogy nem hagytuk meghalni. A kezelés megkezdésekor úgy gondoltam, ha nem akarja a dia-

lízist, akkor nem fogjuk folytatni a kezeléseket. Nem tudtam elviselni azt a gondolatot, hogy úgy mond le az életéről, hogy nem tudja, milyen életet biztosít a műveke kezelése.

Vétemem a törvény ellen. Polgári engedetlenséget követtem el. A polgári engedetlenség a hatályos törvény megsértése lelkiismereti okból nyilvános, nem erőszakos formában. Vállalni kell a következményeket, így a megszegése nem kényelmi okból, nem egyéni előnyök megszerzése érdekében történik. Én vállaltam volna a büntetést, ha a beteg feljelent, de ő az ellenkezőjét tette. Cselekedetem nem volt szabályos polgári engedetlenség, mert nem egy igazságtalan törvény ellen irányult. Ezt az esetet nem azért közlöm, mert bárkit is erre biztatnék, csak egy kivételes helyzetet ismertettem.

A beteg autonómiája tiszteletének egyik nagyon fontos és időszerű területe az eutanázia. Tekintve, hogy ezen a konferencián több előadás tárgya is az eutanázia, én erre nem térek ki.

Összefoglalás

A beteg autonómiája tisztelete és az orvos lelkiismerete néha ellentétbe kerülhet. Megoldás a beteg megfelelő tájékoztatása és a beteg körülményeinek megértése. Ehhez gyakran nagyon sok idő kell, ami a szabadidőnk rovására megy. Ezt akkor tudom megtenni, ha orvosi munkámat nem szolgáltatásnak, hanem szolgálatnak tekintem. Fontos, hogy a szolgálatot mindig az aktuális testi és lelki teherbíró képességemnek megfelelően végezzem a kiegészítés veszélye miatt.

IRODALOM

Blaskovich Erzsébet - Iván László: Idős betegek és haldoklók ellátása Kalkuttai Teréz Anya szerint. Bp. 2001.

Bioetikai állásfoglalások. Standards for life magyar fordítása. KOMT. 2002.

Gaizler Gy.: A bioetika alapkérdése. Magy. Bioetikai Alapítvány. 1997.

Jobbágyi G. Orvosi jog Hyppokratésztől a klonozásig. Szt. István Társ. Bp. 2007.

Kovács J.: A modern orvosi etika alapjai. Bevezetés a bioetikába. Medicina Bp. 1999.

Köbl Anikó.: Aszklepiosztól a betegjogokig. Szépiró Műhely 2009.

Magyar Orvosi Kamara Etikai Kódex. 2011.

Makó J.: Szolgáltatás, vagy szolgálat legyen a betegek kezelése Magyar Bioetikai Szemle 8, 74, 2012.

Sándor Judit: Gyógyítás és ítékezés. Medicina, 1997.

A Magyar Bioetikai Társaság 2013. évi Nemzetközi Konferencián elhangzott előadás szerkesztett változata.

BIOTECHNOLÓGIAI TALÁLTMÁNYOK JOGI OLTALMÁNAK ETIKAI KÉRDÉSEI A HAZAI SZABÁLYOZÁS TÜKRÉBEN, KÜLÖNÖS TEKINTETTEL A GÉNTECHNOLÓGIAI SZABADALMAKRA

I. rész

„Megítélésem szerint amikor egy tudós valami technikailag vonzót lát, előbb véghezviszi, és csak miután elérte technikai sikerét, kezd azon töprengeni, hogy mit is kezdjen vele.”

Oppenheimer

Napjainkban szinte valamennyi tudományterület érintő robbanásszerű fejlődés figyelhető meg, amely a gazdaság némely húzó ágazataiban egyre agresszívebb formában ölt testet. A technika robbanásszerű fejlődésével az út – amely a tudományos kutatásokkal veszi kezdetét, és újabbnál újabb innovációk megalkotásával ér véget – folyamatosan szélesedik és bővül. Itt le kell szögezni, hogy korántsem hiábavaló feladat megjelölni azt az éles határvonalat, amely a túlzó módon célorientált kutatási formák által alkalmazott technikáknak és felhasználási módozatoknak határt szab.

Egyre inkább érzékelhető válik az a tény is, hogy a természettudományok által biztosított technikák alkalmazása egyre nagyobb teret hódít az egészségügy, az ipar valamint a kutatások meghatározott területein is. Tagadhatatlan azon körülmény, hogy ezek a tudományok pótolhatatlan szerepet töltenek be, és kiemelkedő jelentőséggel bírnak rohamosan fejlődő világunkban. Azonban ez nem volt mindig így, a természettudományok fejlődése hosszú múltra tekint vissza, és születése az emberiségi értelmének „kibontakozásával” egyidős.

B. Jarosson, aki összefoglaló tanulmányt készített a természettudományok és a technika jelenségeinek általános elemzéséről, azt a nézetet vallotta, hogy kezdetben – a 17. és a 20. század között – a gazdaság és a természettudományok fejlődése koherens viszonyban állt egymással, vagyis a fent említett tudományok párhuzamosan, egymást kiegészítve fejlődtek. Azonban a humanizmus térhódítása elvetette azt a magot, amelynek csírája az emberi gondolkodásra is jelentős hatást gyakorolt. Az ember tisztábban látta saját egyediségét, alkotóképességének határtalanságát és ezzel párhuzamosan igyekezett saját individumát a természet fölé helyezni. A természet a humanizmus szolgálátaba szegődött. A kezdeti gazdasági és tudományos összhang hamarosan megbomlott, és kezdetét vette a piac által befolyásolt divergencia. A gazdasági fejlődés következtében alkalmazott eszközök hamarosan áttörték azt az erkölcsi és etikai határvonalat, amely még képes volt arra, hogy a folyamatosan fejlődő technika – sajnos nem minden esetben etikus alkalmazásának – gátat szabjon. Az ipari forradalommal párhuzamosan a természettudományok területét is robbanásszerű fejlődési hullám rázta meg, és a tech-

nika – amely ez idáig csupán az alvó oroszlán szerepében tetszelgett – felébredt mély álmából.⁷² Az egyre cizelláltabb kutatások utat nyitottak az újabbnál újabb felhasználási területeket érintő csúcstechnológiák alkalmazása felé.

A fejlődés hatása határtalan perspektívát jelent, amennyiben figyelmesen görcső alá vesszük az érintett területeket. A radikális változások azonban nemcsak a szó szoros értelmében vett műszaki technológiákat érintő területeken éreztették hatásukat, hanem a természettudományok, az orvostudományok, a kutatási technológiák valamint a szellemi alkotások területén is. A szellemi alkotások felhasználása is egyre nagyobb népszerűségnek örvendett, hiszen a szabadalmak, védjegyek, formatervezési minták által megtestesített vagyoni értékű jogok jelentős gazdasági lehetőségeket, valamint ezek okoszerű felhasználása figyelemreméltó gazdasági erőfőlényt képes biztosítani tulajdonosa számára.⁷³

A biotechnológia tudományterületét, amelyet a szellemi alkotások speciális területként tartanak számon, szintén jelentős változás jellemezte az elmúlt évek során. A szakterület a legfrissebb kutatások eredményeinek felhasználásával folyamatosan fejlődik, bővül. Csupán kevesen vannak tisztában azzal a ténnyel, hogy a biotechnológia szinte észrevétlenül gyűrűzik be hétköznapijainkba, hiszen az említett technológia kerül alkalmazásra a kenyér, a sajt vagy sör előállításánál is.⁷⁴

Azonban a biotechnológia fejlődése nem állt meg ezen a ponton, jelenleg is rohamos iramban igyekszik lépést taratani a technika legkorszerűbb vívmányaival, valamint a naprakész kutatási eredményekkel. Ennek köszönhetően napjainkban a géntechnológia, többek között a génebézés is egyre inkább reflektorfénybe kerül. A szakterület által kínált lehetőségek, nem csupán a kutatásokban és a fejlesztésekben érdekelt nagyvállalatok, hanem a társadalom egyre szélesebb körében is rendkívüli népszerűségnek örvendnek. Hiszen a génebézés képes lehet korszerű kutatási eredményeinek felhasználásával az egyén és a társadalom szintjén jelentkező egyes sürgető problémák megoldására is, mint amilyen akár az éhínség ellen folytatott harc elfojtása.⁷⁵ Hiszen, amennyiben géntechnológiai eljárások alkalmazásával sikeresen növelhető egyes növényfajták terméshozama, ez remek megoldást kínálhat egyes éhínség sújtotta területeken a lakosság jelentős ételkészlet hiányának súlyos problémájára.

A biotechnológia, többek között a génterápia példátlan lehetőségként, mintegy „varázspálcát” adott az orvostudomány kezébe az egyes betegségek megelőzését, gyógyítását illetően. A molekuláris biológia tudományának segítségével az emberi szervezet géntérképe kétség kívül kimerítően megismerhető, tanulmányozható, így a legkülönbözőbb betegségek molekuláris szinten történő kezelése is lehetővé válik. A fenti állítást remekül alá támasztja annak – a napjainkban – a gyógyászatban már széles körben alkalmazott kutatásnak a hasznossága is, melynek során az emberi inzulin-gén baktériumban történő izolálása és felszaporítása folytán olyan anyag előállítására képesek a szakemberek, amely a cukorbetegség eredményes kezelése érdekében seikeresen alkalmazható.⁷⁶

72 Magyar Tudományos Akadémia Tudomány és Kutatások Jogi és Igazgatási Kérdéseinek Kutatócsoportja: A biotechnológia jogi és etikai kérdései az Eu-ban. S.n. Budapest, 2004. 7-8. o.

73 Dr. Tattay Levente: A szellemi alkotások és a modern piacgazdaság. Szent István Társulat. Budapest, 2005. 68. o.

74 Magyar Szabadalmi Hivatal: Biotechnológiai találmányok oltalma. Magyar Szabadalmi Hivatal. Budapest, 2001. 7. o.

75 Dr. Tattay Levente: A szellemi alkotások és a modern piacgazdaság. Szent István Társulat. Budapest, 2005. 213. o.

76 Ferenczi Andrea: Genetika-génetika, Harmat kiadó. Budapest, 1999. 14. o.

Azonban a biotechnológia, és többek között a géntechnológia által nyújtott lehetőségek számtalan felhasználási módozat előtt tárják ki a kapukat. Ezen alkalmazási területek azonban gyakran figyelmen kívül hagyják az alapvető erkölcsi, etikai normákat. A legújabb innovációk és kutatási eredmények gyakran oly mértékben hozzák lázba az egyébként etikusan gondolkodó kutatókat és tudósokat, hogy azok sikereiktől elvakultan gyakran elfelejtik, feltenni azt a kérdést, hogy kutatási eredményeik, illetve azok alkalmazása, valóban etikus, erkölcsös-e. Vajon nem jelentenek-e ezek esetlegesen veszély az emberiségre?

Korunkban – habár törvény tiltja – már sor került az emberi szervezet klónozására is, és a géndopping sem idegen eszköz egyes sportolók számára, teljesítményük eredményes növelése érdekében. Mindezek alapján joggal vetődik fel az a kérdés, hogy mindez valóban etikus-e?

Az említett technológiák széles körű alkalmazásától sokak joggal tartanak, hiszen nem pontosan tisztázott ezek élőszervezetekre, valamint ökológiai környezetünkre gyakorolt hatása. Annál a ténynél, hogy az USA-ban az élelmiszerek 60%-ában van jelen a génmanipulált szójabab, csak az lehet aggodalomra méltóbb, hogy csupán a polgárok igen csekély hányada van annak tudatában, hogy azon termékek, amelyek ezeket a módosított genetikájú növényeket tartalmazzák, az esetek jelentős részében allergiát váltanak ki. Érdekességképpen említhető, hogy az amerikai Monsanto cég 1996-ban olyan szója termék előállításával tört be a piacra, amely az ugyancsak általa előállított gyomirtó szerre teljes egészében rezisztens a génmanipulációnak köszönhetően, így a fent említett cég tovább növelhette már amúgy is hatalmas profitját.⁷⁷ Ehhez hasonló tényekről értesülve, még a laikus is joggal esik gondolkodóba, hogy egy hasonló high-tech cég jelentős nyereségét feladná-e, csak azért, hogy az ember számára egy sokkal egészségesebb, ám költségesebb élelmiszert állítson elő?

Mindezek mellett, azonban nem feledkezhetünk meg néhány fontos környezetvédelmi szemponttól sem. Hiszen egyes génebeszeti eljárások képesek megváltoztatni egyes növények genetikai felépítését, és ez a „módosítás” idővel kontrolálhatatlanná válik. Erre remek példát jelent azoknak a génmódosított növényeknek az esete, amelyek természetes beporzás útján „szokványos” fajtársaik tulajdonságait is képesek megváltoztatni. Így egyes tagországokban hiába kerül betiltásra a GMO-k alkalmazása, ha a szomszéd országokban termesztésük legális eljárás keretében történik, hiszen a szél és a rovarok segítségével a génmódosított pollenek könnyedén átjuthatnak egyik területről a másikra, ezzel végérvényesen befolyásolva a termény genetikai sajátosságait. A fentiekben említett különleges technológiák alkalmazása során figyelembe kell vennünk a fenntartható fejlődés követelményét is, hiszen nem használhatjuk ki a végtelékig természeti erőforrásainkat. Hiszen egyre gyakrabban hangzik el az a mára már közismertté vált mondás, amely szerint:

„ez a föld nem a miénk, ezt csupán kölcsön kaptuk unokáinktól”

A fentiek tükrében fontos és sürgető feladat, hogy egy hatékony, etikai elveknek is mindinkább megfelelő jogi szabályrendszer segítségével gátat tudjunk szabni ennek a rohamosan fejlődő tudományterületnek.

⁷⁷ Dr. Tattay Levente: A génebeszet, és a 98/44 EK irányelv. Külgazdaság XLIX. évfolyam 2005/3. 20. o.

A biotechnológia jelentősége

Csupán kevesen vannak tisztában a biotechnológia valódi értelemben vett fogalmával és a társadalom igen széles rétege számára ez a tudományterület, csupán egy homályos, sejtelmes és megfoghatatlan kategóriát jelent. Éppen ezért igen fontos alapkövetelmény a fogalom, minél pontosabb, világosabb meghatározása, hiszen csak ennek tudatában határozhatóak meg a tudományterületet érintő jogi és etikai határvonalak. Napjainkban a biotechnológia fogalmának számos megközelítése ismeretes. A biotechnológia fogalma alatt bármely olyan technológiai alkalmazás értendő, amely biológiai rendszereket, élő szervezeteket vagy ezek származékait használja fel meghatározott termékek vagy folyamatok létrehozására vagy módosítására.⁷⁸ A tudományterület a technika és az egyes felhasználói igények folyamatos bővülésével állandó változás alatt áll, mindig készen áll arra, hogy valamilyen új felfedezéssel, vagy akár alkalmazási területtel rukkoljon elő.

A modern biotechnológia azonban még ennél is tágabb területet ölel fel, hiszen ebben a körben említhetőek meg többek között a géntechnológiai eljárások is, vagy akár a rekombináns DNS-technológiák, a biomérnökség, a genetikai mérnökség stb. Ezen eljárások alkalmával a legkülönbözőbb területekről képes a kutató hozzájutni az eljárása során alkalmazható génekhez, vagy akár egyes génszekvenciákhoz is. A felhasználásra szánt DNS kinyerhető egyes baktériumokból, növényekből, állatokból valamint az emberből is. Az eljárás végeredményeként különleges biotechnológiai eljárásokkal gyártott növényekhez, gyógyszerekhez és környezetvédelmi célokra felhasználható termékek előállításához járulnak hozzá a kutatók.⁷⁹ Manapság a biotechnológia már nemcsak az egyszerű növénynevelési eljárásokat foglalja magában, hanem az élet szinte valamennyi területére, akár láthatatlanul is képes befurakodni. Napjainkban már nem számít ritkaságnak, hogy akár a környezetvédelemben is alkalmazzanak különböző biotechnológiai eljárásokat, például egyes szennyvíztisztítási eljárások alkalmával.

A Human Genom Project

A génebérszet azon területek egyike, amely hatalmas népszerűségnek örvend a kutatók körében. A szakemberek a fenti eljárást elsősorban emlősökön végzett kísérletek során alkalmazzák, de nem hanyagolhatóak el a növényeken végzett beavatkozások sem. A génebérszet, vagyis más néven a géntechnológia igen nagy területet foglal magába. Fontos említést tenni a Humán Genom Projectről – röviden HGP-ről – amely egy olyan 2000-ben befejeződött széles spektrumú kutatást foglal magában, amelynek segítségével mintegy 100.000 gént tartalmazó humán genomot⁸⁰ szekventáltak.⁸¹ Az említett kutatás, azért kiemelkedő jelentőségű, mert ennek segítségével könnyebben meghatározhatóak az egyes betegségeket okozó gének, hiszen immáron rendelkezésre állnak azon genomok, amelyek az emberi szervezetben csupán már pusztán létükkel magukban hordozzák az egyes betegségek kialakulásának lehetőségeit. Mindez az egyes gyógyszergyárak számára hatalmas lehetőséget biztosít, hiszen kutatási eredményeiket felhasználva képessé válnak egyre hatékonyabban szerekkel betörni a gyógyszerpiacra, és profitjukat ennek következtében jelentős mértékben növelni.

78 Magyar Szabadalmi Hivatal: Biotechnológiai találmányok oltalma, i.m. 20. o.

79 Magyar Szabadalmi Hivatal: Biotechnológiai találmányok oltalma, i.m. 20. o.

80 genom: egy sejt organellum, sejt vagy organizmus teljes örökítőanyag mennyisége.

81 szekventálás: kémiai úton történő szétválasztás.

A biotechnológia napjainkra már begyűrűzött a hétköznapi élet valamennyi területére. A gyártási folyamatok és az újabbnál újabb technológiák fejlődése szinte határtalan. Ezzel együtt a gyakran profitorientált alkotók és gyártók sikereiken felbuzdulva az etikának könnyen hátat fordítanak. Megfigyelhető, hogy a háttérben álló tényleges cél, amely az adott technológia használatát indokolta, gyakran eltölpül vagy figyelmen kívül marad, a kutatás sikere mellett. Igen nehéz meghatározni, és alkalmazni azon jogi eszközöket, amelyekkel az újabbnál újabb technológiák fejlődése és alkalmazása ténylegesen szabályozhatóvá és kontrollálhatóvá válna, hiszen igen nehéz annak ellenőrzése, hogy ténylegesen mi történik a kutatótermék falain belül, és az valóban etikus-e. A fentiekre tekintettel igen sürgető és fontos az a tény, hogy a jogalkotó, a biotechnológiai eljárások minél teljesebb körű és az adott korszak technikai vívmányaival minél inkább lépést tartó jogi szabályozást biztosítson. Mivel viszonylag új keletű technológiákról van szó, így az érdeklődő egészen „friss” joganyaggal találkozhat. Az említett tudományág gyökerei először külföldön jelentek meg, ennek megfelelően az első hazai jogszabályok is külföldi kapcsolódási ponttal rendelkeznek.

A biotechnológia jogi szabályozása hazánkban

A hazai szabályozás első gyökerei a hatvanas évekre nyúlnak vissza, a Parlament 1969-ben alkotta meg, a találmányok szabadalmi oltalmáról szóló 1969. évi II. törvény még általános érvényű szabályokat tartalmazott. Az említett törvényt az 1983. évi 5. törvényerejű rendelet módosította. A rendelet még kizárta a gyógyszereket és az egyéb vegyi úton előállított termékeket az oltalomból. Az igénylők a szabadalmi oltalmat ekkor még, csupán egyes eljárásokra vonatkozóan igényelheték. A mikroorganizmusok esetében is csak az előállítási eljárásra volt igényelhető az oltalom. Az előállítási eljárást azonban ebben az esetben igen tágan értelmezték. Az új növény és állatfajták azonban kivételt képeztek a fenti szabályozás alól, hiszen ezek 1969 óta Magyarországon már szabadalmaztathatóak voltak. Megfigyelhető, hogy Európában a biotechnológia eljárások alkalmazása egyre népszerűbbé vált, így az egyes tagállamok jogalkotói egyre gyakoribb rendszerességgel alkottak a fenti témához kapcsolódó jogszabályokat. Magyarország mindeközben igyekezett felzárkózni a nemzetközi szintű szabályozási mintákhoz. Az 1994. évi VII. törvény már igyekezett feloldani az addigi szigorú szabályozási modellt. Megszűnt az emberi és állati ételmezésre szolgáló termékek, valamint a gyógyszerek és a vegyi úton előállított termékek kizárása a szabadalmi oltalomból. Ennek következményeként 1994. július 1-jétől lehetővé vált a közvetlen termékoltalom, amely a mikroorganizmusokra is kiterjedt. A törvény bevezette az úgynevezett „pipe-line” vagyis átmeneti szabadalmi oltalmat, amely a külföldön már szabadalmat nyert termékek vonatkozásában a külföldi szabadalom hátralévő idejére is oltalmat adott. Ez azonban, csak azokra a biotechnológiai szabadalmi eljárásokra terjedt ki, amelyek elsősorban a gyógyhatású készítmények előállítását tették lehetővé.

Az 1995. évi XXXIII. törvény, vagyis a jelenleg is alkalmazott szabadalmi törvényünk már teljes összhangot a mutat az európai szintű szabályozással. A törvény három alapkövetelményt határoz meg a biotechnológiai találmányok szabadalmazhatóságát illetően: a feltalálói lépést; az ipari alkalmazhatóságot és az újítást. A jogszabály az engedélyezési eljárást „szakaszos eljárás” formájában teszi lehetővé. Azonban ez a törvény nem csupán a biotechnológiai találmányok oltalmát biztosítja, hanem valamennyi

feltalálói tevékenységen alapuló találmányra is kiterjed, függetlenül attól, hogy ezek a technika mely területére esnek.

Hazánkban jelenleg is, az említett törvény van hatályban, azonban Magyarország törekszik a folyamatos jogharmonizációra is, amelyet Uniós irányelvek, továbbá nemzetközi egyezmények átvételével igyekszik megvalósítani a gyakorlatban. Magyarországon szabadalmaztathatók a rekombináns és egyéb technológiákkal nyert biológiai anyagok, amennyiben ezek a szabadalmi törvény előírásainak megfelelnek. Ellenben a genetikai tevékenység külön jogforrásban kerül szabályozásra. Az említett „specializált” biotechnológiai eljárásokat a géntechnológiai tevékenységről szóló 1998. évi XXVII. törvény és annak végrehajtásáról szóló 1/1999. (I. 14.) FVM rendelet szabályozza. Azonban igen fontos szempont, hogy a biotechnológiai találmányok kidolgozásához valamint a kutatási célú zárt rendszerű génebeszeti beavatkozásokhoz nem szükséges géntechnológiai engedély. Az 1995. évi XXXIII. törvény pontosan meghatározza a szabadalmazhatóság tárgyait és eseteit. A törvény nem szabályozza külön a biotechnológiai tárgyú szabadalmakat, hanem a jogalkotók egy általános érvényű szabadalmi rendszert dolgoztak ki a törvényen belül, amely valamennyi találmány tekintetében alkalmazható. A törvényben a szabadalmazhatóság feltételei pontosan meghatározásra kerülnek. A törvény kimondja, hogy minden új, feltalálói tevékenységen alapuló, valamint iparilag alkalmazható találmány szabadalmazható.

A törvény taxatív felsorolja, azokat a találmányokat, amelyek nem részesülhetnek szabadalmi oltalomban. Ennek következtében nem képezheti szabadalmi oltalom tárgyát, például a számítógépi program; a szellemi tevékenységre, játékra, üzletvitelre vonatkozó terv, szabály vagy eljárás. A természetben található anyagok sem képezhetik szabadalmi oltalom tárgyát. Azonban a törvény egy igen érdekes kivételt tesz, amikor úgy rendelkezik, hogy a természetben előforduló biológiai anyagok elkülönítésére vonatkozó műszaki jellemzővel rendelkező eljárások már szabadalmaztathatók.

A törvényben pontosan meghatározásra kerülnek a szabadalmaztathatóság korlátai is. Ezek a korlátok azonban nemcsak jogi, hanem etikai elveket is magunkba foglalnak. Továbbá fontos törvényi követelmény, hogy a szabadalmazni kívánt találmány megfeleljen az újdonság követelményének. A szabadalmi törvény a következő módon definiálja az újdonság fogalmát. Egy találmány új, ha nem tartozik a technika állásához. A találmány nem új, vagyis már a technika állásához tartozik, amennyiben a bejelentési eljárásban, már az elsőbbségi időpontot megelőzően közzé tették, vagy meghírdették. A szabadalmazhatóság említett kritériumának az elsődleges célja az, hogy jogbiztonságot teremtsen a szabadalmaztatási eljárások során, vagyis kizárja a kettős szabadalmaztatást, valamint megfelelő garanciát biztosítson egy jóhiszemű harmadik személy jogait illetően. A törvény értelmében tehát szabadalmaztatható minden új biotechnológiai találmány, beleértve az új, genetikailag módosított mikroorganizmusokat is.

A második szabadalmaztathatósági követelményként a törvény előírja, hogy a találmánynak feltalálói tevékenységen kell alapulnia. A törvény ezt a követelményt úgy határozza meg, hogy egy találmány, akkor alapul feltalálói tevékenységen, ha a technika állásához képest a szakember számára nem nyilvánvaló. Amennyiben egy, az adott eljárást ismerő szakember az adott megoldást csupán szakmai ismerete szerint is képes megvalósítani, a találmány nem szabadalmaztatható, hiszen az, egy a „szakmában járatos” személy által minden nehézség nélkül könnyen megvalósítható. A biotechnológia

tudománya igen cizellált területet foglal magába, így igen nehéz definiálni, hogy mit is jelent ebben az esetben az „egy szakmában járatos személy” fogalma. Az ismeretlen biológiai funkciójú genomikus szekvenciák és részszekvenciák, azonban kizártak a szabadalmi oltalomból, mivel ezek esetében nem állapítható meg olyan hatás, amely a technika állásából ne lenne kikövetkeztethető. Többek között ugyanez a szabály vonatkozik a nukleinsav által kódolt fehérjékre is.

A következő, a szabadalmaztathatóság szempontjából igen jelentős szempontot az ipari alkalmazhatóság követelménye jelenti. A szabadalmi törvény a következőképpen határozza meg az ipari alkalmazhatóság fogalmát:

*„A találmány iparilag alkalmazható, ha az ipar vagy a mezőgazdaság valamely ágában előállítható, illetve használható.”*⁸²

Ezt a szempontot kiterjesztően, vagyis a lehető legtágabb értelemben kell használni. Azonban a fenti szempont nem azt jelenti, hogy a találmánynak feltétlenül az iparban kell alkalmazhatónak lennie, hanem az bármely területen felhasználásra kerülhet. Biotechnológiai szabadalmak esetében igen gyakori például a gyógyszergyártás vagy a legkülönbözőbb gyógyászati területeken történő felhasználás.

A szabadalmi törvény kizárja a szabadalmazás köréből az emberi vagy állati test kezelésére szolgáló sebészeti eljárásokat, továbbá a szintén emberen és állaton végzett diagnosztikai eljárásokat. A fentiek következtében a csíravonal génterápia vagy a szomatikus génterápia sem alkalmazható, mivel jellegükből kifolyólag ezek sem képezhetik ipari szintű alkalmazás tárgyait.

Az emberi illetve állati testre vonatkozó sebészeti és diagnosztikai beavatkozások abban az esetben képezhetik engedély tárgyát, amennyiben ezeket nem emberen illetve állaton végzik. Érdekes tény, hogy a génterápia az előbb említett okok miatt szintén nem alkalmazható, azonban a génterápia során előállított sejtek már szabadalomképesek. Az állatok genetikai módosítására vonatkozó eljárások is szabadalmaztathatóak, amennyiben ezek nem diagnosztikai eljárásokat foglalnak magukban. Azonban azok az úgynevezett biológiai eljárások sem szabadalmaztathatóak, amelyeket csupán természetes keresztezéssel végeznek. Ez a korlátozás igen könnyen értelmezhető, hiszen elegendő csupán arra gondolunk, hogy az egyes fajok differenciálódása akár természetes úton is bekövetkezhet, így az emberi beavatkozás, csupán a folyamat meggyorsítását szolgálja.

A hazai szabályozás igen fontos elemét képezi a találmány egysége. Fontos, hogy egy szabadalmi bejelentésben csak egy találmányra igényelhető oltalom, vagy a találmányok olyan csoportjára, amelyeket egy közös találmányi gondolat kapcsol össze.

*„Nagyszámú génszekvencia, illetve részszekvenciára vonatkozó szabadalmi bejelentés egységesnek tekintendő, amennyiben a szekvenciák által kódolt azonos genetikai információ azonos funkcióhoz rendelt”*⁸³

A szabadalmi igénylőnek a szabadalmat a szabadalmi bejelentésben részletesen kell bemutatnia. A részletesség a törvény értelmében azt jelenti, hogy a szabadalmat a szakembernek leírás vagy rajz alapján meg kell tudnia valósítani. A biotechnológiai tárgyú szabadalmak azonban legtöbbször nem mutathatóak be ilyen egyszerű módszerrel. A mikroorganizmusok alkalmazásával kapcsolatban a törvény például azt a

82 1995. évi XXXIII. törvény 5.§.

83 Magyar Szabadalmi Hivatal: Biotechnológiai találmányok oltalma. S.n. Budapest, 2001. 86. o.

kitételt teszi, hogy a mikroorganizmusoknak a köz számára hozzáférhetőnek kell lenniük.⁸⁴ Amennyiben a köz számára a mikroorganizmusok nem hozzáférhetőek, azokat a Budapesti Szerződésben foglaltak szerint letétbe kell helyezni.⁸⁵ Nem kell letétbe helyezni a törzset, ha a leírás a mikroorganizmus törzs előállítását olyan módon ismerteti, hogy annak előállítása szakember számára lehetséges. Továbbá, akkor sem szükséges a letétbe helyezés, amennyiben az igénylő olyan irodalmi helyre hivatkozik, amelynek alapján szakember szintén képes a szabadalom megvalósítására.

A szabadalmi leírás abban az esetben tekinthető teljesnek, amennyiben a szabadalommal kapcsolatos valamennyi részletet tartalmazza, azonban nem érinti a találmánnyal kapcsolatos know-how területét. A szabadalmi bejelentés további részletes szabályait a törvény igen pontosan és részletes formában határozza meg. A szabadalmi bejelentés részletes alaki szabályait, azonban már a 20/1995. (XII.26.) IM rendelet 1 §-a írja elő.⁸⁶ Az Európai Szabadalmi Egyezményhez Magyarország 2002-ben csatlakozott, ezáltal a magyar szabadalmi rendszer egyre közelebb került az uniós szabályozási normák átvételéhez, így az esetleges nemzeti szintű eltérések fokozatosan szűntek meg. Megfigyelhető, hogy a biotechnológiai találmányokra vonatkozó szabályozás igen hasonló képet mutat mind a hazai és mind a nemzetközi szintű szabályozási rendszer estében.

Az európai szintű és a magyar szabályozás között megfigyelhetőek bizonyos eltérések, amelyek leginkább az új növény – és állatfajták oltalmazhatósága tekintetében nyilvánulnak meg. A magyar szabadalmi törvény külön fejezetben, a XIII. fejezetében foglalkozik a növényfajták oltalmazhatóságával. Az Európai Szabadalmi Egyezmény tagállamiban azonban az új növényfajták sui generis oltalomban részesülnek. Az állatfajok szabadalmazhatósága esetében szintén eltérés tapasztalható, ugyanis az uniós szabályok szerint az állatfajták nem részesülhetnek oltalomban, ellenben a magyar jog erre lehetőséget biztosít. Megfigyelhető, hogy mindkét modellben teljesen azonosak a szabadalmazhatósági követelmények.⁸⁷

A Bioirányelv

Röviden Bioirányelv névvel illetik a biotechnológiai találmányok jogi oltalmáról szóló 98/44 EK irányelvet, amelynek részletes bemutatása azért szükséges, mivel ez tekinthető az uniós szabályozás alapkövének. Az Európai Parlament 1998. július 6-án alkotta meg a biotechnológiai találmányok jogi oltalmáról szóló 98/44 EG Irányelvét. Az irányelv, amelyet 2002-ben ültettek át a magyar jogrendbe, hazánkra nézve is aktuális rendelkezéseket tartalmaz.⁸⁸ Mivel az Európai Közösségen belül már a '70-es években felismerték a biotechnológiai kutatások jelentőségét és tisztában voltak azok reményteljes jövőbeni felhasználásával, néhány évvel később már meg is kezdődhettek a kodifikációs munkálatok. Az irányelv tervezete már 1988-ban megszületett, ez azonban nem került elfogadásra, így egy több éven keresztül tartó munka következett, amelynek során a tervezet többször dolgozták át. Tíz évvel később került sor a tervezet véglegesítésére.

84 1995. évi XXXIII. törvény 65. §.

85 Budapesti Szerződés a mikroorganizmusoknak a szabadalmazás céljaira történő letétbe helyezésének nemzetközi elismeréséről 1977. április 28.

86 Magyar Szabadalmi Hivatal: Biotechnológiai találmányok oltalma. S.n. Budapest, 2001. 81-90. o.

87 Magyar Szabadalmi Hivatal: Biotechnológiai találmányok oltalma. S.n. Budapest, 2001. 90-91. o.

88 Dr. Tattay Levente: A szellemi alkotások és a modern piacgazdaság. Szent István Társulat. Budapest, 2005. 215. o.

sítésére. Majd az elfogadást követően a szakajtó is hírül adta, hogy a munka elkészült. A Bioirányelv tökéletesen illeszkedik bele az Európai Szabadalmi egyezmény fogalmi rendszerébe, habár nem alkot új szabályokat, csupán kiegészíti és átláthatóbbá teszi az előbb említett egyezményt. Az irányelv előírja, hogy szabályait a tagállamok illesszék be saját, nemzeti szintű szabályozásukba. A jogharmonizációs törekvések sikeresnek mondhatóak, hiszen az irányelvet már valamennyi tagállam sikerrel alkalmazza. Ez a tény azért bír kiemelkedő jelentőséggel, mert ebben az esetben az irányelv nem pusztán a jogszabályok átültetését írja elő, hanem a bioetikai szempontok is egyre jelentősebb szerephez jutnak.⁸⁹ Az irányelv joggal nevezhető „etikus irányelvnek” is. Sajnálattal kell leszögezni, hogy egyes törvényekben, vagy szabadalmakban nem jelennek meg kellő súllyal az egyes etikai állásfoglalások valamint a javaslatok sem. Sőt sajnos gyakran teljes mértékben elkerüli a jogalkotók figyelmét ez az igen fontos terület. Köztudott, hogy a biotechnológiai iparág elsősorban a gyógyászat területére igyekszik betörni. Azonban mindezt, csak bizonyítottan hatékony eljárásokat követően kerülhet sor. Az eljárások hatékonyságát rendszerint a legkülönbözőbb kísérletek kapcsán vizsgálják meg a kutatók. Az embereken és az állatokon végzett kísérletek azonban igen gyakran vetnek fel súlyos etikai problémákat. Gondoljunk, csak arra, ha épp olyan gyógyszereket vagy kémiai vegyületeket kísérleteznek ki, amelyeket epilepsziás vagy sérült gyermekek gyógyítására szántak.

A Bioirányelv azonban szigorú követelményként fogalmazza meg az emberi méltóság és sérthetlenség tiszteletben tartását. Mindezt alá támasztja az a tény is, hogy az irányelv az Európai Bizottság Biotechnológiai Etikai Csoportjának 8. számú állásfoglalásán alapszik.

Az irányelv továbbá kimondja, hogy nem szabadalmaztathatók azok az eljárások, amelyek sértik az emberi méltóságot. Ilyen eljárásnak tekinthetőek például a csírarsejtekből kimériákat létrehozó eljárások. Továbbá az irányelv kimondja, hogy azok az eljárások, amelyek a közrendbe vagy a közérkölcsebe ütköznek nem engedélyezhetőek. Így szigorúan tiltott a klónozás is, amely súlyosan sérti az emberi méltóság követelményét. A klónozás igen heves etikai vitákat váltott ki úgy a tudóstársadalom, mint a laikusok körében is. A Bioirányelv az említett erkölcsi szabályokat a szabadalmazhatóság alapkövetelményként fogalmazza meg. Ez a szabályozási modell európai szinten is páratlan. Az irányelv új távlatokat nyit, abból a szempontból, hogy az erkölcs igenis írott formában is szerepet kaphat a jogalkalmazásban, joggal mondhatni tehát, hogy mindez példaértékű és követendő.⁹⁰

Nemzetközi Egyezmények

A biotechnológiai találmányok jogi oltalma azonban számos, jelentős nemzetközi egyezményben is megfogalmazásra került. A Budapesti Szerződés a mikroorganizmusoknak a szabadalmazás céljaira történő letétbe helyezésének nemzetközi elismeréséről szóló szabályokat tartalmazza.

Az Új Növényfajták Oltalmára Létesült Nemzetközi Egyezményben (UPOV), azok a növénynemesítők, akik új fajokat hoznak létre az UPOV tagországjaiban többféle mó-

89 Dr. Tattay Levente: A génebérszet, és a 98/44 EK irányelv. Külgazdaság XLIX. évfolyam 2005/3. 29-30. o.

90 Dr. Tattay Levente: A biotechnológiai találmányok jogi oltalmáról szóló 98/44 EK irányelv. Magyar Jog 2005. 5. 287. o.

don kereshetnek oltalmat. Az innovációk létrehozói oltalmat kereshetnek a találmányi szabadalmak eszközeivel, érvényesíthetik jogaikat növénynemesítói jogok formájában, vagy egyes országokban lehetséges mindkét oltalmi forma megszerzése. Az egyezmény jogokat biztosít az új növényfajták nemesítói számára, továbbá megköveteli a tagállamoktól, hogy megfelelő oltalmat biztosítsanak az igénylők számára, valamint tartalmazza az oltalom megadásának pontos és részletes szabályait is. A megállapodást többször is módosították, Magyarország az 1978. évi megállapodás tagja lett.

A Biológiai Sokféleség Egyezmény, kimondja, hogy a genetikai anyagokhoz való hozzáférést a tagországok nemzeti szinten határozhatják meg, azonban mindez nem azt jelenti, hogy az állam az említett forrásokon tulajdonjogot szerezhet. Az egyezmény egyik fő célja az, hogy a biológiai sokféleség megőrzésére vonatkozó technológiák minél hamarabb kidolgozásra és alkalmazásra kerüljenek, valamint ezek összhangban álljanak a fenntartható fejlődéssel. Óriási előre lépést jelent, hogy az egyezmény megalkotói rádöbbenek arra, hogy a genetikai források tekintetében, csakis egy olyan szabályozás lehet eredményes, amely az eszmei szempontokat is szem előtt tartja, és nem pusztán a tulajdonjogi kérdésekre összpontosít. Joggal leszögezhetjük, hogy egy kiegyensúlyozott törvényi szabályozással, valamint nemzeti összefogással megóvhatóak genetikai forrásaink. Magyarországon az egyezmény 1995-ben került kihirdetésre az 1995. évi LXXXI. Törvény keretében.⁹¹

A szellemi tulajdonjogok kereskedelmi vonatkozásairól szóló egyezményt, röviden TRIPS⁹²Egyezményt a Kereskedelmi Világszervezet hozta létre a GATT uruguayi fordulója után. A TRIPS megerősítéséről szóló nyilatkozatot 1994-ben helyezték letétbe, majd nem sokkal később ezt az 1998. évi IX. törvény hirdette ki. Az egyezmény célja az volt, hogy sokoldalú kereskedelmi egyezmények között egy szisztematikus rendszert teremtsen, és ez által elősegítse a megállapodások végrehajtását, igazgatását és működését. Az egyezmény kapcsolatot hozott létre a kereskedelmi megállapodások és a szellemi tulajdon oltalma között. A TRIPS egyik sajátossága az, hogy felállít egy bizonyos „oltalmi minimumot”, és a csatlakozó államokra kiterjesztette a Párizsi Unió Egyezményt, valamint törekedett arra, hogy minél szélesebb körben valósuljon meg a nemzetközi jogharmonizáció. Az egyezmény úgy rendelkezik, hogy a tagállamok egy szélesebb körű, szigorúbb oltalmi rendszer bevezetésére is jogosultak, amennyiben az szándékukban áll. Mindez azonban nem jelent kötelezően alkalmazandó szabályt.

91 Magyar Szabadalmi Hivatal: Biotechnológiai találmányok oltalma. S.n. Budapest, 2001. 118-126. o.

92 TRIPS – Megállapodás: Egyezmény a szellemi alkotások kereskedelmi vonatkozású aspektusairól. Agreement on Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights Including Trade on Counterfeit goods. A GATT Uruguayi fordulóját lezáró egyezségcsomagba tartozik, melyet az 1998. évi IX. törvény hirdetett ki.

SZENT-GYÖRGYI ALBERT BÉKÉRŐL, ERKÖLCSRŐL

Nobel-díjas tudósunk egyik kiemelkedő minőségű alkotását méltatjuk. 1938. november 3-án a Sorbonne díszdoktorává avatták, majd a párizsi Magyar Intézetbe látogatott. Liège-ben vendégprofesszor volt. Ott írta meg művét. Az eredeti cím és év: La paix, sa biologie et sa morale (A béke élet- és erkölcstana) 1938. Az ajánlás: „az ifjúságnak”. A magyar nyelvű kiadás párhuzamosan az eredeti francia szöveggel jelent meg 2001-ben Szegeden, a Bába és Társai Kft kiadásában, fordítását Rakonczai János végezte. Az egyik legkiválóbb irodalomtörténészünk, Péter László professzor szerkesztette és írta az Utószó-t. A kötet keletkezésének, kiadásának történetét foglalja össze – a megszokott gondossággal és szép stílusban.

Tudósunk gondolatgazdag anyaga, ember centrikussága példás, örök igazságok láncolatát nyújtja át, megszívlelendő, közérthető állításokként. Óriási tapasztalat, kritikai elemzés, a béke és az erkölcs lényegének jellemzése – megannyi érdemleges rész.

A fejezetekből néhány sort emelünk ki – reménnyel, szívvel, ajánlással -, hogy minél többen érezzék: érdemes az egész szöveg olvasása. Igazi, valódi Ember írta, mindenkinek az életéért. Az erkölcs nagybecsű alapján.

Az ember kettőssége

Sorstragédiák kerülnek elénk, a történelem paradoxon példái: ”Ha kinyitom az újságot, fegyverkezési költségek megszavazásáról olvasok: óriási összegekről; ez azt jelenti, hogy munkánk gyümölcsének többségét öldöklésre és a kölcsönös pusztítás eszközeire áldozzuk. Részt vettem a világháborúban, és részese voltam kilenc millió ember legyilkolásának. Ők „magukat védtek”; s közben megsebesült vagy nyomorékká vált harminc millió ember, s ennél még többet döntöttek nyomorba. S e hihetetlen mértékű áldozattal egyetlen gond sem oldódott meg, egyetlen nehézséget sem háritottak el. Természetes is, hiszen gazdasági vagy nemzeti kérdést nem lehet ágyúlövésekkel megoldani, ahogy matematikai egyenlettel sem. Csak legyőzettek maradtak: súlyos és tanulságos lecke ez. „Ennek ellenére a háborút követő húsz év alatt fél tucat véres háborút láttunk, és szédítő sebességgel haladunk a végső katasztrófa felé. Nehéz nem arra a következtetésre jutni, hogy az ember a legesztelenebb élőlény, mely féktelen kegyetlensége miatt pusztulásra van ítélve.”

Olvashatunk az egyéni és a társadalmi erkölcscről. Kiderül, hogy negatív tettek miként lesznek érdemek és miként viselkedjen az etikus ember: „Az egyén erkölcsi kódexe így hangzik: ne ölj, ha nem akarod, hogy téged is megöljenek; ne lopj, ha meg akarod tartani azt, amid van; ne hazudj, ha hinni akarsz másoknak; hagyj élni másokat, ha élni akarsz; do, ut des vagyis adj, hogy neked is adjanak. Világosan megértjük, hogy nem lehetünk erősebbek az egész világnál; nem élhetünk úgy, hogy mások fölött uralkodjunk; hogy egymás mellett kell élnünk. Rájövünk, hogy a legjobb személyes védelem a jóakarát, az udvarias magatartás, mások tisztelete, gondolataik és törvényeik tiszteletben tartása, s a fegyverekben nincs biztonság, tartásuk a legtöbb művelt államban tilos is, pontosan

azért, mert a fegyvertartás a biztonság hiányát növeli. Ez az egyén erkölcsi kódexe, egyúttal az emberiségé is, mely egyének összessége. Állpolitikai vagy nemzeti erkölcsi kódex ellentéte az egyén erkölcsi kódexének. Abban nem csak tilos a gyilkosság, hanem hősi erényként dicsőítik. Bizonyos helyzetekben még kötelező is. Végy el mindent, amit tudsz, a módszer nem számít. A lopás a haza érdekében dicsőség, s a tolvajt nemzeti hősként ünneplik. Exportálj, de ne importálj. Légy mindennél erősebb. Nyelvedet, fajtádat, nemzetiségedet, ideológiádat helyezd mindenek fölé, halmozz föl fegyvereket, mérgegszázt, robbanóanyagot, ha biztonságban akarsz tudni magad. Természetesen ilyen erkölcsi kódex nem vezet szilárd társadalmi rendhez.”

A kettősség eredete

Döbbenetek a világtörténelem eseményei, érdemes elgondolkoznunk! „A nagy francia forradalom alatt hány fő hullott a porba az egyenlőség és a testvériség nevében? De napjainkban is tanúi voltunk két nagy öldöklésnek egy-egy ideológia nevében, mégpedig Oroszországban és Spanyolországban.”

Mentségeim

Bizony a tudomány haladása súlyos következményekkel is járhat: „A tudomány úgy adta nekünk a gépfegyvereket, mint kisgyermeknek való játékokat. Úgy rémlik, minden fölfedezés, találmány nem építésre, hanem pusztításra szolgál. Minden tudomány fölfedezés még hatékonyabbá tudja tenni a pusztítás módszereit és újabb veszélyeket rejt magában.”

Miben rejlik a kettősség?

A béke erkölcsi kérdés, szögezi le a fejezet. A közösségi erkölcs hiánya vezet a bajokhoz, ez alapvető tényező.”Már előljáróban kimutattam, hogy a béke lényegében nem szerződéses kérdés, s nem is fegyverkezési probléma, hanem erkölcsi kérdés, s hogy minden baj gyökere egyéni és közösségi erkölcsünk kettőssége, pontosabban a közösségi erkölcs hiánya. Ez a hiány nem hordozott magában végzetes veszedelmet, amíg az embert és a nemzeteket nagy távolság választotta el, s az emberek, tömeggé gyúrása olyan csoportokká, melyek szabadjára engedték a tömegek erkölcstelenségét, csak elszórt jelenség volt.”

A háború, a béke és a világ

A béke akadályairól, a közösség feladatairól szólnak a gondolatok: „A háborúval ellentéte állapot nem az, hogy „nem lövünk”, hanem egyedül csak a méltányosság, a bizalom és az együttműködés: ez az igazi béke, s hogy a békét szavatoljuk, el kell távolítani az útból mindent, ami akadályozza. Ebből lényegi következtetés vonható le. Minthogy a béke nem csak abból áll, hogy nem lövünk, nem elegendő a háború elkerülése, ha egyéni erkölcsi kódexünknek azt a legprimitívebb szabályát, mely szerint nem öltünk meg másokat, kiterjeszhetjük a közösség életére.”

Az emberi cselekvés elmélete

A kora ifjúságban rögződnek az erkölcsi normák – felnőttek világa tehát alapvetően felelős: „Döntő fontosságú tény, hogy minden ilyen benyomás, mely a reakciókat irányítja

vagy módosítja, annál könnyebben és annál maradandóbban alakítható ki, minél fiatalabb az egyén. Pontosabban a kora ifjúság, amikor a szellemi életünk alapelemeit gyűjtjük össze, az a kor, amikor az ilyen szellemi ingereket vita nélkül fogadjuk el, s ezek oly mélyen vésődnek be, hogy az érett életkor semmilyen logikája sem képes őket kitörölni.”

Az ember természete és a reflex mint a társadalom alapja

A személyes tapasztalat, a logika, a kötelesség, az erkölcsi parancs szövevénye tisztázódik: „Vegyük mindennek előtt a legegyszerűbb, legprimitívebb erkölcsi parancsot: ne ölj! Miért ne öljünk? A logika tiltja meg, hogy öljünk? Kétségkívül minden erkölcsi parancs összhangban van társadalmunk érdekeivel, és végtére logikai úton levezethető, hogy nem áll érdekünkben másokat megölni. De bizonyára nem a logika tiltja meg a gyilkosságot. Nincs szükségünk a logikára ahhoz, hogy ne öljünk. Nem jut eszünkbe, hogy öljünk, s még ha a logikus gondolkodás arra ösztönözne is, hogy megöljünk valakit, kezünk nem engedelmeskedne. E tekintetben személye tapasztalatomra hivatkozhatom. A háború alatt zászlóaljam egy gyáva, nagyravágyó és kegyetlen parancsnoknak volt alárendelve. Távol az harcvonaltól, kényelmes fedezékből fölösleges támadásokat vezényelt, s számos bajtársam életét áldozta föl csak azért, hogy kitüntetésekert kapjon. A logikám arra ösztönzött, hogy kötelességem volna megölnöm, s e cselekedetemmel az övénél sokkal értékesebb életeket mentsek meg. Nem féltem e tett következményeitől, de mégsem öltem meg, kezem nem engedelmeskedett. Miért? A gátlások, a gátlási reflexek lehetetlenné tették számomra e cselekedetet. Ezáltal kivételesen a logika és a reflex nem volt összhangban és a reflex volt erősebb.”

A reflex, mint a béke alapja

A béke alapja, fogalma, erkölcsi lényege a téma. „A béke erkölcsi kérdés.” A háború borzalmas sajátosságai, azok oka, keletkezése szintén érdemi összefoglalás:”Mindebből fontos következtetés vonható le: a béke nem szerződéses és fegyverkezés kérdése, még kevésbé a logikáé, hanem erkölcsi kérdés. A béke nem szavatolható olyan egyszerű és olcsó eszközökkel, amilyenek a szerződések, hanem ellenkezőleg, erkölcsi kódex megteremtésével, megfelelő gátlási reflexek kialakításával. Ilyen kódex létrehozása, ilyen reflexek kialakítása végül is erkölcsi forradalmat szülne, a legnagyobb és legszeleesebb körű forradalmat, melyet az emberiség valaha is látott. A nemzetközi szerződések, ahogyan az írott törvények is, érdektelenek és papírrongyok maradnak mindaddig, amíg nem válnak az íratlan kollektív erkölcsi kódex kifejeződésévé, kikristályosodásává. Nagyon fontos jól agyunkba vésni ezt a tételt, a béke erkölcsi kérdés, mert csak a bizonyosság, hogy így van, vezethet bennünket a probléma nagyságának és mélységének, iszonyú nehézségeinek és a megoldás módozatainak felismeréséhez. Józan ésszel nem remélhető, hogy az emberiség magától eljut ennek az erkölcsi kódexnek, ennek az erkölcsi forradalomnak a megteremtéséhez, ahogyan tisztán tapasztalati úton eljutott egyéni erkölcsi kódexéhez. A rombolás eszközei oly hatékonyá váltak, hogy fölvetődhet a kérdés, marad-e valaki, aki tanulhat a világháború gyászos tapasztalataiból. Másfelől a háborúk ahhoz nem elég gyakoriak, hogy háborúellenes reflexeket alakíthassanak ki. Az egyén számára sokkal nehezebb a háború következményeinek mérlegelése, mint egy egyszerű gyilkosságé. Nem várható tehát ilyen forradalom, s minden múltó pillanat további veszélyeket hordoz magában civilizációnk számára. Nem lehet erre számítani

ama másik ok miatt, hogy ellenkező irányból állandóan hat az erőteljes propaganda, melyet azok folytatnak, akik hasznot húznak a félelemből, a szegénységből és az igazságtalanságokból. Másfelől a háborúnak magának nincs is szüksége ilyen propagandára, ő maga propagálja magát és hazugságait. Az egyik legnagyobb csalás a világon, hogy a háborúból csak a túlélők térhetnek vissza, s ők mesélik el nekünk történeteiket. Mi csak ezeket a túlélőket látjuk, s ők azt a benyomást keltik bennünk, hogy a háborúból mindig mindenki visszatér. Történeteik azonban hamisak, bár idővel romantikus elemekkel bővülnek és dicsőség övezi homlokukat!”

Mi a teendő?

A kötet magasrendű szellemi termék, tükrözi a professzor kiemelkedő felkészültségét. Példamutatóam jár el, reálisan kritikusan mutatja be a helyzetet, majd rátér a szüksége és lehetséges teendőkre. Mondatai megfontoltak, tükrözik a segítség vágyát: „Igyekeztünk megérteni a helyzetet és most eljutottunk a probléma gyökeréhez: mi a teendő? Ahogyan a gyógyításban a megelőző eljárás és maga a gyógyítás a betegség okainak megértéséből indul ki, ugyanúgy bizonyos preventív módszerek kínálóznak a háború, e társadalmi betegség elemzésére. Mindabból, amit elmondtunk következik legfőbb feladatunk, hogy minden erőnkkel támogassuk az erkölcsi forradalmat és az emberi gondolkodásban olyan készségeket alakítsunk ki, melyek lehetetlenné tesznek minden cselekedetet, mely nincs összhangban a békével, a népek egyetértésével s az emberi szolidaritás eszméjével. Minthogy ilyen mélyen gyökerező készségek csak a gyermekkorban tudnak kialakulni, minden figyelmünk a gyermek felé fordul, az iskola és a család felé, hiszen ebben a közegben formálódik a gyermek lelke. Nagyon nehéz, szinte lehetetlen a felnőttet formálni, Problémánk első nagy nehézsége itt mutatkozik meg: nem lehet változtatni a felnőttön, ugyanakkor a felnőtt alakítja a gyermeket. Ez az oka, hogy minden erkölcsi előrelépés ily lassú. A gyermek nem érhető el számomra, s reményem nem helyezhetem a felnőttbe... Minden reményem az ifjúság, melynek agya még formálható, s amely hamarosan maga is felelős lesz utódainak neveléséért. A béke kérdése nem politikusok ügye, ez olyan feladat, mely mindannyiunkra hárul, akiket foglalkoztat gyermekeink és az emberiség jövője. Irányítani kell az embert, formálni a jövő nemzedéket.” A következő mondatok: óriási igazság, kiemelkedő jelentőségű. Hozzátehetjük, sajnos időtálló gond: „A történelem tanítása az egyik leghasznosabb módszer a világ igazi szerkezetének megértéséhez. De kell, hogy ez a történelem őszinte legyen, nem pedig meghamisított, manipulált, pártos szellemű, melyet kettős erkölcsünk homályosított el. A háború mindig a kultúra kudarcát, az emberiség súlyos veszteségét jelentette még a dicsőséggel kérkedő győztes számára is. A háború okozta halál és nyomor mindig fölülmúlja a zsákmányt és a kítüntetésekét. Megint előre tolul a béke, mint erkölcsi fogalom: „A béke nem politikai kérdés. Ha megvalósul az erkölcsi forradalom, minden politikai nehézség magától elhárul; míg azonban ez nem születik meg, minden politikai módszer, minden leszerelési konferencia kudarcra van ítélve.

A háborúk másik gyökere

A következő bekezdés is alapvető igazságokat tartalmaz, különösen fontos az első mondata (a világon minden vezető figyelmébe ajánlható): „A történelem arra tanít, hogy a tömegek veszedelmesekké válnak, ha nincs vesztenivalójuk. Ez egészen természetes.

Az élet alaptörvénye az életvágy. Ezért a háborúk egyik forrása az, hogy a széles tömegek élete tekintet nélkül anyagi helyzetükre annyira szegényes, szűk, tartalmatlan, hogy minden áron ki akarnak jutni belőle, még életük árán is. A háborút szívesen fogadják azok, akik ezt a sűrű, kicsinyes és egyhangú életet élik.

„Jóisten” – mit ad, mit nyújt, mennyivel többet, mint minden más: „Életünk kicsinyessége mindig szemembe tűnik, amikor gazdagságát szemlélem. Mindaz a szépség, melyet az emberi szellem megalkotott, mindaz az érték, melyet a tudomány viszonylag olcsó áron nyújt nekünk a könyvek, a rádió közvetítésével, ezt az ember ajándékozta nekünk. De amit a Jóisten nyújt, sokkal jelentősebb: a természet nagy gyönyörűségei kiemérelhetetlenek, és szerencsére az Isten a legnagyobb demokrata, mert úgy akarta, hogy mindezek a nagy gyönyörűségek, mint a szerelem, a napkelte, a virágok, a szabad levegő, a madarak csivitelése, a tenger hullámai, a patak csobogása, mind teljesen ingyen vannak. ... Csak a másodrendű élvezet, mint a nagy szállodák, az unalmas vacsorák kerülnek sokba. Néhány nagy gyönyörűség, mint például a szerelem, elveszíti minden értékét, ha fizetni kell érte...”

Megint olyan szakaszok sora jön, amelyeket nagyon köszönök az akadémikusnak. Évtizedek súlyos tanügyi, oktatási, pedagógiai vitái, bonyodalmai helyett íme, mi a sine qua non, mi a döntő, az elsődleges: „A gyermek lelkének teljes fogékonyságával, kíváncsiságával érkezik és ezt a kis gyermeki lelket olyan pedagógiai elvek oltárán áldozzák föl, melyek szöges ellentétben állnak minden erkölcsi és testi higiénével.

Tizennyolc évesen tizenkét kemény év után itt az eredmény: egy fiatal ember vagy egy fiatal lány, aki gyakran beteges, rövidlátó, idegbeteg, s akinek a feje zúg a fölösleges számoktól, a rendhagyó igéktől s a történelmi dátumoktól, melyeket néhány hét alatt el is felejtnek; elfásult fiatalok, akikben semmi érdeklődés nem maradt a szellemi tevékenység iránt, akik undorodnak a történelemtől, az irodalomtól, mindentől. Föláldoztuk őket a történelmi adatok és a rendhagyó igék oltárán. Megbénítja őket az élet, és soha nem találkoznak újra a szellemi élet nagy örömeivel, melyek tartalommal tudják megtölteni a legszerényebb életet is. Nos, itt van egy ember, aki számára a háború igazi megváltás lesz.

Az európai országokban uralkodik egy elmélet, melyet ugyan sohasem fogalmaznak meg, mégis a pedagógiai rendszer alapja: a könyv arra való, hogy megtanuljunk; az adat arra való, hogy megjegyezzük, s az agy nagy gyűjtőtartály mindenre.

Véleményem szerint ez téves nézet. Az agy nem történelmi adatok tárolására szolgáló szemétkosár, hanem sokkal nemesebb célokat szolgáló eszköz, a gondolkodás és az érzés szerve. Ami az adatokat, képleteket illeti, valóságos kinyilatkoztatás volt számomra a fölismerés, mily csekély mennyiség szükséges ezekből a tudományos kutató számára, holott ő egyike azoknak, akik legjobban rájuk szorulnak.

A könyvek nagy többségének éppen az az értelme, hogy adatokat tartalmaznak, s így megkímélik az agyat.

Jómagam tudományos kutatóként a legnagyobb tiszteletet értem az adatok iránt, s életem annak szentelem, hogy újakat találjak. Munkámhoz sok ezer adat, képlet szükséges.

Néhány ellenvetés

Megint méltatnunk kell a szöveget, a tökéletes tartalmat, évtizedekkel előbb keletkezve, örökérvényűek: „E kérdés eldöntéséhez a diktatúrákat történelmi nézőpontból kell

vizsgálni. A történelem sok diktatúrát ismert, a diktatúra nem új jelenség... A jelenlegi diktatúráknak számos elődje volt: így a történelemből tanulságokat tudunk levonni. Mégpedig legalább három jelentős tanulságot.

A diktatúra rendszerint akkor jön létre, amikor a szervezetlenség, a zűrzavar erős kezet igényel. Szervezetlenség nélkül, mely a francia forradalmat követte, emelkedett ki Napóleon, az orosz forradalom pedig létrehozta Sztálint. Olaszországban a háború utáni zavaros idők emelték Mussolinit hatalomra; az 1919-i békeszerződések készítették elő Hitler jövetelét...

A történelem másik tanítása, hogy a diktatúrák rövid életűek: jönnek és mennek. Ha nem sikeresek, gyorsan összeomlanak; ha viszont sikerül helyreállítaniuk a rendet és nyugalmat, akkor azért tűnnek el, mert megszűnik az őket létrehozó ok. Ezért a diktatúrának ellensége van széksége: újabb és újabb győzelmekre, még akkor is, ha az ellenfél csak törpe kisebbség az országban, vagy ha ezeket a győzelmeket olyan kisebbség fölött aratják, mely nem képes magát védeni.

Harmadszor, a diktatúra, mely egyetlen emberre épül, nem tarthat örökké, azon egyszerű okból, hogy ez az ember is halandó...

Így, mivel egyetlen diktatúra sem lehet örök életű, a kérdés végül arra korlátozódik, hogy meg kell akadályozni létrejöttét. És éppenséggel az erkölcsi forradalom képen legjobban elzárni a diktatúrák útját azzal, hogy főszaolmja a zűrzavar okait:"

Újabb tényközlés: „A tényleges lefegyverzés csak követheti az erkölcsi lefegyverzést: természetszerűen fogja követni, anélkül, hogy szükség lenne leszerelési konferenciákra. Amíg ez a szellemiség nem alakul ki, ilyen nyilatkozatok nemcsak fölöslegesek, hanem egyszerűen nevetségesek.”

Végső következtetések

Az egész kötet záró állításait csatoljuk, bár minden kor minden emberében szilárdan rögzülne: „Csak egy biztonság van: a kollektív erkölcs. A háború megakadályozásának csak a méltányosság és az emberi szolidaritás képes.”

Illendő a szerző teljes, pontos (és sajnos alig ismert) teljes nevének említése: Nagyrápolti Szent-Györgyi Albert Imre.

A MAGYAR BIOETIKAI TÁRSASÁG ALAPSZABÁLYA

a 2013. április 09. napján tartott Közgyűlésen elfogadott szöveg

1. ÁLTALÁNOS RÉSZ

1. §

- (1) A Társaság neve: Magyar Bioetikai Társaság (a továbbiakban: Társaság).
- (2) A Társaság székhelye: 1114 Budapest, Eszék u. 18. II. emelet 12., működési területe Magyarország.
- (3) A Társaságnak téglalap- és kör alakú pecsétje van, mely tartalmazza a Társaság nevét, a téglalap alakú a Társaság székhelyét is, a kör alakú az alapítás évét.

2. §

- (1) A Társaság céljai és feladatai:
 - a) a bioetika és határterületeinek tudományos igényű tanulmányozása, fejlesztése, különös tekintettel a tudományos technikai fejlődésnek az emberrel és környezetével kapcsolatos alapvető etikai kérdéseire;
 - b) tudományos szellemű közösség kialakítása és érdekeinek védelme;
 - c) a fenti területeken az általános és szakmai ismeretek elmélyítése, képviselete és terjesztése elsősorban előadások, konferenciák, tanfolyamok rendezésével.
- (2) A Társaság közvetlen politikai tevékenységet nem folytat, szervezete pártoktól független és azoknak anyagi támogatást nem nyújt.
- (3) A Társaság különös figyelmet kíván szentelni az élet tisztelétére és védelmére, az emberi jogok megvalósításának elősegítésére, az orvosi etika gondjaira, a társadalom és a gazdaság etikai kérdéseire, az emberek kölcsönös megbecsülésének alapján, az emberi környezet és a természet megőrzésének és fejlesztésének feladataira, – a keresztény hagyomány szellemében, figyelemmel a más eszmei irányzatok szempontjaira.

3. §

- (1) A Társaság a közhasznú szervezetekről szóló 2011. évi CLXXV. Törvény (továbbiakban: Khtv.) szerint közhasznú tevékenységeket folytat. Ezen szolgáltatásaiból a Társaság tagjain kívül is bárki részesülhet. A Társaság szolgáltatásai olyan közfeladatok ellátását is jelentik, amelyek törvény által meghatározott közfeladatok: 1. egészségmegőrzés: a lakosság testi-lelki egészségi állapotának javítása, a jobb életminőség elősegítése, az egészségkárosító környezeti, társadalmi és egyéb hatások elleni fellépés (1997. évi CLIV. tv. az egészségügyről, 144. § (1)-(2)); 2. szociális tevékenység, családsegítés: A családok védelme és a családok jólétének erősítése (2011. évi CCXI. tv. a családok védelméről 1. § - 6. §); 3. tudományos tevékenység, kutatás (2004. évi CXXXIV. tv. a kutatás-fejlesztésről és a technológiai innovációról 5. § (3)); 12. emberi és állampolgári jogok védelme: Jogvédelmi feladatok: gyermekek jogai, a jövő nemzedékek érdekei, nemzetiségek jogai, leginkább veszé-

lyezettett társadalmi csoportok jogai (Az alapvető jogok biztosának feladatai 2011. évi CXI. tv.).

- (2) Céljai megvalósítása érdekében a Társaság maga vagy a (3) bekezdésben jelzett együttműködés keretében elsősorban
 - hiteles szakmai véleményeket, állásfoglalásokat alakít ki, saját kezdeményezésre vagy felkérésre,
 - szakmai érdeklődési területe kérdéseiben segítséget nyújt azon szervezeteknek, akik ilyen kérelemmel fordulnak az Társasághoz,
 - szakmai érdeklődési területe körében rendezvényeket szervez,
 - eseti és folyamatos jellegű oktatást végez,
 - publikálási tevékenységet folytat, (pl. kiadja a Magyar Bioetikai Szemlét, stb.)
 - mindezek érdekében nemzetközi kapcsolatokat hoz létre és tart fenn és mint ilyen az Etv. 8. § (1) bekezdésében meghatározott nemzetközi jellegű szervezetként határozza meg magát.
- (3) A Társaság céljai megvalósítása során együttműködik
 - az egészségügyi, etikai, környezetvédelmi társadalmi szervezetekkel,
 - a törvényhozás képviselőivel,
 - a kormánnyal és intézményeivel,
 - az önkormányzatokkal,
 - nemzetközi szervezetekkel,
 - gazdálkodó szervezetekkel,
 - oktatási és kutatási intézményekkel,
 - a sajtóval.

2. TAGSÁGI VISZONY

4. §

- (1) A Társaság tagja lehet minden magyar vagy külföldi állampolgár, aki egyetért az alapszabályban megfogalmazott célkitűzésekkel és vállalja a Társaság tevékenységében való részvételt.
- (2) A tagfelvételt az Elnökség határoz, két tag javaslata alapján. A határozat ellen a Közgyűléshez lehet fellebbezni.
- (3) A tagsági viszony megszűnik:
 - kilépéssel (amennyiben a tag kilépési szándékát az Elnökséghez írásban bejelenti),
 - törléssel (a tag halálával, illetőleg abban az esetben, ha a tag a tagdíjfizetési kötelezettségének nem tesz eleget és az erre történő írásos, ajánlott és tértivevényes levélben történt felszólítás kézhezvételét követő 30 napon belül sem rendezti tartozását, a 30. nap leteltével; a felszólításnak tartalmaznia kell azt a tájékoztatást, miszerint ha a tag az elmaradt tagdíjat 30 napon belül nem fizeti be, úgy a Társaság törli a tagok sorából),
 - a Társaság jogutód nélküli megszűnésével,
 - a tag kizárásával.
- (4) A tag kizárásáról az Elnökség határoz, amennyiben a tag magatartásával vagy tevékenységével a Társaság céljainak megvalósulását veszélyezteti. Az Elnökség határozata ellen a Közgyűléshez lehet fellebbezni.

5. §

- (1) A Társaság tiszteletbeli tagja lehet mindaz a magyar vagy külföldi elismert szakember, akinek eddigi tevékenysége e minőséget indokoltta teszi és aki hozzájárul a Társaság tevékenységének fejlesztéséhez.
- (2) A tiszteletbeli tag címet a Közgyűlés adományozza és annak indokoltságát felülvizsgálhatja.
- (3) A tiszteletbeli tagok száma nem haladhatja meg a 4.§-ban meghatározott tagok létszámának egynegyedét.

6. §

- (1) Jogi személyek és jogi személyiséggel nem rendelkező szervezetek, illetőleg magánszemélyek, amennyiben a Társaság céljaival egyetértenek és tevékenységét támogatják, pártoló tagok lehetnek.
- (2) A pártoló tagsági jogviszony létesítéséről az Elnökség határoz.

7. §

- (1) A 4.§-ban meghatározott tagsági jogviszonnyal rendelkezők jogai:
 - részt vehetnek a Társaság bármely tevékenységében és rendezvényein,
 - részt vehetnek a Társaság közgyűlésén szavazati joggal,
 - megválaszthatják a Társaság testületeit és tisztségviselőit,
 - választhatók a Társaság testületébe vagy tisztségviselőjének,
 - részesednek mindazokból a szolgáltatásokból, melyeket a Társaság biztosít.
- (2) A 4.§-ban meghatározott tagsági jogviszonnyal rendelkezők kötelezettségei:
 - betartják az Alapszabályt,
 - részt vesznek a célok megvalósításában és a feladatok teljesítésében,
 - elősegítik a Társaság testületei és tisztségviselői határozatainak végrehajtását,
 - éves tagsági díjat fizetnek, melyet a Közgyűlés állapít meg.
- (3) A tiszteletbeli és pártoló tagok a Társaság tevékenységét saját eszközeikkel támogatják. A tiszteletbeli tagok tagdíj fizetésére nem kötelezettek. A pártoló tagok által fizetendő működési hozzájárulás mértéke a Társasággal kötött eseti megállapodás függvénye.
- (4) A pártoló és tiszteletbeli tagok jogai és kötelezettségei megegyeznek a jelen szakasz (1) és (2) bekezdésében írt jogokkal és kötelezettségekkel, azzal az eltéréssel, hogy a Közgyűlésen tanácskozási joggal vehetnek részt, nem választanak és nem választhatók.

3. A TÁRSASÁG SZERVEZETE

8. §

- (1) A Társaság vezető testületei:
 - a Közgyűlés,
 - az Elnökség,
 - a Felügyelő Bizottság.
- (2) A Társaság vezető tisztségviselői: az elnök, alelnökök, az elnökség tagjai, a Felügyelő Bizottság elnöke és tagjai.
- (3) A Társaság hosszú távú célkitűzéseinek kialakításához Tanácsadó Testület létrehozását határozhatja el a Közgyűlés.

- (4) A Társaság feladatai megvalósítása érdekében az Elnökség ad hoc munkacsoportokat hozhat létre.

9. §

- (1) A Közgyűlés a Társaság legfőbb testületi szerve, a tagok összessége.
- (2) A Közgyűlés a Társaság működésének valamennyi kérdésében dönthet, amennyiben azok nem tartoznak más testület vagy tisztségviselő ezen Alapszabályban meghatározott hatáskörébe. Ez utóbbi esetben azonban a Közgyűlés a határozatok elleni felbbiteli fórumként szolgál. Más testület vagy valamely tisztségviselő határozatait bármely tag megtámadhatja a Közgyűlés előtt.
- (3) A Közgyűlés kizárólagos hatáskörébe tartozik:
- az Alapszabály elfogadása és módosítása,
 - az Elnökség és a Felügyelő Bizottság megválasztása és visszahívása,
 - a Tanácsadó Testület létrehozása,
 - a tisztségviselők megválasztása és visszahívása,
 - a Társaság éves programjának elfogadása,
 - az Elnökség éves beszámolójának elfogadása,
 - az éves gazdasági beszámoló (mérleg) és a közhasznúsági jelentés elfogadása,
 - tiszteletbeli tagsági cím, illetve más tiszteletbeli címek (Pl. örökös elnök, stb.) adományozása és annak visszavonása,
 - egyesülés kimondása más társadalmi szervezetekkel,
 - a Társaság szétválásának és feloszlásának kimondása,
 - döntés mindazokban az ügyekben, amelyeket az ide vonatkozó jogszabályok vagy az alapszabály a közgyűlés kizárólagos hatáskörébe utal.
- (4) A Közgyűlés évente legalább egy alkalommal ülésezik. Összehívásáról az elnök gondoskodik. A Közgyűlést össze kell hívni a Felügyelő Bizottság, vagy a tagok egyharmadának a cél megjelölésével kifejezett írásbeli kérésére. A közgyűlés ülései nyilvánosak.
- (5) A Közgyűlés határozatképes, ha a szavazásra jogosult tagok több mint fele jelen van. A határozatképtelenség miatt elhalasztott közgyűlés a megjelentek számára tekintet nélkül határozatképes, az eredetileg szabályszerűen összehívott Közgyűlés napirendi pontjaiban, ha erről a tagokat előre tájékoztatták. Szabályszerűen összehívott az a Közgyűlés, amiről az összes – 4.§-ban meghatározott – tagot a napirend megjelölésével a közgyűlés időpontja előtt legalább egy héttel értesítették, kivéve az elhalasztás esetét.
- (6) A Közgyűlés határozatait egyszerű többséggel, nyílt szavazással hozza. A jelenlévők szavazatainak kétharmados többsége szükséges az Alapszabály elfogadásához és módosításához, valamint a Társaság feloszlásának kimondásához. A tisztségviselők választása titkos szavazás útján történik. Szavazategyenlőség esetén ismételt szavazást kell elrendelni, amennyiben az is eredménytelen, azonban az adott kérdés eldöntése nem tűr halasztást, nyílt szavazás esetén a levezető elnök szavazata dönt, titkos szavazás esetén pedig sorshúzással kell dönten.
- (7) A Közgyűlés akkor jogosult az Elnökség tagjának, a Felügyelő Bizottság tagjának vagy bármely tisztségviselőnek a visszahívására, ha az illető
- a Társaság céljait és szellemiségét súlyosan sértő vagy egyébként súlyosan méltatlan magatartást tanúsít,

- a Társaságban betöltött tisztségét vagy megbízatását önhibájából nem, vagy önhibáján kívül álló okból 6 hónapot meghaladó időtartamban nem teljesíti.

10. §

- (1) Az Elnökség két közgyűlés között a Társaság végrehajtó szerve, amely a Közgyűlés kizárólagos hatáskörébe tartozó ügyek kivételével a Társaságot érintő minden kérdésben dönthet.
- (2) Az Elnökség 9 tagú testület, mely a Társaság vezető szerve. Tagjai: a Társaság elnöke, 3 alelnöke, főtitkára, valamint 4 elnökségi tag. Az elnökség megbízatása 4 évre szól. A Közgyűlés az alelnökök közül ügyvezető alelnököt választhat.
- (3) Az Elnökség feladatai különösen
 - a Közgyűlés határozatainak végrehajtása,
 - a Közgyűlés üléseinek előkészítése,
 - döntés tagfelvétel és a tag kizárása kérdésében,
 - pártolótagsági jogviszony létesítése,
 - az éves beszámoló és a közhasznúsági jelentés elkészítése,
 - az éves költségvetés meghatározása,
 - dönt bizottságok vagy szakosztályok alakításáról, megszüntetéséről, megbízta és beszámoltatja azok vezetőit,
 - hazai és külföldi intézményekkel, társaságokkal, Társaságokkal és más szervezetekkel együttműködési megállapodásokat köt,
 - határozatot hoz, intézkedik vagy állást foglal a Társaság egészét érintő bármely ügyben, amelyet jogszabály vagy az alapszabály nem utal más szerv hatáskörébe.
- (4) Az Elnökség szükség szerint, de legalább évente négy alkalommal ülésezik, összehívásáról az elnök gondoskodik, oly módon, hogy a napirendet az Elnökség tagjainak az ülések előtt legalább egy héttel megküldi. A határozatképességhez az Elnökség tagjai több mint felének jelenléte szükséges. Az Elnökség ülései nyilvánosak, kivéve ha az Elnökség a jelenlévő tagjai egyhangú szavazatával zárt ülést rendel el akkor, ha azt a személyes adatok vagy a személyiségi jogok védelme vagy jogszabály kötelezővé teszi.
- (5) Határozatképtelenség esetén az elnökség megismételt ülése a jelenlévők létszámától függetlenül határozatképes az eredeti elnökségi ülés napirendi pontjaival. Erről az elnökség összehívásakor az érintetteket tájékoztatni kell annak érdekében, hogy az elnökségi ülésről való távolmaradásuk jogkövetkezményét előre láthassák.
- (6) Az Elnökség határozatait egyszerű többséggel, nyílt szavazással hozza. Szavazategyenlőség esetén a levezető elnök szavazata dönt.

11. §

A Tanácsadó Testület tagjainak személyére az Elnökség tesz javaslatot, a Társaság tagjai és tiszteletbeli tagjai sorából. A Testület 9 tagból áll, működését saját maga szabályozza.

4. A TISZTSÉGVISELŐK

12.§

- (1) A Társaság elnöke az Elnökség tagjaként:
 - önállóan képviseli a Társaságot,
 - összehívja az Elnökség és a Közgyűlés üléseit,
 - elnököl az Elnökség és a Közgyűlés ülésein,
 - megbízást ad a könyvelés ellátására,
 - munkáltatói jogokat gyakorol a Társaság alkalmazottai felett,
 - ellenőrzi az alapszabály betartását és a Társaság határozatainak végrehajtását,
 - koordinálja a Társaság belső szervezetének munkáját,
 - egyik aláíróként, bármely más elnökségi taggal együttesen utalványozási joga van az Társaság bankszámlája tekintetében.
- (2) A Társaság alelnökei, az Elnökség tagjaként az Elnökség által meghatározott munkamegosztás szerint segítik az elnök munkáját és szükség szerint helyettesítik az elnököt.
- (3) A Társaság főtitkára:
 - a) a Társaság határozatainak és céljainak megfelelően folyamatosan intézi az ügyeket a vezető szervek ülései között,
 - b) előkészíti a Társaság üléseit, és gondoskodik a hozott határozatok végrehajtásáról,
 - c) a 9. /3/ bekezdésében meghatározott esetben és módon utalványozási jogkört gyakorol,
 - d) végzi a Társaság igazgatási, szervezési teendőit, irányítja az ügykezelést a levelezést az elnökkel (távollétében és akadályoztatása esetén a megbízott alelnökkel) egyetértésben,
 - e) gondoskodik a Társaság ülései jegyzőkönyveinek elkészítéséről,
 - f) gondoskodik a Társaság dolgozóinak alkalmazásáról, meghatározza feladataikat.
- (4) A Társaság örökös és örökös tiszteletbeli elnöke lehet az az elhunyt, volt tag, akit a közgyűlés erre a tisztségre meghatároz. Az örökös és az örökös tiszteletbeli elnökök számáról a közgyűlés dönt.
- (5) A Társaság tiszteletbeli elnöke lehet az az élő személy (különösen a Társaság korábbi elnöke), akit a választmány erre a tisztségre megválaszt. A tiszteletbeli elnök tanácskozási joggal, de szavazati jog nélkül vehet részt az elnökségi üléseken.

5. A TÁRSASÁG VAGYONA ÉS GAZDÁLKODÁSA

13. §

- (1) A Társaság tartozásaiért saját vagyonával felel.
- (2) A Társaság bevételi forrásai:
 - a tagdíjak,
 - a pártoló tagok befizetései,
 - a rendezvények, oktatási tevékenység és publikációk bevételei,
 - támogatások magyar és külföldi szervezetek és személyek részéről.

- (3) A Társaság éves költségvetés szerint gazdálkodik, amit a közgyűlés hagy jóvá. A terszzerű gazdálkodásért a főtitkár felelős.
- (4) Az utalványozáshoz aláírási jogot kap az elnök, két alelnök, főtitkár, gazdasági vezető. Az utalványozáshoz bármelyik két megbízott együttes aláírása szükséges.
- (5) A Társaság vállalkozási tevékenységet csak közhasznú céljainak megvalósítása érdekében, azokat nem veszélyeztetve végez.
- (6) A Társaság gazdálkodása során elért eredményét nem osztja fel, azt az alapszabályban meghatározott tevékenységére fordítja.
- (7) A Társaság befektetési tevékenységet nem folytathat, így befektetési szabályzat készítésére vonatkozó kötelezettsége nincs.
- (8) A Társaság megszűnése esetén a Társaság vagyona a Társaság céljaihoz hasonló célkitűzéssel tevékenykedő egyesületek, társadalmi szervezetek és alapítványok között osztható fel, a Társaság feloszlását kimondó közgyűlés határozatának megfelelő arányban.
- (9) A Társaság tevékenységének és gazdálkodásának legfontosabb adatait a helyi vagy országos sajtó útján (honlapján, folyóiratában) is nyilvánosságra hozza.
- (10) A Társaság közhasznú jogállásának esetleges megszűnésekor esedékes köztartozásait rendezi, illetőleg közszolgáltatás ellátására irányuló szerződéses kötelezettségeit időarányosan teljesíti.

14. §

- (1) A Felügyelő Bizottság 3 tagból áll, akiket a Közgyűlés választ. Elnöke és tagjai az Társaságban más tisztséget nem viselhetnek. A Felügyelő Bizottság tagjainak megválasztása négy évre szól.
- (2) A Felügyelő Bizottság feladata az Társaság szabályszerű működésének, pénzügyeinek és ügyvitelének ellenőrzése. Ellenőrzéséről évente beszámol a Közgyűlésnek.
- (3) A Társaság Felügyelő Bizottsága ellenőrzi a Társaság működésének és gazdálkodásának ellenőrzése során a vezető tisztségviselőktől jelentést, a Társaság munkavállalóitól pedig tájékoztatást vagy felvilágosítást kérhet, továbbá a Társaság könyveibe és irataiba betekinthez, azokat megvizsgálhatja.
- (4) A felügyelő bizottság tagjai az Elnökség ülésein tanácskozási joggal részt vehet, illetve részt vesz, ha jogsabály így rendelkezik.
- (5) A felügyelő bizottság köteles az Elnökséget vagy a Közgyűlést értesíteni és annak összehívását kezdeményezni, ha arról szerez tudomást, hogy:
 - a) A Társaság működése során olyan jogsabálysértés vagy a Társaság érdekeit egyébként súlyosan sértő esemény (mulasztás) történt, amelynek megszüntetése vagy következményeinek elhárítása, illetve enyhítése az elnökség vagy a közgyűlés döntését teszi szükségessé;
 - b) a vezető tisztségviselők felelősségét megalapozó tény merült fel.
- (6) Az elnökséget vagy a közgyűlést a felügyelő bizottság indítványára – annak megtételétől számított 30 napon belül – össze kell hívni. E határidő eredménytelen eltelte esetén az elnökség vagy a közgyűlés összehívására a felügyelő szerv is jogosult.
- (7) Ha az arra jogosult szerv a törvényes működés helyreállítása érdekében szükséges intézkedéseket nem teszi meg, a felügyelő szerv köteles haladéktalanul értesíteni a törvényességi felügyelet ellátó szervet.

- (8) A felügyelő bizottság három főből áll, elnökét maga választja meg, ügyrendjét maga állapítja meg. A Felügyelő Bizottság működésére egyebekben az Elnökség működésének szabályai irányadók.

6. ÖSSZEFÉRHETETLENSÉGI SZABÁLYOK

15. §

- (1) A vezető szerv határozathozatalában nem vehet részt az a személy, aki vagy akinek közeli hozzátartozója (Ptk. 685. par. b) pont), élettársa (a továbbiakban együtt: hozzátartozó) a határozat alapján:
- a) kötelezettség vagy felelősség alól mentesül, vagy
 - b) bármilyen más előnyben részesül, illetve a megkötendő jogügyletben egyébként érdekelt.
- Nem minősül előnynek a Társaság cél szerinti juttatásai keretében a bárki által megkötés nélkül igénybe vehető nem pénzbeli szolgáltatás, illetve a Társaság által tagjának, a tagsági jogviszony alapján nyújtott, létesítő okiratnak megfelelő cél szerinti juttatás.
- (2) Nem lehet a felügyelő bizottság elnöke vagy tagja, illetve könyvvizsgálója az a személy aki
- a) a vezető szerv elnöke vagy tagja,
 - b) a Társasággal a megbízatásán kívüli más tevékenység kifejtésére irányuló munkaviszonyban vagy munkavégzésre irányuló egyéb jogviszonyban áll, ha jogszabály másképp nem rendelkezik,
 - c) a Társaság cél szerinti juttatásából részesül – kivéve a bárki által megkötés nélkül igénybe vehető nem pénzbeli szolgáltatásokat, és a társadalmi szervezet által tagjának a tagsági jogviszony alapján nyújtott, létesítő okiratnak megfelelő cél szerinti juttatást –, illetve
 - d) az a)-c) pontban meghatározott személyek hozzátartozója.
- (3) A közhasznú szervezet megszűntét követő két évig nem lehet más közhasznú szervezet vezető tisztségviselője az a személy, aki olyan közhasznú szervezetnél töltött be – annak megszűntét megelőző két évben legalább egy évig – vezető tisztséget, amely az adózás rendjéről szóló törvény szerinti köztartozását nem egyenlítette ki.
- (4) A vezető tisztségviselő, illetve az ennek jelölt személy köteles valamennyi érintett közhasznú szervezetet előzetesen tájékoztatni arról, hogy ilyen tisztséget egyidejűleg más közhasznú szervezetnél is betölt.

7. EGYÉB RENDELKEZÉSEK

16. §

- (1) A főtitkár a Társaság vezető szervei döntéseiről olyan nyilvántartást vezet (Határozatok Tára), amelyből a vezető szerv döntéseinek tartalma, időpontja, hatálya, illetve a döntést támogatók és ellenzők számaránya (ha lehetséges személye) megállapítható.
- (2) A főtitkár gondoskodik az egyes személyeket érintő döntések ajánlott postai küldeményben történő közléséről, illetve a Társaság összes tagját vagy a tagok nagyobb

csoportját érintő döntéseknek a Társaság folyóiratában történő közléséről, nyilvánosságra hozataláról.

- (3) A Társaság működésével kapcsolatosan keletkezett iratokba – különös tekintettel a közhasznúsági jelentésre – előzetes, a főtítkárhoz intézett írásbeli kérelem alapján bárki betekinthes, azokról saját költségén másolatot készíthet.
- (4) A Társaság működéséről, szolgáltatásai igénybevétele módjáról, beszámolói közléséről az Elnökség a Társaság időszaki kiadványában és honlapján tájékoztatja a nyilvánosságot.
- (5) A Társaság az éves beszámoló jóváhagyásával egyidejűleg közhasznúsági jelentést készít.
- (6) A közhasznúsági jelentés tartalmazza:
 - a) a számviteli beszámolót,
 - b) a költségvetési támogatás felhasználását,
 - c) a vagyon felhasználásával kapcsolatos kimutatást,
 - d) a cél szerinti juttatások kimutatását,
 - e) a központi költségvetési szervtől, az elkülönített állami pénzalaptól, a helyi önkormányzattól, a kisebbségi települési önkormányzattól, a települési önkormányzatok társulásától és mindezek szerveitől kapott támogatás mértékét,
 - f) a Társaság vezető tisztségviselőinek nyújtott juttatások értékét, illetve összegét,
 - g) a közhasznú tevékenységről szóló rövid tartalmi beszámolót.
- (7) A Társaság éves közhasznúsági jelentésébe bárki betekinthes, illetőleg abból saját költségére másolatot készíthet.

17. §

Az Alapszabály által nem szabályozott kérdésekben az 2011. évi CLXXV. törvény rendelkezései irányadók.

Budapest, 2013. április 09.

dr. Rojkovich Bernadette
elnök

FOLYÓIRAT REFERÁTUM

ZÁBORSZKY MAGDA

EMBERI KÍSÉRLETEK

Duncan Vere Human Experiments Christian Medical Fellowship 15. melléklet

A betegeken való segítség útja, módja ritkán alapul a véletlenen, ihletett feltevéseken vaktában végrehajtott kísérleteken. Ahhoz, hogy új és jobb kezeléseket találjanak, és a betegség kórélettanát felfedjék, kulcs fontosságú az emberi önkénteseken való tesztelés. Hogy ez a kísérlet etikus legyen, oly módon kell lefolytatni, amely tiszteletben tart minden egyes résztvevő embert. Az orvosi kutatásokat szabályozó nemzetközi kódok az emberi élet értékének és belső méltóságának bibliai értelmezéséből vonhatók le, vagy azt tükrözik vissza.

Egy lelkes orvos kísérletezik New Yorkban hajléktalanokon. Sok meghal közülük, de ő folytatja, remélve, hogy a károsodott idegek gyógyírját megtalálja. Ez az Extrém mértékek című film témája Hugh Grant és Gene Hackman főszerepével.

A film végén magunkra maradunk a kérdéseinkkel az emberi kísérletek erkölcsi hasznát illetően és hogy mit kezdjünk azokkal az adatokkal, amelyek etikátlan kutatásokból származnak. Az említett szituáció lehet, hogy fikció, de a téma nagyon is reális.

A mai orvostudomány próbálja megérteni az egészséges emberi test működését és azt, ami meghibásodik benne. Keresi az utakat, hogy azt helyre lehessen állítani, vagy segíti a személyt, hogy a károsodással együtt tudjon élni.

Hogy ezeket tudják értelmezni, az orvosoknak és tudósoknak meg kell figyelni, hogy mi történik, ha egy személy egészséges, és meglátni, hogyan változik meg mindez, amikor a személy beteg.

A megfigyelésekre alapozott eredmények értékes betekintést nyújtanak, de az adatok soha sem precízek. Ahhoz, hogy világosabb elgondolásunk legyen arról, ami az egészséges, a beteg szervezetben, vagy a kezelés alatt történik, az orvosoknak kísérletet kell végezni.

A kísérleten alapuló kutatásban a kutatók megpróbálják ellenőrizni a helyzetet, úgy, hogy hajszálpontosan megállapítják a beavatkozás részletekbe menő hatását. Gondosan összeállított kérdéseket tesznek fel, majd megfigyeléseket végeznek, hogy megvilágítsák a válaszokat.

A kísérleteken alapuló kutatás előnye, hogy az eredmények világosabban érthetők. Mégis a szituáció ellenőrzése közben a kutatást végzők megváltoztathatják azt úgy, hogy az eredmények kevésbé lesznek ráilleszthetők a való életre.

Az emberi kísérleteket etikusán kell kivitelezni. A munkát magas szintű biztosítékoknak kell szabályozni, hogy a becsületességnek egy rendszerét alkossák meg az orvosok és az önkéntesek között.

Ezek a nagy igényeket támasztó standardok visszatükrözik az egyedi emberi élet magas értékének filozófiáját, mely bibliában gyökerezik.

Mi is az a kísérlet?

Bizonyos mértékben az orvoslás is egy kísérlet. Az orvos megnézi a beteget, ad egy diagnózist, majd ajánl egy kezelést. Az orvos és a beteg is várja, hogy mi fog történni. Soha sem lehetnek biztosak abban, hogy a kezelés a kívánt eredményt fogja hozni, mert az élet folyamatai változóak.

Ebből kifolyólag a betegséget kiváltó okok és a kezelés eredményei soha sem mondhatók meg teljes bizonyossággal. Az orvos csupán annyit tehet, hogy a siker valószínűségét jósolhatja meg.

Mégis van két fontos különbség a szabályos terápia és a kísérlet között. Első sorban a rutinszerűen használt terápiák mögött is egy sor kísérleti evidencia áll, mely azt mutatja, hogy az hatásos lesz, miközben a kísérletes terápiák esetén mindig számolni kell több bizonytalansággal.

Másod sorban a kísérletes terápiák szigorúbban körülhatároltabbak, ellenőrzöttebbek, mint egyéb terápiák. Könnyű feltételezni, hogy a kísérlet kimenetelének bizonytalansága az orvosi csapat hanyagságra indítaná, mégis a jó kísérletekben a hibák fürkészésének megnövelt szintje ezt kompenzálja.

Érdemes megjegyezni, hogy az orvosi kísérleteket két széles kategóriába sorolhatjuk. Terápiás kísérletek a betegséggel, vagy fogyatékossgal való megküzdés útjait keresik, a nem terápiás kísérletek megpróbálják növelni a képességeinket a diagnózis felállítására és segítenek megérteni, hogy a betegség miképpen változtatja meg a test normális funkcióit.

Egyes kritikusok azt állítják, hogy a biológiai rendszerek túl változatosak kísérletek végzésére, hogy azokból értelmes eredményeket lehessen levonni. Kijelentik, hogy jó kísérletet „kemény” tudományokban lehet lefolytatni, mint amilyen a fizika és a kémia. Ezen a problémán felül lehet kerekedni úgy, hogy ugyanazt a procedúrát nagy csoporton végzik el és tömörítik az adatokat.

A résztvevők

Senkit sem lehet becsapni, bizalmával visszaélni, a résztvevőknek feltételeket szabni, hogy részt vegyen egy kísérletben. Nekik valóban önkénteseknek kell lenni, akik tudják, miben vesznek részt és hajlandók is erre. Nem ajánlható nekik ésszerű anyagi ellenszolgáltatás sem.

A résztvevők ki kell, hogy tudjanak lépni a kísérletből minden indokolás nélkül. Nem tehetők ki szüségtelen kockázatoknak, vagy olyan kockázatoknak, amelyek nincsenek arányban a várható eredménnyel.

Bárki, aki beleegyezik abba, hogy részt vegyen egy kísérletben, kell, hogy értse, mibe is kapcsolódott be. Az orvosok meg kell, hogy magyarázzanak minden kockázatot és a bizonytalanságok minden egyes területét. A személynek tudni kell, hogy mi történik akkor, ha a dolgok rossz irányban haladnak és milyen kártalanítás áll rendelkezésre. A magyarázatoknak benne kell lenni az írott protokollban. Mindezt együttvéve informált önkéntes beleegyezésnek nevezik, melynek elve a Világ Orvosi Egyesületeinek Helsinkai Deklarációjában, annak útmutatásiban benne foglaltatik.

A deklaráció az emberi kísérletek során előzőleg előfordult végzetes visszaélések válaszául született, mint amilyenek a náci Németországban és az Egyesült Államok közegészségügyi tesztelése során megtörténtek, ahol az emberek veszélyes fertőzéseknek, vagy sugárhatásnak voltak kitéve megfelelő beleegyezés nélkül.

Kontrollok és placébók

Minden kísérlethez hozzá tartozik az összehasonlítás bizonyos formája két, vagy több helyzetben. A résztvevőket csoportokra oszthatják, és különböző kezeléseket adhatnak nekik, hogy összehasonlíthassák azokat, vagy pedig különböző kezelések adhatók minden egyes résztvevőnek. Ilyenkor az egyes személynél a különböző periódusok kezeléseit hasonlítják össze.

A kísérlet egy csoportját, vagy részét kontrollnak nevezik és a kísérletnek ebben a részében a történések normális lefolyása megjelenhet. A kontrol a kísérletezőnek egy háttérrel adhat, hogy a kezeléseik eredményességét megítélhesse.

Kontrolra szükség van, mert a beteg tünetei néha egyszerűen attól a ténytől javulnak, hogy gyógyszert kapnak, vagy sebészi kezelésben részesülnek. Nehézzé teszi a megítélést, hogy mi vezethető vissza a terápiára és mi a beteg saját érzelmi válaszára. A kontrol csoportok elkülöníthetik a kezelés fizikai és pszichológiai hatását.

Alkalmadtán a kontrol csoportnak vak kezelést adnak, melyet placébónak neveznek. Ilyen esetben az önkéntesek nem tudják, hogy kezelésben placébót, vagy gyógyszert kapnak. Az a cél, hogy elkülöníthessék a személy kezelésbe vetett hitét a kezelés eredeti fizikai hatásától.

A VILÁG ORVOSI EGYESÜLETEINEK HELSINKI DEKLARÁCIÓJA

A Helsinkii deklarációt a Világ orvosi Egyesületei 1964-ben befogadták. Attól kezdve ötször kiegészítették, legutóbb 2000-ben Edinburghban

A deklaráció célja az etikai alapelvek lefektetése, hogy az orvosok és más résztvevők részére útmutatást nyújtsanak olyan az orvosi kutatásokban, amelyekbe emberi alanyokat is belevonnak. A nyitó paragrafusok az etikai kutatások számára alapelveket állapítanak meg:

A 2. paragrafus kimondja, hogy az orvosnak a tudását és a lelkiismeretét kell használni, „hogy előmozdítsa és biztosítsa az emberek egészségét”.

A 3. paragrafus emlékezteti az orvost a Világ Orvosi Egyesületei Genfi Deklarációjának megállapítására („Betegem egészségét fogom először figyelembe venni.”) valamint a Nemzetközi Orvosetikai Törvényt, mely kijelenti, hogy „Egy orvosnak csak a beteg érdekében kell cselekedni, amikor olyan kezelést ad, amelynek hatása beteg fizikai és szellemi állapotát gyengítheti.”

Az **5. paragrafus** megállapítja, hogy az orvosi kutatásban minden egyes emberi alany jóléte felül kell, hogy írja a tudomány, vagy a társadalom érdekeit.

A 8. paragrafus figyelmeztet arra, hogy speciális védelemre van szükségük különösen sebezhető embereknek:

- Akik szociálisan és orvosilag hátrányos helyzetűek
- Akik nem tudnak adni beleegyezést, vagy nem tudják azt visszautasítani
- Akiket kényszerítenek a részvételre

A deklaráció tehát emlékezteti a kutatókat, hogy különösképpen legyenek gondosak, amikor a résztvevőnek nincs személyes haszna a kutatásból, és amikor a kutatást rutin ellátással kombinálják.

A 9. paragrafus emlékezteti a kutatókat a kötelességükre, hogy legyenek tudatában a saját hazájukban érvényes etikai, törvényes és rendeleti elvárásoknak

Előítélet és vakság

Az orvosi kísérleteket úgy végzik, hogy a lehető legkisebb elfogultság se forduljon elő. Elfogultság lehetséges, ha a megfigyelők egy különösképpen várt kimenetelt várnak és az ehhez legközelebb álló eredményt választják. A résztvevők is elferdíthetik az eredményt, azáltal, hogy hibásan közlik a kezelés hatásosságát.

Ennek elkerülésére van az önkéntesnek és az orvosnak a „megvakítása”. Az ilyen kísérletekben kódokat használnak, hogy senki se tudja, hogy milyen kezelést alkalmaznak. A kódokat csak a kísérlet végén „törik fel”.

Ez nem mindig valósítható meg. Például nem végezhető csípő műtét anélkül, hogy ne tudná mindenki, hogy mi történik. Egyébként sok esetben, mint például egy új gyógyszer bevezetésénél a „vakság” rendkívül hasznos.

A fázisok 1-4-ig

Az évek alatt egy standard minta fejlődött ki azon az úton, hogy új elméleteket próbáltak ki a humán kutatásokban.

Először laboratóriumi tanulmányok mutatták, hogy a sikernek egy magas esélye van. Az 1 fázis kísérlet akkor kezdődik, amikor először adják embernek a kezelést. Ebben a fázisban a kezelést egészséges önkénteseken tesztelik. Ez persze olyan kezelésekre korlátozódik, amikor a kezelés nem kockázatos.

Az 1 fázis tanulmányok célja, hogy megtalálják a biztonságos dózisokat, hogy meg tapasztalják a kezelés nem várt hatásait és, hogy megmérjék az absorbeált mennyiséget. Ha nem adódik probléma, térnek át a 2. fázisra, amikor a kezelést a betegek egy kis csoportjánál alkalmazzák, akik a vizsgált betegségben szenvednek. A cél, hogy kimutassanak bármilyen jótékony hatást. A 3 és 4 fázisban a kezelést nagyobb beteg csoportoknak adják, hogy megállapítsanak bármely jótékony hatást és folyamatosan nyomon kövessenek minden nem várt hatást. A teszteket azonnal le kell állítani bármely fázisban, ha az ártalmas. A munkát nem lehet publikálni, ha a kísérlet etikátlan.

Elég a számoláshoz

Az önkéntesek számát mindig kalkulálni kellett. Túl kevés önkéntes nem ad elég hihető eredményt, amely a véletlentől megkülönböztetné. Túl sok önkéntes pedig felesleges anyagi forrásokat emészt fel és több ember egészségét kockáztatná.

Indulási szabványok

Emberi kísérletekre vállalkozó önkéntesek igen gyakran nem tudják teljesen felbecsülni, ahogyan a tanulmány meg lett tervezve. Ezért vannak nemzeti és nemzetközi szabályok, melyek minden kísérletre kell, hogy vonatkozzanak, beleértve az ember kísérleteket is. A Helsink Deklaráció megalkotott egy nemzetközi keretet, melyet nemzeti törvényhozás megerősít.

Ráadásul az angol törvény kijelenti, hogy minden orvosi kísérletre vonatkozó javaslatot előzetesen közre kell adni és egy hozzáértő bizottság által felül kell vizsgáltatni, amely bizottság független a kutatóktól. Helyi humán etikai kutató bizottságok általában véghez viszik ezt a páratlan felügyeletet.

Angliának is van egy nemzeti etikai bizottsága, azokon kívül csoportok, melyek speciális területekkel foglalkoznak, mint amilyen az Emberi Termékenységi és Embriológiai Hatóság és az Emberi Magzati Anyag Használatát Szabályozó Bizottság.

Más csoportokat pszichológiai és genetikai kísérletek témakörére specializáltak. Az orvosi kutatási tanács egész sor füzetet tesz közzé, mely az orvosi kutatásra vonatkozó szabványokat ismerteti.

Míg az Egyesült Királyságban az etikai bizottságok egész rendszere működik, sok más részén a világnak nincsenek formális szabályozások.

Az egyed értéke

Az emberi kutatásokban gyakran van egy feszültség a között a két szándék között, hogy az emberiség számára jót tegyünk, és a hogy segítsük és védelmezzük azokat, akik most szenvednek valamely betegségben. Soha sincs jogunk a jelen korban szenvedőket feláldozni azoknak az érdekében, akik még ezután jönnek a világra.

Egyensúlyozás a kockázatok között

A kockázatokat mindig mérlegelni kell a lehetséges jótétemény ellenében. Az önkéntest csak akkor kell nagyobb rizikónak kitenni, ha kezelés nélkül még nagyobb lenne a kockázat.

A kockázatot nehéz megítélni. Egyik ember egy különös rizikót mindennaposnak tart, addig a másik mindent megtesz, hogy azt elkerülje.

És azután?

Felmerül az a kérdés, hogy mi történik akkor, ha a kísérlet leáll. Az emberek egy nagyszerű kezelést kapnak, amíg a kísérletbe be vannak vonva, de a kezelés megszűnik a protokoll végén. Néha a beteg rosszabb állapotba kerül, mint azt megelőzően.

Placebo

A Helsinki Deklaráció 29 § csak abban az esetben enged meg placebo használni, ha nincs más létező kezelési mód, amivel össze lehessen hasonlítani az eredményt.

BESZÁMOLÓ

FARAGÓ ISTVÁN

KONFERENCIA A MEDDŐSÉGRŐL ÉS A NAPROTECHNOLÓGIÁRÓL

Szent István Bazilika, 2013. április 9.

Bíró László püspök úr, a MKPK Családreferense konferenciát hívott össze a Szent István Bazilikában április elején, mely elsősorban lelkipásztoroknak, hitoktatóknak szólt, de néhányan orvosként is részt vehettünk rajta. Témája a meddőség, a meddőség okainak kezelése, valamint ezek orvosi, bioetikai és lelkipásztori megközelítése volt.

Elsőként a téma felvázolását, aktualitását és rendkívüli fontosságát hallhattuk Bíró László püspök úrtól. Néhány gondolat az elmélkedésből. Hazánkban ma a fiatal párok 18-20%-a meddő, terméketlen. Egyes európai országokban ez az arány eléri a 25%-ot.

Ugyanakkor ma Európában minden 5. várandós anya abortuszt végeztet! Évi 2,8-3millió-s számmal ma Európában az első számú halálozási ok lett az abortusz, amely így a népesség előregedésének is fő oka. Ezek a tényezők ugyanakkor jelentősen hozzájárulnak Európa gazdasági válságához is, amely a felszínen jelzi az emberi lélek mélyén húzóódó értékvláságot – ahogyan ezt Carlo Casini brüsszeli parlamenti képviselő is megállapította.

Európa ma halálosan beteg – idézte Püspök atya egy spanyol lelkipásztor kollégáját. Megállhatna Európa népességének fogyása, tehát a súlyos szociális krízis, ha visszatérnénk az ember eredeti, Istentől neki rendelt értékeihez, amely háttérbe szoríthatná a magzatgyilkosságot, teret engedve az Élet Kultúrájának. Ezután Püspök atya egy kis történelmi visszatekintést végzett, sorra véve az Egyházi Tanítóhivatal bioetikai kérdésekben való állásfoglalásait, megnyilatkozásait.

VI.Pál pápa 1968-ban kiadott „Humanae vitae” enciklikája úttörő volt az első szexuális forradalom idején, amely a Halál Kultúrájának kapuját nyitotta meg. Aktualitását ma sem veszítette el. Ez az enciklika nagy jelentőségű válasz volt a korábban Amerikában bevezetett első fogamzásgátló pirulák használatára vonatkozólag (ezért is hívták Pirula-enciklikának), amelyek elterjedése, és nem kellő biztonságos volta ezután megnyitotta az abortusz legalizálásának lehetőségét 1973-ban.

Nagy jelentőségű volt Boldog II. János Pál pápa által 1981-ben megjelentetett „Familiaris Consortio”, majd az 1987-ben közzé tett „Donum Vitae” enciklika. Ez utóbbi nagyrészt a mesterséges megtermékenyítésről (IVF: in vitro fertilizatio) szól. Ismerteti az Egyháznak kizárólag a természetes, a házastársi aktus során bekövetkező megtermékenyítés melletti kiállását, hangsúlyozva, hogy a mesterséges beavatkozásoknak a házasságban élő párok házastársi aktusát kell, hogy elősegítsék. Így erkölcsileg teljesen elfogadhatatlannak ítéli az „in vitro” megtermékenyítés mindkét formáját (homológ és heterológ). Hogy erkölcsileg miért kifogásolja az Egyház Tanítóhivatala a homológ in vitro megtermékenyítést is, idézünk a „Donum Vitae” enciklikából:

„Az in-vitro fogamzás technikai cselekmény eredménye, mely által a megtermékenyítés létrejön; ezt azonban sem ténylegesen nem úgy érik el, sem szándékosan nem úgy törekednek rá, mint amely a házastársi egyesülés sajátos aktusának kifejezője és gyümölcse”. - „A művi homológ megtermékenyítés a családon belül nem megengedhető, kivétel az az eset, amikor a technikai eszköz nem a házastársi aktust helyettesítené, hanem a házastársi aktus természetes céljának könnyebb eléréséhez alkalmas segédeszköznek bizonyulna”.

Ugyancsak Boldog II. János Pál pápa jelentett meg két további enciklikát: 1995-ben az „Evangelium Vitae”, majd 2000-ben, a Millenium évében a „Dignitas Personae” látott napvilágot. Ezek az Élet kultúrája és az emberi személy méltósága (amely istenképiségünkől következik) melletti kiállás tanúi.

Boldog II. János Pál pápa a Test Teológiája c. művében kifejti, hogy Isten jónak és tiszteletre méltónak teremtette testünket, amelyet lelkünkkel együtt akar üdvözíteni. Az egész emberi személy kapott meghívást az üdvösségre, amely személy test és lélek csodálatos egysége. Ezért a női méltóságot torzítja, testileg és lelkileg egyaránt, ha a szíve alatt megfogant magzatot megöli, kiveti magából. Nem tudja megbocsájtani magának ezt a tettet, ezért lelkileg is maradandó károsodást szenved.

Ezt követően Püspök atya XVI. Benedek pápa gondolataiból idézett. Az egyik gondolat kiemeli, hogy egy nép civilizáltsága, kultúráltsági foka azon mérhető le, hogy hogyan szolgálja az életet, hogyan kezeli a beteget, szenvedőket és elesetteket. A másik

gondolat XVI. Benedek pápa lemondása előtt néhány nappal hangzott el, az Élet Napján, február 3-án: „Minden embert oltalmazzanak méltóságában!”.

Ezt követően dr. Csépanyi Gábor orvos-lelképásztor tartott rövid előadást a meddőség orvosi okairól, hátteréről. Ha egy-két évig próbálkoznak a felek, és nem jön a gyermek, nem jön létre a foganás, akkor orvoshoz tanácsos fordulni. Kiderült az előadásból, hogy a fiatal párok terméketlensége 30%-ban férfi eredetű, és ugyanilyen arányúak a női okok. 10%-ban együttesen felelősek a meddőségért, és 25%-ban pedig ismeretlen ok húzódik meg mögötte. A terméketlenség eseteiben a fiatal férfiak spermiumszáma, valamint a spermiumok mozgékonysága jóval alatta maradhat a normális, a megtermékenyítéshez szükséges szintnek. A női okok között 50%-ban anatómiaiak (pl. endometriosis), 40%-ban pedig ovulációs zavarok állapíthatók meg. A megfogant magzat spontán elvetélésének fő okai lehetnek az anyaméh myomás elváltozásai.

Az asszisztált reprodukció, tehát a mesterséges megtermékenyítés során elindított 100 megtermékenyítésből mindössze 20-30%-ban születik gyermek. Ennek pedig 20%-a ikerállapotosság.

Ezt követően Tima Renáta fiatalasszony tartott beszámolót a mesterséges megtermékenyítés során szerzett tapasztalatairól. Igen sok nehézségen mentek keresztül férjével, mind testi és lelki, mind anyagi szempontból, amíg az adoptálás mellett döntöttek. Így ma három gyermekes boldog szülők. Tehát ez is lehet valakinek az életútja: ha bármi okból meddőség fordul elő a párnál, még mindig lehetnek szülők más módon, pl. örökbefogadás révén.

A mesterséges megtermékenyítésről (IVF) Nyéki Kálmán atya, a Pázmány Péter Katolikus Egyetem bioetika oktatója tartott rövid ismertetőt. Elmondása szerint folyamatosan mélyül a hite, mivel sok olyan párral találkozik, akik az Egyház ide vonatkozó tanítását próbálják követni. A perszonalista filozófiai iskola szerint az ember fogantatásától kezdve személy! A római Szent Szív Katolikus Egyetem Bioetikai központja 1989-ben dokumentumot tett közzé, amely az Egyház tanításával összhangban többek között a mesterséges megtermékenyítés témájának erkölcsi megítélését veti fel, illetve sérelmezi az ilyen eljárásokat. A legfontosabb érve az Egyháznak ezzel szemben az, hogy nem szabad szétválasztani a pár szerelmi aktusát a gyermeknemzéstől. A születendő gyermeknek joga van ahhoz, hogy szentségi házasságban, férfi és nő természetes szerelmi, házassági aktusából szülessen.

Kálmán atya elmondása szerint a mesterséges megtermékenyítést követő beültetést sikertelen beágyazódás esetén orvosilag 2-3-szor lehet megismételni. Milyen erkölcsi aggályok merülnek fel a mesterséges beavatkozásokkal kapcsolatban?

1. Szabad-e egyáltalán beavatkozni a megtermékenyítés folyamatába?
2. Csak egy részét ültetik be a megtermékenyített petesejteknek. Mi lesz a sorsuk a többieknek? Kik ők vagy mik ők?
3. Megállapítható a neme a születendő magzatnak (prenatális diagnosztika), így ez beültetés előtti szelektáláshoz vezethet. Így ezekkel az orvosi technikákkal például Kínában kb. 50 millió leányt nem engedtek megszületni.

A heterológ mesterséges megtermékenyítés folyamatával kapcsolatban is számos erkölcsi aggály merül fel:

Kinek a gyermeke lesz a megszületett magzat?

Történt-e házasságtörés, hiszen a biológiai apa nem a feleség férje, hanem egy idegen férfi (az iszlám nagon szigorú ebben a kérdésben)?

A biológiai apa helyett csak nevelőapa lesz a férj.

Joga van-e a gyermeknek genetikai apját felkutatni?

Magyarországon mind a homológ, mind a heterológ mesterséges megtermékenyítés megengedett, de pl. Olaszországban csak a homológ in vitro fertilizáció engedélyezett. Komoly kérdés még, hogy a társadalom közteherviselésébe meddig lehet ezeket az eljárásokat beilleszteni, illetve ki viselje ezeket a terheket? További súlyos probléma az IVF során megtermékenyített, de be nem ültetett embriók sorsa mi lesz, és a lefagyasztott embriók fölött ki és mi módon fog rendelkezni, ha a genetikai apa vagy anya meghal?

Végezetül a NaPro technológiáról hallottunk egy átfogó ismertetést. A rövidítés az angol szakirodalom Natural Procreative Technology terminust takarja, amely magyarul Természetes Prokreációs Technológia kifejezésre fordítható. A módszer kidolgozása az amerikai Thomas Hilgers szülész-nőgyógyász professzor nevéhez fűződik, amely a már jól ismert Billings módszeren alapul. A Humanae Vitae 1968-as megjelenése után, ezen alapuló természetes, tehát helyes születésszabályozási módszerek után kutattak a szakemberek, míg a 70-es évek közepére megszületett a Billings ausztrál orvosházaspár jóvoltából a róluk elnevezett Billings vagy ovulációs módszer, mint természetes születésszabályozási módszer. Ennek hatékonysága a szakirodalom szerint eléri a 99%-ot.

1976-ban Hilgers professzor megbízást kapott a Billings módszer hatékonyságának vizsgálatára. A vizsgálatban résztvevő nők táblázatokat töltöttek ki ciklusaik folyamataról; ezeket vizsgálva Hilgers professzor rájött, hogy a női test folyamatosan rendkívül sok jelet ad a ciklusok során. Ezek alapján dolgozta ki a Creighton modellt 1980-ban, amely a Billings módszer szigorúbb standardizálása. Nem invazív, a természetes ciklusokkal működik együtt, megkeresi a meddőség okát és gyógyítja. Az első évben 50-80%-os a sikerráta a megtermékenyülésre, a második évben ez akár 65%-ra is emelkedhet. Jó ciklus esetén 6 hónapon belül 98%-os az esély a babára! A NaPro Technológia óriási előnye, hogy férfi meddőségre is megoldást kínál, és akár százezres spermiumszám mellett is létrejöhet a megtermékenyítés.

Magyarországon ma 150 ezer pár tekinthető meddőnek, és többségüknek lenne módja orvosolni ezt természetes úton és módon, csak nem tudnak róla. A NaPro technológia természetesen nem csodaszer, hanem egy új szemléletmód. Sok odafigyelést, tanulást, türelmet és persze imát igényel a párok részéről, hogy ilyen módon juthassanak gyermekhez, aki természetesen így is óriási ajándék lesz a számukra.

A konferencia zárószavaiban Bíró püspök úr kiemelte, hogy az Egyháznak, így hívő emberként nekünk is a remény közvetítése a legfontosabb. Hiszen Jézus Krisztus küldetése is ez volt: felcsillantani a reményt az emberiség számára és visszavezetni az embert eredeti, Istentől rendelt – ezért természetes – hivatásához.

Püspök atya említette Ferenc pápánkat idézve, hogy még a párizsi főrabbi is felemelte szavát az IVF, tehát a mesterséges megtermékenyítés ellen, amelyet nem csak katolikus problémának, nem is csak keresztény problémának, hanem általános, és alapvető emberi problémának nevezett.

Az Egyház által kimondott sok „nem”, a sok tiltás, alapvetően egy igen az életre – idézte egy lelkipásztor kollégáját Püspök atya!

BESZÁMOLÓ

A MAGYAR BIOETIKAI TÁRSASÁG 2013. SZEPTEMBER 20-21-I KONFERENCIÁJÁRÓL

„A sokszínű bioetika és orvosi jog aktuális kérdései” címmel került sor 2013. szeptember 20-án a Magyar Bioetikai Társaság, a Magyar Katolikus Jogászok Egyesülete, a Magyar Katolikus Orvosok Szent Lukács Egyesülete, a Pacem in Utero Egyesület, a KDNP Család- és Életvédelmi Munkabizottsága által szervezett konferenciára, a Pázmány Péter Katolikus Egyetem (PPKE) Jog- és Államtudományi Kar II. János Pál termében. Első részben DR. JOBBÁGYI GÁBOR professzor (PPKE) üléelnöksége mellett az alábbi előadásokat hallgatta meg a több mint 60 fős nagyérdemű közönség - köztük szép számmal megjelenő bioetikát hallgató diákok is, az Egyetemről.

PROF. DR. FALUS ANDRÁS (akadémikus) a genetika, epigenetika bioetikai kérdéseiről
DR. ÉGER ISTVÁN (MOK elnöke): Vitatott kérdések az új Orvosi Etikai Kódex megalkotásakor

DR. LÁBADY TAMÁS (volt alkotmánybíró, egyetemi docens, PPKE): Vagyoni kártérítés genetikailag sérült gyermek születése esetén

DR. VELKEY GYÖRGY (a Magyar Kórházszövetség elnöke, a Bethesda gyermekkórház főigazgatója): Gyermekegészségügyi ellátás – etikai dilemmák

PROF. EM. KELLERMAYER MIKLÓS (PTE): A modern világ pusztító élet- és környezetellenessége

A második részben az üléelnöki feladatokat DR. FARAGÓ ISTVÁN (főorvos, a Magyar Katolikus Orvosok Szent Lukács Egyesületének elnöke látta el. Ebben a részben elhangzott előadások.

DR. ROJKOVICH BERNADETTE (főorvos, Budai Irgalmasrendi Kórház): Betegtájékoztató a napi orvosi gyakorlat és a kutatás során

PROF. DR. BÁNDI GYULA (PPKE): A Katolikus Egyház az egészséges környezethez való jogról

FT. NYÉKI KÁLMÁN (lic. theol., tud. munkatárs, PPKE): Orvosi jog és bioetika teológiai szempontból

DR. MÉSZÁROS VILMOS (ügyvéd, a Magyar Katolikus Jogászok Egyesületének elnöke): Katolikus jogászok az orvosi jog vitatott kérdéseiről

PROF. DR. JOBBÁGYI GÁBOR (PPKE): Kiút a magyar népesedési katasztrófából – egy radikális lehetőség.

Másnap a Magyar Bioetikai Társaság 23. Nemzetközi Konferenciájára „Az életvégi döntések etikai kérdései” összefoglaló címmel került sor, melyen az üléelnöki tisztséget Ft. Nyéki Kálmán és prof. dr. Lipták József látták el, s az alábbi előadások hangzottak el:

DR. BLASKOVICH ERZSÉBET: A kórházi pasztoráció szerepe az idősgyógyászatban

DR. MAKÓ JÁNOS: Az idős betegek autonómiájának tisztelete és az orvos lelkiismerete

BUZA PATRIK: Lelkigondozás – az istenkapcsolat szolgálata a határokon

DR. HÁMORI ANTAL: Az „eutanázia” és a túlbuzgó gyógyítás elfogadhatatlansága
DR. ROJKOVICH BERNADETTE: A passzív eutanázia és a túlbuzgó gyógyítás visszautasítása
orvosi szemmel
PROF. DR. TRINGER LÁSZLÓ: Miként torzul a hitélet egyes mentális betegségekben.

Az ülést követően az éves Közgyűlésére került sor, melynek keretében a közgyűlés elfogadta a Nyilatkozatot az „eutanázia” és a túlbuzgó gyógyítás elutasításáról. Örömkre szolgált, hogy a két napos rendezvény alatt 8 fő lépett be társaságunk tagjai közé, és reméljük, hogy sikerült a fiataloknak is az elhangzott előadásokkal felhívni a figyelmüket társaságunk működésére. Mai világunkban a tudomány és technika fejlődésével egyre több új bioetikát érintő kérdés is felmerül, melyek helyes megválaszolása a jövő nemzedékének feladata lesz.

Dr. Rojkovich Bernadette

HÍREK

SEGÍTSÉG MEDDŐSÉG & VISSZATÉRŐ METÉLÉSEK ESETÉN

NAPROTECHNOLOGY®

A NaProTECHNOLÓGIA a természetes prokreációs technológia angol nyelvű megfelelőjének rövidítése (NaProTECHNOLOGY – Natural Procreative Technology), mely nőgyógyászati és termékenységgel kapcsolatos panaszok kivizsgálásának tudományos, holisztikus folyamata. Különösen sikeres a meddőség és a visszatérő vetélések kezelésében.

A NaProTECHNOLÓGIÁT Dr. Thomas W. Hilgers szülész és nőgyógyász dolgozta ki az Egyesült Államokban (Omaha, Nebraska). A módszer először megtanítja a nőket, illetve párokat saját szervezetük termékenységre vonatkozó biológiai jelzéseit értelmezni és azokat precíz és szabályozott módon följegyezni.

Ez az információ segít aztán a FertilityCare-ben és a NaProTECHNOLÓGIA módszereiben jártas orvosnak hatékonyan kivizsgálni a termékenységi ciklust, meghatározni az abnormális vérzéseket, a méhnyaknyák minőségi és mennyiségi eltéréseit, valamint komolyabb hormonális zavarokat, melyeket gyakran nem diagnosztizálnak egy nőgyógyászati rutinvizsgálat során. A diagnózis felállítása elengedhetetlen része a NaProTECHNOLÓGIÁNAK.

Először ugyanis meg kell találni a problémát, mielőtt azt valóban kezelni lehetne!

Az orvosi kezelések időzítettek, figyelembe veszik a női ciklus egyediségét. A kezelés célja a termékenységi ciklus egészséges állapotának és az optimális termékenységi potenciálnak a visszaállítása.

A táblázatban látható (lásd: naprotechnologia.blogspot.hu) hormonális eltérések gyógyítása jelentősen javítja a termékenységet és csökkenti a vetélés esélyeit. Amikor

a pár eléri az optimális funkciót, a megtermékenyülésre egy-tizenkét hatékony cikluson belül sor kerülhet. Átlagosan a párok, az első konzultációt követő 18-24 hónapon belül fejezik be a FertilityCare programot – vagy hamarabb, ha a várandósság hamarabb bekövetkezik.

A NaProTechnológiában alkalmazott gyógyszerek jelentős része ismert és alkalmazott egyéb meddőségi kezelésekből is, de a FertilityCare táblázat segítségével való precíz időzítés és a kezelés monitorozása egyedi a NaProTECHNOLÓGIÁBAN.

Hogy mindenki saját termékenysége szakértője lehessen

A rendszer megtanítja a pároknak, hogyan válhatnak saját termékenységük szakértőjévé. Az orvosukkal való konzultációk, valamint a külön erre képzett oktató segítségével megtanulják, hogy értékeljék, figyeljék és irányítsák saját termékenységüket.

Jelenleg a táblázat kezelését megtanító magyar FC-oktató a külföldön praktizáló NaProTechnológiában képzett orvosokkal működik együtt – mindaddig, míg lesz egy magyar szakorvos, aki elvégzi a szükséges NaProTechnológia képzést.

A „FertilityCare” („*Termékenység Nyomon Követése*”) egy eszközt ad a párok kezébe, ugyanakkor ahhoz is elengedhetetlen, hogy az orvosok meghatározzák, majd kezeljék a termékenységi rendellenességek alapvető okát.

Alkalmazható

A NaProTECHNOLÓGIA alkalmazható a meddőség és vetélések szinte valamilyen esetben. Többek között az alábbi problémák során sikerült már pároknak a NaProTECHNOLÓGIA segítségével gyermeket foganniuk: endometriózis, PCO, ösztrogénhiányok, petevezeték átjárhatósági problémák, anovulációs ciklus, vagy amikor a meddőség oka korábban ismeretlen volt, valamint visszatérő vetélések esetén is. A NaProTECHNOLÓGIA olyan esetekben is tudott már segíteni, amikor a meddőségért a férfi szervezetében volt meddőséget okozó, korábban nem felismert rendellenesség.

Mellékhatások

A komplikációk száma kicsi, az ikerterhességek előfordulási aránya ugyancsak meggyőzően alacsony (4%), mely mind az anya mind pedig gyermeke számára biztonságosabb várandósságot jelent.

Sikerességi arány

A sikeresség valószínűségét természetesen a pár profilkja határozza meg. Az átlagosan elmondható sikerességi arány meddőség esetén 40 és 50% között mozog – „átlagosan” egy 5 éve megtermékenyülni próbálkozó 35 éves nő esetében. Ez az arány alacsonyabb idősebb nők esetében, nagyon alacsony spermaszám esetén, illetve ha a nőnél súlyos ösztrogénhiányok és endometriózis állapítható meg.

Visszatérő vetélések esetén a párok akár 80%-os eséllyel gyógyíthatók.

Az 1998-ban Írországból és más európai országokból megjelent FertilityCare és a NaProTechnológiának köszönhetően már több mint 1000 gyermek született a módszer segítségével. 200-at is meghaladja azon párok száma, akik korábbi si-

kertelen beültetés(ek) után jöttek a programba és fogantak gyermeket. Valamint a NaProTECHNOLÓGIÁNAK köszönhetően sikerrel gyógyultak meg olyan párok is, akiknek 7,8 vagy 9 vetélése volt.

További tudományos adatok olvashatók a NaProtechnológia kedvező hatásairól, meddőséggel küzdő párok esetén a gyógyítási eredményekről az orvosi szaklapokban – mely adatok egyre elterjedtebbek és meggyőzőbbek a széles orvosi társadalom számára is.

A témában megjelent orvosi szakkönyv a www.naprotechnology.com oldalon keresztül szerezhető be.

Jelenleg Magyarországon nincs olyan nőgyógyász, aki tovább képezte volna magát a NaProTECHNOLÓGIA FertilityCare System tudományában. Azonban a magyar párok már magyar oktatótól tanulhatják meg a táblázat kezelését, majd a helyesen kitöltött 2-3 ciklus eredményeit tartalmazó táblázattal a külföldi orvos kezelése alá kerülhetnek, s állapotuktól függően folytathatják a kezelést a NaProtechnológiával együttműködő magyar orvos felügyelete alatt.

Felmerülő kérdéseire szívesen válaszolunk, és lehetőség szerint továbbítjuk is az aktuális magyar fejleményeket az ez iránt érdeklődők számára.

A MAGYAR KOORDINÁTOR ELÉRHETŐSÉGEI:

orsi@fertilitycare.net illetve naprotechnologia@gmail.com

TOVÁBBI INFORMÁCIÓK MAGYAR NYELVEN:

naprotechnologia.blogspot.com vagy a NaProHungary Facebook oldalán.

*

Tisztelt Olvasóink! Az alábbiakban adjuk közre két témában Társaságunk valamint a Magyar Katolikus Orvosok Szent Lukács Egyesülete és a Dr. Batthyány László Orvoskör Egyesülete által megfogalmazott nyilatkozatunkat tájékoztatás céljából.

**A PÁPAI ÉLETVÉDŐ AKADÉMIA
ÚTMUTATÁSÁNAK ÖSSZEFOGLALÁSA
ÁLLÁSFOGLALÁS AZ EMBERI EMBRIONÁLIS SEJTEK
FELHASZNÁLÁSÁVAL KÉSZÜLT VÉDŐOLTÁSOKRÓL**

**Summary of the Instruction of the Pontifical Academy for Life
Standpoint on Vaccines
Prepared from Cells Derived from Aborted Human Foetus**

Vaccination has been of invaluable importance in suppressing epidemic infective diseases. Moral problems are however connected with some of the vaccines (against viral diseases) prepared from cells derived from aborted human foetus. As human life must be protected since its beginning i.e from conception, also foetuses may not be killed nor their bodies used as raw material for any purposes including health care indications as well.

Actually two cell lines of human foetal origin (WI-38 and MRC-5) are used in vaccine production by the world pharmaceutical industry. In Hungary combined vaccination against measles, mumps and rubella is in certain age of life legally obligatory, while vaccination against chicken-pox is optional. Vaccines for these purposes are produced using human fetal cell lines; there are no alternative vaccines of ethically blameless origin.

In this difficult situation the use of vaccines prepared by means of cell lines derived from aborted human foetus, what is remote, mediated material cooperation in the sin of abortion may be morally admissible because of dangerous consequences (spread of the pathological agent) the lack of vaccination may cause to the whole population, too. This toleration may not be misinterpreted as declaration of the lawfulness of production, marketing and use of such vaccines. Rigorous legal control of the pharmaceutical industry is being requested and making all efforts for producing ethically acceptable vaccines.

A védőoltások bevezetése a fertőző betegségek visszaszorítását eredményezte, ezért felbecsülhetetlen értékű a járványok megelőzésében. Ezért támogatjuk a hazai és nemzetközi tapasztalatokon alapuló oltási rend⁹³ érvényesülését.

Vannak azonban a (vírus-betegségek elleni) védőoltások között olyanok, amelyeknek oltóanyagát művi abortuszból származó embrionális sejtvonalak felhasználásával állítják elő. Minthogy az emberi személy élete fogantatásától kezdődik, az emberi embriókra, magzatokra vonatkozólag is érvényes, hogy nem szabad őket megölni és sejtjeiket felhasználni, terápiás (védőoltási) vagy tudományos célból sem.

A világ gyógyszeriparában – ismereteink szerint – jelenleg két, abortált magzattól nyert emberi sejtvonal (WI-38 és MRC-5) használatos oltások előállítására. Ma Magyarországon életkorhoz kötötten kötelező a kombinált kanyaró, mumpsz és rubeola elleni védőoltás; nem kötelező a bárányhímlő elleni védőoltás, amelyek oltóanyagai

93 EÜtv1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről; 57. §. 58. § 18/1998 NM rendelet.

abortált emberi embriók sejtjeinek felhasználásával készülnek. Ezeknek jelenleg nincs etikai kifogás alá nem eső (állati sejtek felhasználásával előállított) alternatívájuk.

Ezért a jelenlegi kényszerhelyzetben az abortusból származó emberi sejtek felhasználásával készült védőoltások használata, ami távoli közvetett közreműködés az abortusz büntetésében, az oltások elmaradásából adódó károk miatt erkölcsileg megengedhető. (A vírus fennmaradása és cirkulálása oltatlan személyek körében járvány kialakulását eredményezheti, ami az egész társadalomra súlyos veszélyt jelent.)

Ez nem jelenti az ilyen vakcinák előállításának és forgalmazásának helyeslő jóváhagyását. Szigorú törvényi szabályozást sürgetünk tehát erkölcsileg elfogadható⁹⁴ védőoltások kifejlesztésének érdekében, hogy olyan védőoltások kerüljenek törzskönyvezésre és forgalomba, amelyek előállításához nem abortált emberi embriók sejtjeit használják fel.

Budapest, 2013. április 09.

Dr. Rojkovich Bernadette – Magyar Bioetikai Társaság elnöke
Dr. Faragó István – Magyar Katolikus Orvosok Szent Lukács Egyesülete elnöke

A MAGYAR BIOETIKAI TÁRSASÁG NYILATKOZATA AZ „EUTANÁZIA” ÉS A TÚLBUZGÓ GYÓGYÍTÁS ELUTASÍTÁSÁRÓL

(Budapest, 2013. szeptember 21.)

A Magyar Bioetikai Társaság a haldokló, beteg ember életének és méltóságának tiszteletben tartása és védelme érdekében – elismerve, hogy az emberi élet elidegeníthetetlen és sérthetetlen, alapvető, örök érték, amely nem pusztán személyes, hanem közösségi érték is – a következő nyilatkozatot teszi közzé:

Az Országos Választási Bizottság ez év júliusában határozatban jóváhagyott egy állampolgári aláírásgyűjtő kezdeményezést a következő kérdéssel: „*Egyetért-e Ön azzal, hogy a gyógyíthatatlan halálos betegségben szenvedő felnőtt korúak orvosi segítséggel vethessenek véget az életüknek?*” A beadványt a Kúria – nem tartalma, hanem jogi kétértelmősége miatt – elutasította.

Ezt az aktív eutanázia engedélyezését célzó kezdeményezést a Magyar Bioetikai Társaság határozottan visszautasítja. A Magyar Bioetikai Társaság az eutanázia minden formáját elutasítja.

⁹⁴ Vö. pl. Dignitas personae instrukció 34-35.; Donum vitae instrukció I. 4., III.; Evangelium vitae enciklika 62-63., 73., 89.; Moral reflections on vaccines prepared from cells derived from aborted human foetus (Pontificia Academia pro Vita, 2005).

Az aláírásgyűjtés megkérdeztjei sokszor nincsenek birtokában a fogalmak pontos értelmezésének. A Magyar Bioetikai Társaság meghatározása szerint – a Magyar Orvosi Kamara Etikai Kódexével összhangban – az eutanázia az orvosnak foglalkozás körében megvalósított szándékos ténykedése, amely a gyógyíthatatlan, szenvedő beteg kérésére a természetes végnél korábbi halálra irányul.

Az orvosok a gyógyításra és az élet védelmére tettek esküt, ezért fordulnak hozzájuk bizalommal a betegek. Az emberölés tilalma abszolút, az orvosok sem kaphatnak a betegől arra felhatalmazást, hogy életüket kioltsák, ez az önrendelkezési jog tévesen kiterjesztett értelmezése. Semmiképpen sem hozhatjuk meg a halálba segítés visszahozhatatlan döntését. A gyógyíthatatlan, biztosan halálos betegség fennállása egyébként sem állapítható meg teljes bizonyossággal. Az emberölés nem olyan kérdés, amelyet többségi szavazattal érvényesíteni lehetne, mert alapvető személyiségi jogokat érint.

Nem értünk egyet azzal a nézettel, amely szerint egy társadalmat szinte kizárólag a termelékenység és hatékonyság elve határoz meg, és egy gyógyíthatatlanul gyenge életnek nincs értelme. Az emberi élet különösen akkor igényel fokozottabb tiszteletet, támogatást, gondoskodást, védelmet és szeretetet, ha kiszolgáltatott helyzetben van az, akinek a méltóságától elválaszthatatlan, hogy az élet a természetes halálig tart. Az embert a haldoklás folyamatában is megilleti az élethez, emberi méltósághoz, önrendelkezéshez való jog. Az életjogról azonban nem lehet lemondani, mert az nem tartozik az önrendelkezési jog körébe.

Halálhoz vezető betegségben szenvedő embernek joga van fájdmának csillapítására, testi és lelki szenvedésének enyhítésére, gondos, szeretetteljes ápolására, lelki gondozásra, hozzátartozói segítségére. A haldokló embert is megilleti az önrendelkezés joga; elutasíthatja a „túlbugzó gyógyítást” („terápiás túlbugzóságot”). A rendkívüli, aránytalan, túlságosan terhes beavatkozásokról való lemondás célja nem a halál beálltának siettetése, vagyis nem azonos a passzív eutanáziával és az öngyilkossággal, hanem az élet természetes befejezésének, a halálnak az elfogadását jelenti.

A védelemre szoruló emberrel szembeni magatartás egy társadalom etikai fejlettségének, erkölcsi érzékének és érettségének valódi próbaköve. A beteg, sérülékeny ember védelme távolabbi pozitív társadalmi hatásokkal is jár, mert a békés és szolidáris egymás mellett élést szolgálja.

A haldokló, szenvedő ember méltóságteljes életéért, lelki békéjéért ajánljuk a társadalom és a jogalkotók figyelmébe ezt a nyilatkozatot, amelyet a Magyar Bioetikai Társaság 2013. szeptember 21-ei közgyűlésén elfogadott. A nyilatkozathoz csatlakozott a Magyar Katolikus Orvosok Szent Lukács Egyesülete és Dr. Batthyány László Orvoskör Egyesülete.

Dr. Faragó István – Magyar Katolikus Orvosok Szent Lukács Egyesülete elnöke
Dr. Faigl Ilona / Dr. Batthyány László – Orvos-kör Egyesülete elnökei
Dr. Rojkovich Bernadette – Magyar Bioetikai Társaság elnöke

KÖZLEMÉNY

A Magyar Bioetika Társaság 2014. I. félévére tervezett tudományos ülései:

- Február 5.** Papp Miklós Atya Sapientia Hittudományi Főiskola
„A meddőség keresztje”
Felkért hozzászólók: Dr. Szathmáry Gábor, Dr. Mikecz Tibor
Üléseelnök: Dr. Rojkovich Bernadette
- Április 2.** Dr. Kovács Mátyás
„Természetvédelem, vadászat etikai kérdései”
Üléseelnök: Dr. Blaskovich Erzsébet
- Június 4.** Ménesi Krisztina
„Szempontok, meglátások az u.n. homoegyüttéléssel kapcsolatban”
Üléseelnök: Dr. Lipták József

Továbbra is minden érdeklődőt szeretettel várunk és hívunk üléseinkre!

*

A Magyar Bioetikai Társaság ezúton mond köszönetet valamennyi kedves támogatóinak, akik 2012. évi személyi jövedelmük 1 %-át a Társaság javára ajánlották fel.

Továbbra is tisztelettel kéri a Vezetőség a Társaság tagságát és a bioetika iránt érdeklődőket, hogy 2013. évben is személyi jövedelemadójuk 1 %-ának felajánlásával támogassák a Társaságnak az etikai értékek széles körű ismertetése érdekében kifejtett tevékenységét. Az 1 % felajánlása a személyi jövedelemadó bevallásával tehető meg a korábbi években megszokott módon.

A kedvezményezett adószáma: 18052277-1-42

Neve: Magyar Bioetikai Társaság.

Nélkülözhetetlen támogatásukat előre is nagyon köszönjük!

*

Kérjük tagtársainkat, akiknek tagdíjfizetési elmaradásuk van, hogy a mellékelt csekken fizessék be az éves tagdíjat (OTP-ben nincs plusz költsége), vagy átutalással rendezzék. Az éves tagdíj 3.000 Ft, nyugdíjasoknak évi 2.000 Ft.

a Vezetőség

BÉKÉS, BOLDOG ÚJ ESZTENDŐT KÍVÁNUNK!

FELHÍVÁS SZERZŐINKHEZ

Az 1994-ben alapított lap a Magyar Bioetikai Társaság tudományos folyóirata, mely elsődleges feladatának tekinti, a Társaság Alapszabályában megfogalmazott céloknak („... a bioetika és határterületeinek tudományos igényű tanulmányozása és fejlesztése.... különös figyelmet kíván szentelni az élet tiszteletére és védelmére, az emberi jogok megvalósításának elősegítésére, az orvosi etika gondjaira, a társadalom és a gazdaság etikai kérdéseire, az emberek kölcsönös megbecsülésének alapján, az emberi környezet és a természet megőrzésének és fejlesztésének feladataira...”) megfelelő cikkek közlését. Ezek lehetnek tanulmányok, előadások, referátumok, beszámolók valamint folyóirat- és könyvismertetések.

A kézitról általában

A kéziratot lehetőleg számítógépes szerkesztéssel doc vagy docx formátumban, 2,5 cm-es margóval, másfeles sortávolsággal, Times New Roman 12-es betűnagysággal kérjük elkészíteni és lehetőleg elektronikus úton megküldeni a bioetikai.tarsasag@gmail.com e-mail címre. A kézirat trjedelme kb. 30.000 karakter, ami 7-8 oldalnak (A/4) felel meg. Az ábrák, képek diagrammok terjedelmének is ebbe az oldalszámba kell beleférnie.

Az elfogadás feltétele, a kézirat leadási határidejének betartása, valamint hogy csak másutt nem közölt vagy egyidejűleg közlésre be nem nyújtott kéziratot fogadunk el. A beérkezett munkák közlésének elbírálását a szerkesztő bizottság végzi. Az esetleges korrektúrát minden esetben megküldjük a szerzőnek, annak jóváhagyása végett. Rövidítéseket a fogalom első említése után zárójelben kérjük leírni. A dolgozat végén az irodalomjegyzék után kérjük megadni a „Szerzőink” címszó alatt megjelentetni kívánt szerző titulusát.

A fejléc: tartalmazza a közlésre szánt munka címét (rövidítés nélkül) és a szerző(k) nevét.

Kulcsszavak: tartalmilag lefedő, 5-8 kulcsszó megadását kérjük megadni

Irodalom jegyzék

Az irodalmi hivatkozásokat a szövegben a kérdéses mondat után zárójelben, arab számmal jelöljük. Az irodalomjegyzékben a szerzők neve nem alfabetikus sorrendben, hanem a szövegben való megjelenés sorrendjében következnek.

A sorrend: szerző(k), a hivatkozott dolgozat pontos címe, a folyóirat neve, megjelenés éve, száma, valamint a dolgozat első és utolsó oldalszáma. Könyv esetében a fejezet szerzője, a fejezet címe, a könyv szerkesztője, a könyv címe, kiadója, kiadás helye, évszáma, valamint a hivatkozott fejezet első és utolsó oldalszáma. Az irodalomjegyzék hitelességéért a szerzők a felelősek.

SZERZŐINK

- Dr. BLASKOVICH Erzsébet
belgyógyász, kardiológus, geriáter szakorvos, a Magyar Bioetikai Társaság alelnöke,
Kalkuttai Teréz Anya Világi Rend magyarországi képviselője
- BUZA Patrik
lelkigondozó
- Dr. DARÓCZY Linda
jogász
- Dr. FARAGÓ István
fogorvos, a Magyar Katolikus Orvosok Szent Lukács Egyesülete elnöke
- Dr. HÁMORI Antal
főiskolai docens, állami- és jogtudományi, valamint kánonjogi doktor
- Dr. MAKÓ János
belgyógyász, nefrológus, az orvostudomány kandidátusa
- Dr. MÉSZÁROS Vilmos
ügyvéd, a Magyar Katolikus Jogászok Egyesületének elnöke
- Dr. ROJKOVICH Bernadette
reumatológus, klinikofarmakológus, az orvostudomány kandidátusa,
a Magyar Bioetikai Társaság elnöke
- Dr. SOMOSI György
nyugdíjas főorvos
- Dr. TRINGER László
pszichológus, professor emeritus (Semmelweis Egyetem)
- Dr. VÉRTES László
nyugdíjas főorvos, a belgyógyászat, a társadalomtan, a rehabilitáció,
a geriátria szakorvosa, zeneterapeuta
- Dr. ZÁBORSZKY Magda
nyugdíjas bőrgyógyász főorvos

TARTALOM

SOMOSI György: Nekrológ	1
ROJKOVICH Bernadette: A Magyar Bioetikai Társaság új elnökének köszöntője	2
TRINGER László: Miként torzul a hitélet egyes mentális betegségekben?	3
ROJKOVICH Bernadette: Betegtájékoztató a napi orvosi gyakorlatban és a kutatások során	7
MÉSZÁROS Vilmos: Katolikus jogászok az orvosi jog vitatott kérdéseiről	13
BLASKOVICH Erzsébet: A klinikai teológia jelentősége az idősgyógyászatban	25
HÁMORI Antal: Az „eutánázia és a túlbuzgó gyógyítás elfogadhatatlansága	31
BUZA Patrik: Lelkigondozás – az Istenkapcsolat szolgálata sz. élet és halál határán	38
MAKÓ János: Az idős beteg autonómiájának tisztelete és az orvos lelkiismerete	43
DARÓCZY Linda: Biotechnológiai találmányok jogi oltalmának etikai kérdései a hazai szabályozás tükrében, különös tekintettel a géntechnológiai szabadalmakra I. rész	47
VÉRTES László: Szent-Györgyi Albert békéről, erkölcsről	57
A MAGYAR BIOETIKAI TÁRSASÁG ALAPSZABÁLYA	63
FOLYÓIRAT REFERÁTUM ZÁBORSZKY Magda: Emberi kísérletek	72
BESZÁMOLÓ FARAGÓ István: Konferencia a meddőségről és a NaProTechnológiáról	76
ROJKOVICH Bernadette: A Magyar Bioetikai Társaság 2013 évi konferenciájáról	80
HÍREK	81
KÖZLEMÉNYEK	87
FELHÍVÁS SZERZŐINKHEZ	88
SZERZŐINK	89

CONTENTS

György SOMOSI: Necrology	1
Bernadette ROJKOVICS: Words of Welcome from President of the Hungarian Society of Bioethics	2
László TRINGER; How Certain Mental Diseases Alter Faith?	3
Bernadette ROJKOVICS: Informing the Patient in Daily Medical Practice and in Case of Medical Researches	7
Vilmos MÉSZÁROS: Catholic Jurists on Debated Questions of Medical Law	13
Erzsébet BLASKOVICS: The Importance of Clinical Theology in Geriatric Therapy	25
Antal HÁMORI: The Inadmissibility of Euthanasia and Therapeutic Obstinacy	31
Patrik BUZA: Pastoral Counselling: How to serve the Relationship with God on the Frontiers of Life and Death	38
János MAKÓ: The Respect of Elderly Patients' Autonomy and the Conscience of the Physician	43
Linda Daróczy; The Ethical Questions of the Jurist Protection of Biotechnological Discoveries according to the National Regulations, with special regard to Gene Technological Licenses	47
László VÉRTES; Albert Szent-Györgyi on Peace and Morals	57
CONSTITUTION OF HUNGARIAN SOCIETY OF BIOETHICS	63
REVIEWS	
Magda ZÁBORZSKY: Human Experiments	72
REPORT	
István FARAGÓ: Conference on Infertility and NaPro Technology	76
Bernadette ROJKOVICH: On the Conference of the Hungarian Society of Bioethics in 2013	80
OUR COMPANYS NEWS	81
NOTICE	87
NOTICE TO OUR AUTHORS	88
AUTHORS	89

