

P. GYÖRGY ALFRÉD¹
LECTORI SALUTEM

Tisztelt Olvasók!

Az élet védelme és tisztelete mindig aktuális számunkra. Az emberi személynek mindig, minden körülmények között elvitathatatlan joga van az élethez. Nem dönthetünk „kegyesen” senki élete fölött a „humánus jóság” álcája mögé bújva. Konferenciánk célja az élet védelme és nem az ítékezés. Szolgáljuk együtt testvéreink jólétét képességeink szerint! Sérült, különös képességekkel rendelkező embertársainkról gondoskodva, szembesülünk az emberi élet misztériumával.

„Megmenteni a lelket, egyetlen feladata rövid életünknek!”

Lellisi Szent Kamill

Második alkalommal került megrendezésre a BIOETIKAI KONFERENCIA 2023. november 18-án a Szent Kamill Rehabilitációs Központ és a Kamilliánus Rend szervezésében, Nyíregyházán, 'MÁRIA, BETEGEK GYÓGYÍTÓJA' tiszteletére, amely elsősorban az emberi élet védelmének és tiszteletben tartásának fontosságát tűzte napirendre. Az emberi személy életét a kapcsolatok határozzák meg, senki sem sziget. Önazonosságunk, emberi identitásunk alakulásában meghatározó szerepet tölt be az ember viszonya önmagához, a környezetéhez, a társadalomhoz és az Istenhez. Az olasz filozófus Salvatore Natoli megfogalmazása találóan foglalja össze konferenciánk emberképét és célkitűzéseit. „Mindannyian a többiek által létezünk, és nemcsak azért, mert mások nemzettek minket, hanem azért is, mert ugyanolyan hamar elhagytuk volna ezt a világot, mint ahogyan beleléptünk, ha nem fogadtak volna be, nem neveltek volna fel, ha valamiképpen nem szerettek volna bennünket. Egyikünk sem élne ezen a világon, ha valaki nem vette volna vállára a terhünket, ha nem vállalt volna felelősséget értünk [...]. Nem azért vagyok felelős, mert így döntöttem, hanem azért, mert ez az életállapotom: a másik pedig, pusztán azáltal, hogy létezik, meggátol abban, hogy ne legyek felelős. Ha tudatosan felvállaljuk a saját végességünket, akkor ez azt jelenti, hogy hálásak és adósok vagyunk. Ezt az

¹ P. György Alfréd MI lic. theol., az Osztrák Kamilliánus Tartomány elöljárója, generális delegátus, a nyíregyházi Kamilliánus Kolostor házfőnöke.

adósságot azonban soha nem lehet hátrafelé fordulva kifizetni. Az ajándékozás túlsordulásával tudjuk kiegyenlíteni, azzal, hogy továbbadjuk, amit kaptunk, hogy új életet nemzünk. Ebben az értelemben és ezen okból felelősnek kell éreznünk magunkat a jövőért, és jót kell állnunk azért, hogy az jobb legyen. Az így megélt felelősség egy magasabb rendű irgalmasságba, a fajunkért, jelen esetben az emberiségünkért érzett szeretetbe torkollik.”²

A tanácskozás kiemelt célja volt az élet védelme és tisztelete, különös tekintettel a gyengék, a korlátozott képességekkel élők és halálos betegek gondozására. Hangsúlyosan foglalkozott a személy méltóságával és az élethez való joggal, miközben olyan témákat is megvitatót, mint az életvégi ellátással kapcsolatban az eutanázia, a fájdalomcsillapítás és a szervátültetés. A konferencia szervezőinek üzenete egyértelműen aláhúzta az élet védelmének és tiszteletének fontosságát, hangsúlyozva minden ember veleszületett és tagadhatatlan jogát az élethez, továbbá kiemelt fontossággal szóltak arról, hogy a betegellátásban minden körülmények között embertársaink, különösen a különleges bánásmódot igénylő személyek életének méltóságát és jóllétét kell szolgálni.

Dr. Rojkovich Bernadette PhD³ „A gyenge, elesett, fogyatékos ember (vagy személy) védelme” című előadásában Dr. Karsai Dániel esete kapcsán olyan főbb etikai és jogi kérdéseket vett sorra, mint az emberi méltóság, az autonómia és a beleegyezés, az orvosi intervenciók etikai kérdései az élet végi kezelések során, valamint az aktív és passzív eutanázia és mindezeknek a társadalomra gyakorolt hatása. Nem zárkózott el a kényes etikai kérdések elől sem. Etikusa véget vetni egy életnek, még akkor is, ha az egyén szenved? Mit ér az emberi élet, különösen, ha állandó szenvedéssel jár? Elfogadható-e beavatkozni a halál természetes folyamatába? Mit jelent a méltóságteljes és együttérző életvégi élmény? De ugyanilyen súllyal vetett fel jogi kérdéseket is. Milyen jogi következményei vannak az orvos által segített öngyilkosságnak és az eutanáziának? Hogyan kezeli a törvény az életvégi döntéseket és az életfenntartó kezelés megtagadásának jogát? Melyek a palliatív ellátás és az életvégi ellátás jogi határai és szempontjai? Hogyan állítja egyensúlyba a jog az egyén autonómiáját az élet és az emberi méltóság védelmével? Ezek a kérdések tükrözik az eutanáziával kapcsolatos vita összetett és sokrétű természetét, amely magában foglalja mind az etikai megfontolásokat, mind a jogi kereteket. Bemutatja a palliatív ellátást, amely a fájdalom kezelésére, a tünetek enyhítésére és a holisztikus támogatásra összpontosít a halálos betegséggel vagy fogyatékkal küzdő egyének számára. Az együttérző és empatis gondozás fontosságát hangsúlyozza az egyének utolsó életszakaszában, beleértve a fizikai, érzelmi és lelki támogatást is. Szól a hospice

² S. Natoli, *Parole della filosofia*, Feltrinelli, Milano, 2004, 138.

³ Reumatológus osztályvezető főorvos, a Magyar Bioetikai Társaság elnöke

szolgálatokról, amelyek átfogó ellátást és támogatást nyújtanak az egyének és családtagjaik számára az életvégi folyamat során. Maga a palliatív ellátás jelentős szerepet játszik a méltóság biztosításában, hiszen a fizikai fájdalom csillapítására és a szorongató tünetek kezelésére összpontosít, ezáltal javítva a végső stádiumban lévő egyének életminőségét. Ezen túl holisztikus támogatást is nyújt, nemcsak a fizikai tüneteket, hanem az érzelmi, szociális és lelki szükségleteket is kezeli, biztosítva, hogy az egyének kényelmet és békességet tapasztaljanak meg életük végső szakaszában. Mindemellett tiszteletben tartja az egyének autonómiáját és méltóságát, lehetővé téve számukra, hogy tájékozott döntéseket hozzanak ellátási és kezelési preferenciáikról, beleértve az életfenntartó beavatkozások megtagadásának jogát is. Mindez olyan etikai és jogi keretek között működik, amelyek előtérbe helyezik az egyének méltóságát és jólétét, biztosítva, hogy életük végével kapcsolatos kívánságaikat tiszteletben tartsák, és értékeikkel és meggyőződéseikkel összhangban álló ellátásban részesüljenek. Összességében a palliatív ellátás ezért kulcsfontosságú szerepet játszik abban, hogy az egyének kényelmét, méltóságát és együttérző támogatását nyújthatjuk életük végéhez közeledve, hangsúlyozva az életvégi ellátás holisztikus és tiszteletteljes megközelítésének fontosságát.

Prof. Palma Sgreccia⁴ „Különbözések és találkozási álláspontok az élet végével kapcsolatban” címmel tartott előadást. Kifejtette, hogy a modern kulturális légkör fő fókuszpontja az önrendelkezéshez kapcsolódik, hangsúlyt fektetve arra, hogy az önrendelkezés legyen a figyelem középpontjában, nemcsak az élet, hanem a halál módjainak szempontjából is. Ennek a gondolkodásnak az az alapja, hogy az egyéneknek legyen kontrolljuk az élet és a halál módjai felett, valamint legyen szabadságuk az élet és a halál között történő választásra. Ez az önrendelkezésre helyezett hangsúly olyannyira kiterjedt, hogy az egyének jogot formálnak arra, hogy válasszanak az élet és a halál között. Mindez mélyen gyökerezik az önállóság és az önrendelkezés fogalmában. A halálhoz való jog koncepciója szorosan kapcsolódik az önrendelkezés elvéhez. Az az alapja ennek a gondolkodásmódnak, hogy az egyéneknek szabadon kellene döntéseket hozni az életükkel kapcsolatban, beleértve azt a döntést is, hogy bizonyos körülmények között véget vetnek az életüknek. Ez az önrendelkezési elv kiterjed az élet és halál közötti választás jogára, és alapvető szempontként tekintik az egyéni szabadság és önrendelkezés szempontjából. A halálhoz való jog gyakran az egyéni önrendelkezés és méltóság tiszteletének kontextusában kerül megfogalmazásra, lehetővé téve számukra, hogy döntéseket hozzanak az életükkel kapcsolatban,

⁴A Torinói Egyetem bioetika, pluralizmus és etikai tanácsadás mesterszakának igazgatóhelyettese; Erkölcsefilozófia és bioetika tanára.

beleértve azt a döntést is, hogy méltóságteljes módon vetnek véget az életüknek. Az élet elidegeníthetőségének koncepciója vallási alapon erősen vitatott, hangsúlyozva az élet sérthetetlenségét. A szerző tárgyalja az élet sérthetetlenségének és elidegeníthetetlenségének racionális és univerzális megalapozását, az emberi személy kapcsolati belső lényegére apellálva. Az ember élete nem birtokolandó dolog, hanem maga a személy konkrét létezése. Egy másik érv az élet eldobhatósága ellen az úgynevezett „csúszós lejtő” érv, amely azt sugallja, hogy bizonyos esetekben az indukált halál engedélyezése ellenőrizetlen következményekhez vezethet, potenciálisan veszélyeztetve a kiszolgáltatott személyeket, és olyan kulturális légkört teremthet, amely nem támogatja a nehéz helyzetekben élőket. Ezeket az érveket a dokumentum az élet elidegeníthetősége koncepciójának ellenpontjaként mutatja be, amelyek részei a jobboldal körüli etikai és filozófiai vitáknak. Hangsúlyozza, hogy az asszisztált öngyilkosság és az eutanázia engedélyezése az orvosok és a betegek közötti bizalom elvesztéséhez vezethet. A beleegyezés megszerzésekor fennáll a pszichológiai kényszer veszélye, ami érvénytelenítheti a döntés önkéntességét. A tévedések és visszaélések lehetősége megnö a támogatott öngyilkosság és az eutanázia összefüggésében, különösen olyan helyzetekben, amikor nincs lehetőség „esetleges kompenzációra”. Az asszisztált öngyilkosság és az eutanázia engedélyezése a fájdalomcsillapítás és a palliatív ellátás elhanyagolásához vezethet a végstádiumban lévő betegek esetében. Fennáll annak a veszélye is, hogy a szociálpolitikában nem kell elkötelezni magunkat a nehéz helyzetek enyhítésére, ha megengedett az öngyilkosság és az eutanázia. Ezek a kockázatok kiemelt hangsúlyt kapnak a támogatott öngyilkossággal és az eutanáziával kapcsolatos etikai és jogi vitákban.

Ft. Dr. habil. Soltész János⁵ előadásának címe „Az eutanázia, a fájdalomcsillapítás és a szervátültetés kapcsolata és néhány gyakorlati szempontja”. Már Epikurosz filozófiája arra törekedett, hogy megszüntesse a halál félelmét, hangsúlyozva a fájdalom hiányát és a halál jelentéktelenségét, amíg valaki él. Biológiailag az emberek ösztönösen többet várnak el az élettől, még a halállal szemben is. Az élet megőrzésének ez a természetes ösztöne bizonytalanságot és lázadást kelt az emberekben, amikor a bizonytalansággal és a halál fenyegetésével szembesülnek. Az emberekben csillapíthatatlan életvágy van, és ha ez veszélybe kerül, lázadáshoz és ellenálláshoz vezet a halál gondolatával szemben. A keresztény ember halálra való felkészülése több dolgot is magában foglal. Alapvető fontosságú, hogy a keresztények elismerjék, hogy biológiailag mindenki előbb-utóbb meghal. Ez a felismerés arra készíti az egyéneket, hogy mindig legyenek felkészülve a halálra, ne érje őket váratlanul. A

⁵ Egyetemi tanár, a Szent Atanáz Görögkatolikus Hittudományi Főiskola erkölcssteológiai tanszékvezetője

keresztények szolidaritásban élnek Krisztussal, az Élet Urával, amely magában foglalja a szenvedéssel, a halállal és az üdvösséggel való szolidaritást. Ez a megértés új és végleges jelentést ad a halálnak Krisztusban. A betegek szentsége és az Eucharishtiában való részvétel a halálra való felkészülésben nélkülözhetetlen szerepét töltik be. Ezek a szentségek kegyelmet, vigaszt és erőt nyújtanak az egyéneknek, segítve őket, hogy készen álljanak a halálra. Bemutatja röviden az orvos és a beteg kötelességeit ebben a témában, valamint szól a szervátültetések erkölcsi kötelességeiről is.

TANULMÁNY

ROJKOVICH BERNADETTE¹

A GYENGE, ELESETT, FOGYATÉKOS EMBER MÉLTÓSÁGTELJES BÚCSÚZÁSA AZ ÉLETTŐL

Nyíregyházán, a Szent Kamill Rehabilitációs Központban „Mária, a betegek gyógyítója” tiszteletére másodszer megrendezett bioetikai konferenciának a témája az eutanázia volt. Az eutanázia körüli társadalmi vita több évtizede napirenden van, a közelmúltban ismét reflektorfénybe került hazánkban. Számos nehezen megválaszolható filozófiai–etikai–jogi kérdés merül fel. Ennek előzménye, hogy dr. Karsai Dániel alkotmányjogász progresszív, bénuláshoz vezető idegrendszeri betegsége (ALS) kapcsán az Emberi Jogok Bíróságához fordult, hogy az emberi méltóságukat elvesztett súlyos betegek kérését tolmácsolja, és a méltóságteljes eltávozásban kérje a segítséget. Az a társadalmi párbeszéd, amelyet Karsai ügyvéd úr indított a maga betegségével – s amely emberileg nagyon is érthető és sajnálatra méltó – sok emberben olyan szubjektív érzést alakított ki, hogy mellé kell állni és segíteni kell neki. A kérdés az, hogy hogyan. Mit tehetünk a megsegítése érdekében? A felfokozott érzelmekkel járó társadalmi vita a konszenzust az eutanázia elfogadásának irányába terelheti el. Alapvető kérdés, hogy lehet-e értékes az az emberi élet, amelyben állandó jelleggel van jelen a szenvedés. Elfogadjuk-e, hogy az Isten az életünk ura?² Attól függően, hogy e kérdésekre hogyan válaszolunk, az eutanáziával kapcsolatban feltett kérdéseinkre is választ kaphatunk.

Ha eljön az idő, és kezelőorvosa lennék, Karsai Dániel mellett ülnék az ágyánál, fognám a kezét, mint családtagjaimnak. Gyógyszeresen csökkenteném a fájdalmát, légszomját, ha kell, mély altatással, de halálos injekciót nem tudnék beadni. Mint orvos és a betegjogokat képviselő orvos-szakjogász a tapasztalataimat szeretném megosztani a gyenge, elesett, idős, beteg, fogyatékkal élő emberek élethez és méltósághoz való joga kérdésében. Mit jelent a méltóságteljes búcsúzás az élettől?

¹ Reumatológus osztályvezető főorvos, a Magyar Bioetikai Társaság elnöke

² Monostori László morálteológus előadása Nyíregyházán: Az élet érték, a halál természetes történet | Magyar Kurír - katolikus hírportál (magyarkurir.hu)

Boldogság és öröm a fogyatékkal élők szemében

Az ellátásra szoruló fogyatékos embereknek otthont adó nyíregyházi Szent Kamill Rehabilitációs Központban nagyon jó helyen tartottuk ezt a konferenciát, hogy az emberi méltóságról beszéljünk. Nagy szeretettel és készülődéssel fogadtak minket a ház lakói, meghatottan néztük a sérült fiatalok előadását, szavakat, éneklésüket, táncukat, és láttuk a szemükben a boldogságot és az örömet, hogy mi meghallgattuk őket, tapsoltunk nekik, s az életük boldogabb lett ettől. Lehet, hogy boldogabbak, mint az egészséges emberek. Minden személyt megkülönböztetés nélkül megillet az élethez és az emberi méltósághoz való alapvető jog. Mit jelent a fogyatékkal élők, az idős, kiszolgáltatott, önellátásra képtelen beteg ember méltósága és méltóságteljes távozása a földi életből?

Ma a halál nemkívánatossá, tabu témává vált. Az idős, beteg ember jellemzően egyedül, kórházi ágyon, mély magányban hal meg. A családtagok sem szembesülnek a halállal, még a gyász megélése, a fájdalom kimutatása is rejtekben marad. A jelenlegi társadalmi vitának a hozadéka lehet, hogy ismét merünk róla beszélni.

Mit jelent méltóságteljesen búcsúzni az élettől?

Az öregedés, a kiszolgáltatottság, a szenvedés és a halál gondolkör a legnagyobb létkérdés. Régebben a latin mondás, a „memento mori” kifejezte, hogy a halál az életünk része, amelyre fel kell készülnünk. Az orvostudomány fejlődése és a magas életszínvonal a krónikus betegségekkel járó egyre magasabb életkor elérését teszi lehetővé. A gyógyító terápia és a rehabilitáció segítségével az elveszett funkciók még helyreállíthatóak, de eljön idővel az életnek az a szakasza, amikor a readaptáció segítségével csak az önellátó életvitel megtartását lehet elérni.

Az élet utolsó időszakának, a haldoklásnak a hosszát nem lehet megjósolni. Ebben az időszakban a palliatív terápiával a fájdalom, a szenvedés csökkentése a cél, a gondos ápolással a testi-lelki szenvedést tudjuk enyhíteni. Ebben a fázisban a palliatív kezelés a halál közeledő idejének idejének elfogadását jelenti, bár nem tudjuk a napot és az órát³. A fájdalomcsillapítás és a haldokló ember pszichés, testi és spirituális kísérése a végső útján lehetővé teszi a szenvedőnek, hogy a lehető legemberibb módon tudjon eltávozni a földi életből. Nincs senkinek sem joga a másik élete vagy a saját élete fölött rendelkezni, ezt az Európa Tanács több egyezménye is deklarálja⁴.

³ Máté evangéliuma - Mt 25,13

⁴ Európa Tanács egyezményei: Oviedói Egyezmény (1997. április 4) az emberi lény emberi jogainak és méltóságának védelméről; Biomedicina Egyezmény (Párizsban, 1998. január 12)

A Palliative Medicine⁵ című szaklap egy tanulmánya arra kereste a választ, hogy milyen módon és milyen körülmények között szeretnének meghalni a végstádiumú rákbetegek. Korábbi kutatásokból már tudjuk, hogy az élet meghosszabbításán kívül egyéb szempontok is fontosak a betegeknek, így pl. hogy ne legyenek fájdalmaik, illetve hogy otthonukban halhassanak meg, azonban eddig még nem vizsgálták, hogy mennyire fontosak számukra ezek a szempontok, nyilatkozta a kutatást vezető Eric Finkelstein.

A 20. század harmincas éveitől teljesen megváltozik a halállal szembeni attitűd. Korábban a haldoklás és a halál családi és baráti körben zajlott, társadalmi esemény volt, ettől az időszaktól kezdve a halál szinte teljesen medikalizálódott. Ma a legtöbb nyugati ember a hosszú szenvedésekkel járó halált szeretné elkerülni, ennek ellenére a nyugati országokban általában magas életkort érnek meg az emberek, és legtöbbször kórházi körülmények között halnak meg (70–80 %), többnyire hosszú lefolyású, hónapokig vagy évekig tartó szenvedéssel járó betegségben. A halálhoz vezető utat a legtöbb ember saját otthonában, családjá, szerettei körében szeretné átélni. De ki tartja el, ki ápolja otthonában az egyedülálló idősödő embert?

Az eutanázia fogalma

Az eutanázia nem jó halált, hanem gyors halált jelent. A Magyar Orvosi Kamara Orvosetikai Kódexe⁶ és a nemzetközi ajánlások⁷ az életvégi állapotok erkölcsi

tájékozottságon alapuló beleegyezésről; Az Európa Tanács Parlamenti Közgyűlése korábban már több alkalommal is foglalkozott a gyógyíthatatlan betegeket megillető alapvető emberi jogokkal [613 (1976) számú határozat, 779 (1996) számú ajánlás]; Európa Tanács Parlamenti Közgyűlése [613 (1976) számú határozat, 779 (1996) és 1418 (1999) számú ajánlása a halálos betegek és haldoklók méltóságának és tiszteletének védelméről, a haldoklással járó fájdalom, testi és lelki szenvedés, szorongás és magárahagyatottság érzésének csökkentéséről; a betegeket akarataik ellenére nem kell gyógykezelésben részesíteni; a halálos betegek és haldoklók élethez való jogáról, ettől megfosztani őket nem lehet; a betegek halál utáni vágya ne képezzen igényt arra, hogy életüknek más vessen véget.

⁵ Chetna Malhotra, Muhammad Assad Farooqui, Ravindran Kaneshwaran, Marcel Bilger, Eric Finkelstein, „Comparison of preferences for end-of-life care among patients with advanced cancer and their caregivers: A discrete choice experiment.” *Palliat Med.* 2015;29(9):842-50.

⁶ A Magyar Orvosi Kamara Etikai Kódexe 2012. II.2.2.(16)

⁷ Declaration on Euthanasia and Physician-Assisted Suicide – WMA – The World Medical Association. Az Orvosok Világszövetsége (WMA) nyilatkozatát az eutanáziáról és az öngyilkossághoz adott orvosi segítségnyújtásról a 70. közgyűlésen Tbiliszi-ben fogadták el 2019-ben. Az emberi életet a legnagyobb tiszteletben kell tartani, ezért határozottan ellenzi az eutanáziát és az orvosi segítséggel végrehajtott öngyilkosságot. Egyetlen orvost sem lehet eutanáziában vagy az öngyilkossághoz adott orvosi segítségnyújtásban való részvételre

kérdéseiben hasonlóak. Az orvos gyógyításra és a betegek szenvedésének csökkentésére tett esküt és kapott felhatalmazást, és nem arra, hogy más ember életét kioltsa. Az orvos nem segídezhet öngyilkosságban, és nem segítheti a beteget halálba, még a beteg kérésére vagy felhatalmazása esetén sem. Az Egészségügyi Tudományos Tanács 2023-ban kiadott Orvosetikai Kódexe⁸ már nem ismerteti az eutanázia meghatározását. Ennek háttérében az állhat, hogy nagyon különböző eutanázia-fogalmak vannak, és a technika fejlődésével az orvos közreműködése nélkül is halálba segíthető a beteg (Sarco kapszula). Az eutanázia végrehajtása történhet aktív cselekvéssel vagy mulasztással, szándéka a halál előidézése a természetes végnél korábban. Az aktív eutanázia esetén az eutanázia végrehajtója tesz valamit azért, hogy a beteg életét megrövidítse. A passzív eutanázia esetén pedig elmulaszt megtenni valamilyenbe beavatkozást (amelynek alkalmazása egyébként kötelessége lenne) a beteg életének megmentése érdekében. Morálisan nem tehetünk különbséget az eutanázia végrehajtási módjai között, mert az orvos szándéka mindkét esetben ugyanaz, a beteg elviselhetetlen testi és lelki szenvedéseinek megszüntetése, ill. mindkét esetben azonos a cselekedet következménye is, a beteg halála. Az emberi élet és az autonómia tiszteletben tartását minden orvos hivatásának érzi, ezért az orvosokat eutanáziára kényszeríteni és orvosi kezelésként minősíteni nem lehet⁹, ez az orvosi hivatás aláásása lenne¹⁰.

Öngyilkossághoz való orvosi segítségnyújtás esete áll fenn, ha az orvos segítséget nyújt betegnek az általa önállóan meghozott döntésének megvalósításához, életének befejezéséhez pl. úgy, hogy rendelkezésére bocsátja a halált okozó gyógyszert.

Palliatív ellátás

Az élet fenntartásának természetes eszközei a gondozás, a táplálás, a fájdalomcsillapítás, szükség esetén narkotikumok adása is. Ezeket a tevékenységeket kötelességünk biztosítani a betegeknek a közeledő halálhoz vezető súlyos állapotokban. A passzív eutanázia és a palliatív ellátás során a haldoklás stádiumában az életmentő és életfenntartó terápia elutasítása¹¹ nem

kényszeríteni. Nem etikátlan tiszteletben tartani a beteg alapvető jogát, hogy lemondjon az orvosi kezelésekről.

⁸ Magyar Orvosi Kamara Orvosetikai Kódex 2023. 7.2, 7.3, 7.4

⁹ J. Donald Boudreau, Margaret A Somerville, „Euthanasia is not medical treatment.” Br Med Bull. 2013;106:45-66. doi: 10.1093/bmb/ldt010. Epub 2013 Mar 26.

¹⁰ D .W. Brock, „Euthanasia”. Yale J Biol Med. 1992 Mar-Apr;65(2):121-9.

¹¹ A Magyar Orvosi Kamara Etikai Kódexe 2012. II.2.2.(17)

ugyanaz, bár nagyon keskeny a határ. A szeretetteljes elengedés nem passzív eutanázia.

A morfin a haldoklás stádiumában a fájdalom és a szenvedés csillapításának elfogadott módja. A morfin adagját a hozzászokás miatt fokozatosan emelni kell, ugyanakkor a morfinnak van egy légzést gyengítő hatása, amely siettetheti a halál beálltának időpontját. Ebben az esetben nem az a célja a morfin adásának, hogy meghaljon a beteg, hanem az, hogy csillapítsák a fájdalmát, és ennek az előre látott, de nem szándékolt mellékhatása az, hogy közelebb kerül a beteg a halálhoz. Ez a kettős hatás elve.

A terminális palliatív szedáció során az életfenntartó folyadékpótlást, táplálást, gondozást továbbra is alkalmazzák, emellett különböző gyógyszereket használnak. Az orvosi irodalomban több irányelv megjelent, de általánosan elfogadott gyakorlati javaslat nincs¹².

A haldokló beteg ellátását az 1997. évi CLIV tv. (Egészségügyi törvény, továbbiakban Eütv) is meghatározza¹³. A halál az élet természetes része, a halál idejét sem siettetni, sem elhúzni nem szabad. Ellenben szükséges visszaadni a halál méltóságát, és biztosítani az élet utolsó szakaszában a teljes életet, a testi, lelki-szellemi aktivitást. A hospice, palliatív ellátás jelképe Szent Márton, aki köpenyével betakarja az elesettet¹⁴.

Életvégi döntések erkölcsi megítélése és jogi szabályozása

A jogszabály kimondja, hogy az életfenntartó vagy életmentő beavatkozás visszautasítására – szigorú feltételek betartása mellett – abban az esetben van lehetőség, ha a beteg olyan súlyos betegségben szenved, amely az orvostudomány mindenkori állása szerint gyógyíthatatlan, és rövid időn belül – megfelelő egészségügyi ellátás mellett is – halálhoz vezet és gyógyíthatatlan.

Az életvégi rendelkezés nem aktív eutanázia, és nem öngyilkosságban való segítségnyújtás, hanem egyszerűen csak a beteg akaratának az érvényesülését jelenti az élete végén.

¹² Michael P Hahn, "Review of palliative sedation and its distinction from euthanasia and lethal injection." *J Pain Palliat Care Pharmacother.* 2012;26(1):30-9. doi: 10.3109/15360288.2011.650353.

¹³ Egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 99.§

¹⁴ Böszörményi Dalma, *Súlyos betegen élni. Méltósággal meghalni. Hospice-kézikönyv.* Corvinus, Budapest, 1995.

Cselekvőképes beteg súlyos, rövid időn belül halálhoz vezető betegségben életmentő vagy életfenntartó kezelést jogszerűen visszautasíthat¹⁵. Ez nem azonos a passzív eutanáziával. Az Eütv rendelkezései meghatározzák az alaki előírásokat. Eszerint a beteg közokiratban vagy teljes bizonyító erejű magánokiratban, illetve írásképtelenség esetén két tanú együttes jelenlétében utasíthat vissza életfenntartó vagy életmentő beavatkozást – lehetővé téve a betegség természetes lefolyását –, ha a beteg olyan súlyos betegségben szenved, amely az orvostudomány mindenkori állása szerint rövid időn belül – megfelelő egészségügyi ellátás mellett is – halálhoz vezet és gyógyíthatatlan (20. § (3) bek.). A betegnek az orvosi bizottság nyilatkozatát követő 3. napon – két tanú előtt – ismételten ki kell nyilvánítania a visszautasításra irányuló szándékát. Amennyiben a beteg nem járul hozzá az orvosi bizottság vizsgálatához, a kezelés visszautasítására vonatkozó nyilatkozata nem vehető figyelembe (20. § (4) bekezdés.). További korlátozásokat tartalmaz a törvény a cselekvőképtelen és korlátozottan cselekvőképes beteg vonatkozásában, ekkor visszautasítás esetén az egészségügyi szolgáltató keresetet indít a beleegyezés bíróság általi pótlása iránt (20. § (6) bekezdés, ill. 21. § (2) bekezdés). Fontos szabály továbbá, hogy az életfenntartó és életmentő kezelések visszautasítása esetén meg kell kísérelni a beteg döntése hátterében levő okok feltárását és a döntés megváltoztatását (20. § (7). bekezdés).

Cselekvőképes ember hivatalos okiratban, azaz élő végrendeletben (Living will) nyilatkozhat értékrendjéről, hogy ha a jövőben akaratnyilvánításra képtelen állapotba kerül, akkor ez a nyilatkozat útmutatásul szolgálhat különböző kezelések alkalmazásának mellőzéséről. Kijelölhet meghatalmazottat, aki ismeri értékrendjét, és értelmezni tudja az „élő végrendelet”-t, illetve az ún. „helyettesített döntés” elve alapján a beteg értékrendjének, véleményének figyelembe vételével döntést hozhat kritikus helyzetekben.

A hatályos orvosi Etikai Kódex az eutanázia minden formáját határozottan tiltja, ugyanakkor a gyógyíthatatlan és szenvedő beteg palliatív kezelésénél bevezeti a terminális palliatív medicina fogalmát, lehetőség szerint a beteg, illetve hozzátartozója beleegyezésével. Életfenntartó kezelés meg nem kezdése és az életfenntartó kezelés visszavonása között erkölcsi megítélésben nincs különbség.

Terápiás túlbuzgóság

Az egészségügyi törvény több helyen hivatkozik arra, hogy az orvos a terápiás módszereket szabadon megválaszthatja és ha a kért kezelés szakmailag nem

¹⁵ Életfenntartó beavatkozás jogi definíciója: A beteg életének mesterséges módon történő fenntartására, illetve egyes életműködéseinek pótlására irányuló egészségügyi tevékenység (Eütv. 3.§ o). Ilyen beavatkozások például a művesekezelés, a lélegeztető gép használata.

indokolt, akkor megtagadhatja¹⁶. Az orvosok mindent megtesznek a beteg életben tartása érdekében, sokszor a beteg akarata ellenére is. Ez a túlbuzgó terápia az életet minden áron meghosszabbítani akaró orvosi hozzáállás, amit sokszor a beteg elvárásai indokolnak. Ennek a következménye az izolált és idegen környezetben, a kórházi ágyon történő értelmetlen kezelés.

Alkotmánybírósági határozat

Az Alkotmánybíróság az Eütv.-t érintő beadványokat együttesen bírálta el 22/2003 (IV.28.) számú határozatában. Ebben elutasította azt az indítványt, amely szerint az Eütv. alkotmányellenesen korlátozza a gyógyíthatatlan betegek önrendelkezési jogát azáltal, hogy nem teszi lehetővé számukra életük orvosi segítséggel történő befejezését. Az Alkotmánybíróság szerint az élethez való jog és az emberi méltósághoz való jog egységet alkot, abszolút jellegű és korlátozhatatlan.

Alkotmánybírósági határozat szerint az Eütv. jogi háttérrel ad a terminális állapotú betegeknek a természetes, emberhez méltó halálhoz, és megadja az önkéntes választási lehetőséget. Az élet elleni cselekmények teljes tilalmát változatlanul fenn kell tartani. El kell azonban ismerni a betegnek azt a jogát, hogy visszautasíthassa az élete fenntartására, illetőleg meghosszabbítására vonatkozó orvosi beavatkozást még akkor is, ha a visszautasítás minden valószínűség szerint halálát fogja eredményezni. Büntetlenséget biztosít az orvosnak, ha a halál a betegség végső szakaszában lévő beteg fájdalmainak csillapítására előírt szer elkerülhetetlen mellékhatásaként következett be (kettős hatás elve). Kiáll a halál siettetésének önrendelkezésen alapuló, aktív vagy passzív formájának tiltása mellett.

Saját véleményem szerint az életmentő és életfenntartó kezeléssel való lemondás a gyakorlatban nem érvényesül az alaki-formai követelmények szigorú előírásai és a közvélemény hiányos ismeretei miatt. A közvélemény tájékozatlanságán és a halál témájának tabuként kezelésén a jelenlegi társadalmi vita változtatható.

A Katolikus Egyház álláspontja az élet és emberi méltóság védelméről az élet utolsó szakaszában

A közvélemény úgy gondolja, hogy a katolikus egyház véleménye az élet- és emberi méltóság védelméről nagyon szigorú és konzervatív, pedig az álláspontja a hazai jogszabályokkal megegyezik. A tízparancsolatban szereplő „Ne ölj”

¹⁶ Egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 129.§ (1.), 131.§ (3.b.).

parancsa az emberi életet a fogantatás pillanatától kezdve a természetes végéig védi (Róm 2, 14-15).

Szent II. János Pál pápa *Evangelium Vitae* (EV) kezdetű enciklikájában is olvasható: „Senki és semmi nem hatalmazhat föl ártatlan ember megölésére, legyen az embrió vagy magzat, kisgyermek vagy felnőtt, öreg gyógyíthatatlan beteg vagy haldokló. Ezenfölül senki sem kérhet ilyen gyilkos beavatkozást sem önmaga, sem hozzátartozója számára.”¹⁷.

Az Egészségügyben Dolgozók Chartája (EDC) szól az eutanázia megengedésének veszélyeiről, miszerint „az eutanázia felborítja az orvos-beteg viszonyt. A betegek részéről azért, mert úgy viszonyulnak az orvoshoz, mint olyasvalakihez, aki a halált hozhatja el a számukra. Az orvosok részéről azért, mert többé nem abszolút módon az életet garantálják: a betegek félni fognak, hogy az orvos a halálukat okozhatja”¹⁸. Az élet szolgálata annak segítség-támogatását jelenti, egészen annak befejezéséig. A legfontosabb segítség a szeretetteljes jelenlét. A teljes nyugalomban, emberi és keresztény méltósággal megélt halál joga. Az EDC-ben foglaltak szerint a „terminális állapotban lévő betegeknél úgy határozható meg közelebbről az élethez való jog, mint a teljes nyugalomban, emberi és keresztény méltósággal megélt halál joga. Annak tudatában, hogy nem az élet urai, sem a halál legyőzői, az egészségügyben dolgozóknak a módszerek közül megfelelően, vagyis a betegekkel kapcsolatot tartva és reális állapotukhoz alkalmazkodva kell választaniuk”.

A Katolikus Egyház Katekizmusa (KEK) szerint¹⁹ „a beteg vagy fogyatékos személyeket támogatni kell, hogy a lehetőséghez képest normális életet élhessenek”, életük megrövidítése bármely indokkal erkölcsileg elfogadhatatlan, ellenkezik az emberi természet méltóságával. A kánonjog szerint „az alany autonómiájának hangsúlyozása nem juthat el az autonómia forrásának, azaz önmaga létének megszüntetéséig”.

Az orvosi beavatkozás visszautasítható, ha „veszélyes, rendkívüli vagy a várt eredményhez képest aránytalan”, ilyen esetekben a túlbuzgó gyógyítás visszautasításáról van szó. Nem ölni akarnak, hanem elfogadják a föltartóztathatatlan halált. „A döntést a betegnek kell meghoznia, ha alkalmas és képes rá, egyébként a jogilag illetékeseknek, mindenkor tiszteletben tartva a beteg ésszerű akaratát és törvényes érdekeit.”²⁰ A halál az emberi élet elkerülhetetlen ténye, nem lehet értelmetlenül késleltetni és a szenvedést meghosszabbítani²¹

¹⁷ Ld. Szent II. János Pál pápa, *Evangelium Vitae* (EV) 57.

¹⁸ *Az egészségügyben dolgozók chartája* (EDC) 1995. Vatikán. 150.

¹⁹ Ld. *Katolikus Egyház Katekizmusa* (KEK) 2276-2279.

²⁰ Ld. *Katolikus Egyház Katekizmusa* (KEK) 2278

²¹ Ld. *Acta Apostolicae Sedis* (Róma), 1980. 549.

Összefoglaló véleményem

Az eutanázia-kérés a szenvedő ember segélykiáltása az orvoshoz, a szeretteihez és a családjához. Érvekkel nem tudunk meggyőzni valakit az eutanázia elfogadhatatlanságáról, ha nem úgy gondolja, hogy Isten az életünk ura, az életünket ajándékba kaptuk. Az orvostudomány fejlődése ellenére életünk elejének és a végének időpontját és módját nincs hatalmunkban meghatározni.²² Az érveinket nem szavakkal, hanem magatartásunkkal kell közvetíteni.

Mi lehet az eutanázia terjedésének az oka? Az idős ember azt érezheti, hogy a családnak és a társadalomnak is teher, ezért inkább választja az eutanáziát. Az életforma változása miatt a generációk eltávolodtak egymástól, az idős emberek a családjuktól gyakran távol, egyedül élnek. Egyre több az idős, a fiatalok pedig dolgoznak, akkor kitől várható el a gondoskodás? Ha a lehetőségek nem adóttak, akkor a hospice ellátásban nagyon szép példát látunk az élete végén járó idős ember gondozására, akár a saját otthonában is. Sajnos jelenleg a kapacitás hiánya miatt az igények nagyobbak, mint a lehetőségek, ezért jelenleg a tumoros és neurológiai betegségben (pl. ALS) szenvedő embereknek van lehetőségük ezt az ellátást igénybe venni. Társadalmi összefogással több hospice-hoz hasonló intézményt kellene működtetni, a nehéz munkát is vállaló elkötelezett ápolási személyzettel. Kevesen vannak, akik szeretteiket az otthonukban kísérték utolsó útjára és pozitív példákat²³, láttak. Ennek részben oka a hálál medikalizálása. Saját családtagjaim kísérése számomra példamutatás, katarzisz volt. Ezért az otthonápolás fejlesztése fontos társadalmi feladat, és ebben a hospice ellátásnak nagy tapasztalata van.

Az orvostudomány lehetőségei miatt a várható élethossz megnőtt, magasabb életkorban rosszabb az életminőség. Az önellátásra képtelen idős ember fél a szenvedéstől, kiszolgáltatottságtól. Az orvos hivatása a beteg fájdalmának, szenvedésének csökkentése. Az orvostársadalom megbecsültségét megtépázná az eutanázia legalizálása. Emellett az aktív eutanáziában résztvevő orvosok, nővérek lelkiismerete is megszólalna, ami kiégéshez vezetne. Nem könnyű hivatás az egészségügyben dolgozni, de „aki nem veszi vállára a keresztjét és nem követ engem, nem méltó hozzám (Mt 10, 37-38.)” Ezt ne az eutanázia kérőtől várjuk el, hanem magunktól.

²² Magyar Katolikus Egyház | Az emberi élet: érték és ajándék

²³ <https://www.magyarokurir.hu/hirek/-legyetek-keszen-barnai-brigitta-nover-daganatos-betegsegrol-kiengesztelesrol-elengedesrol>

Az idős ember számára riasztó a terápiás túlbuzgóság is. Az értelmetlen, megterhelő, hasztalan túlkezelést a betegek egy része elutasítja, mások viszont az utolsó percig mindent megtennének az életük meghosszabbítása érdekében. Ez utóbbi esetben az orvos a beteg elvárása érdekében kényszerülhet a túlkezelésre. Nagy szükség van az orvos empátiájára, hogy a beteg reálisan tudjon dönteni és felkészülni a közeledő halálra.

A társadalom szubjektív értékmeghatározása, az eutanázia-propaganda, a szélsőséges példák – mint a jelenlegi eutanázia vita is – jelentősen befolyásolja a kiszolgáltatott idős, beteg embert. Az eutanázia legalizálása, a korlátozások könnyítése a nemzetközi példák szerint emeli az eutanáziát kérők számát, esetleg orvosilag indokolatlan esetekben is. A társadalmi vita előtt az eutanázia pontos definícióját is fontos az emberekkel megismertetni. A terminális palliatív medicina mai korszerű terápiája a legtöbb esetben lehetővé teszi a méltóságteljes halált, és ez nem azonos a passzív eutanáziával.

A mély jelentéssel bíró „memento mori” – „emlékezz a halálra” – a mai embernek már csupán az életvégi döntéseket jelenti, ezért az emberi élet értékét pozitív példákkal kell bemutatnunk.

PALMA SGRECCIA¹

RELAZIONE: DISSIDI E INCONTRI SUL FINE VITA

Sommario:

Presentazione - 1. Il clima culturale connesso al principio di autodeterminazione - 2. Il cosiddetto “diritto di andarsene” - 3. Argomenti contro l’idea di disponibilità della vita - 4. Le cure palliative - 5. La sedazione palliativa profonda - 6. I legami che non muoiono - 7. Abitare la sofferenza - 8. Soluzione democratica - Per concludere - Bibliografia

Presentazione

La relazione presenta i quadri teorici della *disponibilità* e della *indisponibilità* della vita con le connesse concretizzazioni pratiche. Chi si appella alla disponibilità della vita, richiede il cosiddetto *diritto di morire*, inteso come diritto alla morte procurata nelle forme dell’*eutanasia volontaria* e del *suicidio assistito*; chi si appella all’indisponibilità della vita chiede che siano sempre più diffuse le *cure palliative* che dovrebbero essere un’alternativa positiva alla morte procurata. La società democratica tenta di far convivere queste due quadri di riferimento, nel rispetto delle diverse concezioni delle persone, l’ultimo *Codice Etico dell’Associazione Medica Mondiale* invita al rispetto all’*autonomia* dei pazienti, ma si appella anche al diritto all’*obiezione di coscienza* da parte dei medici. La relazione termina con un invito alla *prossimità responsabile*, ad una visione più *umana* della vita, in cui la solidarietà e la relazione con gli altri giocano un ruolo centrale nella costruzione di significato e nell’accompagnamento nelle sfide che la vita ci pone davanti.

1. Il clima culturale connesso al principio di autodeterminazione

Il sentire contemporaneo ha posto il principio di autodeterminazione al centro, questo si concretizza nel voler controllare liberamente non solo le modalità della propria vita ma anche quelle della propria morte.

Come afferma Isaiah Berlin, si vuol essere qualcuno che decide, non uno per cui si decide, autodiretto².

Tutto questo si radica nella cultura moderna, si pensi a Stuart Mill: “Su se stesso, sulla sua mente e sul suo corpo, l’individuo è sovrano”³.

¹ Vicedirettrice del Master in Bioetica, Pluralismo e Consulenza Etica dell’Università di Torino; Docente di Filosofia Morale e Bioetica.

² I. Berlin, *Due concetti di libertà*, in ID., *Quattro saggi sulla libertà*, Feltrinelli, Milano 1989, p. 197.

³ J.S. Mill, *Saggio sulla libertà*, il Saggiatore, Milano 1981, p. 33.

Nell'ambito di questo orientamento, l'autodeterminazione viene estesa sino alla facoltà, da parte del titolare della vita, di scegliere se vivere o meno.

Questo non significa affermare che l'individuo sia un'isola, infatti i teorici del principio di autonomia, come Beauchamp e Childress, non negano che l'individuo si trovi in un contesto relazionale «la vita comunitaria e le relazioni umane sono il terreno di coltura per lo sviluppo dell'io, e una teoria dell'autonomia che neghi questo fatto non è sostenibile»⁴.

È interessante notare che la logica dell'autodeterminazione abbia permeato anche alcuni ambiti teologici, è propria della teologia cattolica di Küng e di quella valdese. Si mette in luce una religione dell'amore e della misericordia, fondata sulla partecipazione alle altrui sofferenze. Dio, per usare la terminologia di Küng, non è il Sadico, ma il Misericordioso, che non vuole né l'azzeramento della libertà delle creature, né l'insensata continuazione delle loro sofferenze⁵.

Da queste premesse si parla di diritto di morire, inteso non in forma astrattamente illimitata, ma in rapporto a determinate situazioni di disagio che appaiono “invivibili” al soggetto che concretamente le vive.

Il diritto di morire, afferma Carlo Flamigni, è un “diritto all'amorevolezza”, è il diritto di rinunciare ad esistere quando proprio non ce la facciamo più⁶.

“Diritto di morire” era stato rivendicato da Jonas al fine di rifiutare determinati trattamenti volti a prolungare artificialmente la vita e quindi nella forma di un diritto di essere lasciati morire. La mossa teorica di Jonas è quella di includere il “diritto di morire” nel “diritto di vivere”⁷. Quindi, c'è un diritto alla vita piena e autonoma (“fiamma viva”), quando questa non può più darsi c'è il diritto a morire, che è un diritto “contemplativo”, riguarda l'essere profondo della persona a non dover sussistere come “cenere ardente”.

Joel Feinberg distingue accuratamente fra una concezione del diritto alla vita come diritto discrezionale («la mia vita, è anche mia, mi appartiene, sono sovrano su di essa»), da una concezione del diritto alla vita come diritto obbligatorio nella quale il diritto alla vita si configurerebbe come «il dovere di rimanere vivo quanto uno possa, o, perlomeno il dovere di non disporre della nostra vita»⁸. Un ipotetico obbligo di vivere sarebbe poco confacente allo spirito di una società di impronta liberale.

⁴ T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Principi di etica biomedica*, Le Lettere, Firenze 1999, p. 131.

⁵ Cfr. H. Küng, *Morire felici? Lasciare la vita senza paura*, Rizzoli, Milano 2015; H. Küng, W. Jens, *Della dignità del morire. Una difesa della libera scelta*, Rizzoli, Milano 2010.

⁶ C. Flamigni, *A proposito di “diritto all'amorevolezza”*, in “quotidianosanità.it”, 3 ottobre 2019 (https://www.quotidianosanità.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=77445).

⁷ H. Jonas, *Il diritto di morire*, Il Nuovo Melangolo, Genova 1991.

⁸ J. Feinberg, “Eutanasia volontaria y el derecho inalienable a la vida”, *Anuario de derechos humanos*, (1990), n. 7, pp. 61-78: 76 (richiamato da Fornero in *Indisponibilità e disponibilità della vita*, UTET, Torino, 2020. p. 364).

Quindi il diritto di morire indica il diritto di morire con dignità, non sarebbe tanto un “nuovo” diritto, ma si configurerebbe come una manifestazione del *diritto di vivere con dignità* in tutte le fasi dell’esistenza, comprese quelle estreme.

Ruth Macklin sostiene che gli appelli alla dignità umana sono meri slogan che non aggiungono nulla alla comprensione⁹, ma, nonostante questo, la dignità sembra un valore trasversale nel contesto pluralista.

L’idea diffusa è che il diritto alla vita non possa ridursi al diritto alla vita tout court, ossia al semplice esistere (= alla mera sussistenza biologica), ma debba implicare anche il diritto di vivere con dignità.

Quindi, come sosteneva Seneca nella *Lettera a Lucilio*, “Non è un bene il vivere, ma il vivere bene”.

Che cosa significhi precisamente morire “con dignità” è un argomento controverso e divisivo. Infatti, mentre esiste un generale consenso sul fatto che nella categoria di “morte degna” rientrino l’“accompagnamento del paziente” e le cure palliative, vi è invece una disparità di vedute circa la morte assistita (suicidio assistito ed eutanasia).

2. Il cosiddetto “diritto di andarsene”

Secondo Fornero, ci sarebbe un “diritto di andarsene”¹⁰ per le persone in grado di intendere e volere, diritto indipendente dalla presenza di una malattia fisica o psichica, ma collegato, come capita negli anziani, a sazietà di vivere, o legato a malessere esistenziale non risolvibile.

Distingue tra le seguenti tipologie di morte volontaria:

1. *Suicidio Tradizionale (Cruento)*: si riferisce a un suicidio in cui un individuo decide di porre fine alla propria vita in modo violento e spesso cruento, senza coinvolgere alcun tipo di assistenza medica o altra persona. È un atto individuale che può comportare autolesioni o l'uso di mezzi violenti per mettere fine alla vita.
2. *Suicidio Assistito*: coinvolge una persona che, spesso a causa di una malattia grave o di sofferenze insopportabili, riceve assistenza da un terzo per porre fine alla propria vita. Tuttavia, il paziente stesso è responsabile dell'atto finale.
3. *Eutanasia*: implica l'azione diretta di un professionista medico o di un'altra persona per porre fine alla vita di un individuo che ne fa richiesta. In passato si distingueva tra eutanasia attiva, quando qualcuno interviene direttamente per mettere fine alla vita del paziente, o eutanasia passiva, quando si

⁹ R. Macklin, “Dignity is a useless concept”, *British Medical Journal*, 2003 December 20-27, 327(7429) pp. 1419-1420.

¹⁰ G. Fornero, *Il diritto di andarsene. Filosofia e diritto del fine vita tra presente e futuro*, UTET, Torino 2023.

smettono di applicare trattamenti medici che prolungano la vita. Questa seconda modalità è ciò che ora è definito “rifiuto dei trattamenti salvavita”.

4. *Autoeutanasia*: una persona decide autonomamente di porre fine alla propria vita, è una decisione individuale che non coinvolge direttamente terzi, sebbene possa comportare il supporto emotivo o logistico da parte di amici o familiari. Si usa questo termini e non suicidio per mettere in luce che la modalità scelta per mettere fine alla propria vita non è cruenta (suicidio tradizionale) e non implica l’assistenza medica (suicidio assistito)

Nel contesto di una società liberale e pluralistica, Fornero sottolinea che la morte volontaria dovrebbe essere considerata un diritto fondamentale di ogni cittadino, indipendentemente dalle ragioni specifiche che portano l’individuo a scegliere questa opzione.

Per questa ragione presenta il progetto “Sarco” che rappresenta un’innovazione tecnologica nel campo della morte assistita, con l’obiettivo di offrire alle persone una via autonoma per concludere la propria vita in modo pacifico e affidabile.

Sarco Suicide Pod è una capsula mortifera stampabile in 3D, co-progettata da Philip Nitschke e l’ingegnere olandese Alexander Bannick nel 2017. Gli utenti interessati devono superare un test online per valutare il loro stato mentale e, se lo superano, ricevono un codice di accesso che attiva la capsula. Una volta attivata, la capsula rilascia azoto liquido, causando una morte indolore e rapida. Questo processo si basa su sistemi di intelligenza artificiale per valutare la volontà dell’utente, eliminando la necessità di interventi da parte di professionisti.

Sarco è stato progettato per consentire agli utenti di sperimentare una morte serena, con la possibilità di condividere questo momento con familiari e amici e di ascoltare la propria musica preferita. Mentre alcuni considerano il progetto “mostruoso” e “disumano”, per altri rappresenta un tentativo di realizzare il sogno dell’umanità di una “buona morte” attraverso un approccio tecnologico all’autoeutanasia.

3. Argomenti contro l’idea di disponibilità della vita

L’appello ad un diritto di morire con dignità che implichi eutanasia e suicidio assistito, non è condiviso da chi sposa la tesi dell’indisponibilità della vita.

L’indisponibilità della vita si può giustificare con motivi religiosi, benché, secondo alcune prospettive teologiche, non ci sarebbe incompatibilità con la visione religiosa (Küng, Valdesi).

Una seconda argomentazione è quella legata alla struttura relazionale dell’esistenza. Ci sono studiosi di area cattolica che non si limitano a sostenere una fondazione teologica e metafisica, ma vanno oltre il modello tomistico e magisteriale, ad esempio Francesco D’Agostino sostiene che l’adeguata fondazione “razionale” e “universale” della inviolabilità e indisponibilità della

vita sia quella che fa leva sulla struttura coesistenziale dell'esistenza, cioè sul carattere intrinsecamente relazionale della persona¹¹.

Altri fanno riferimento alla natura corporea, vitale, della persona umana. Ad esempio il teologo Mauro Cozzoli afferma che *Io non ho una vita: io sono la mia vita*. In altri termini, la vita di una persona non è qualcosa che la persona "possiede" ma "è" la persona stessa nel suo esserci concreto¹².

Come osserva Adriano Pessina, «la nostra vita siamo noi» non ha logicamente senso parlare di disponibilità della vita¹³. Togliere la vita significa annientare la persona.

Un'altra argomentazione contro la disponibilità della vita è quella legata al cosiddetto pendio scivoloso, cioè l'idea che se si consente la morte procurata in alcuni casi, poi non si riesce a limitare e si finisce a mettere in pericolo la vita anche di soggetti non consenzienti, vulnerabili, sacrificati a logiche economiche o a quelle dell'arbitrio di alcuni (magari "parenti serpenti"), si disincentiverebbe l'impegno della società per alleviare alcune situazioni difficili. Insomma si creerebbe un clima culturale non favorevole al reciproco sostegno nelle situazioni difficili.

Analiticamente i rischi messi in luce sono: 1. venir meno del rapporto di fiducia tra medico e paziente; 2. un consenso soggetto a forme di coercizione psicologica e quindi non valido; 3. abusi o errori aggravati dal fatto che in queste circostanze non esistono "risarcimenti possibili"; 4. un possibile disimpegno sul fronte delle cure antalgiche e palliative¹⁴; 5. disimpegno a livello delle politiche sociali.

4. Le cure palliative

Le cure palliative¹⁵ mirano a migliorare la qualità della vita dei pazienti affetti da malattie gravi o letali, concentrandosi sul sollievo della sofferenza in tutte le sue dimensioni, non solo il dolore fisico ma anche quello psicologico, emotivo, sociale e spirituale. Questo approccio è stato inizialmente formulato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 1990 e ha ricevuto successivi aggiornamenti nel 2002: "Le cure palliative sono un approccio che migliora la qualità della vita dei malati e delle famiglie che si confrontano con i problemi associati a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo dalla sofferenza per mezzo dell'identificazione precoce, dell'approfondita valutazione e del trattamento del dolore e di altri problemi fisici, psicosociali e

¹¹ F. D'Agostino, *Bioetica nella prospettiva della filosofia del diritto*, Giappichelli, Torino 1998.

¹² M. Cozzoli, "Perché non esiste un diritto a morire", *Avvenire*, 18 giugno 2017.

¹³ A. Pessina, *Eutanasia. Della morte e di altre cose*, Cantagalli, Siena 2007, p. 107.

¹⁴ G. Fornero, *Indisponibilità e disponibilità della vita. Una difesa filosofico giuridica del suicidio assistito e dell'eutanasia volontaria*, UTET, Torino 2020, p. 521.

¹⁵ Cfr. C. Casalone, "Le cure palliative", *La Civiltà Cattolica* 2023 III 4158 (16 sett/7 ott 2023), pp. 457-471; Cfr S. Spinsanti, *La cura in modalità palliativa. Le parole, le regole, le pratiche*, Dapero, Castel San Giovanni (Pc) 2022.

spirituali” (OMS, 2002).

Questo approccio globale riguarda tutte le condizioni in cui la guarigione non è più possibile, come malattie croniche e degenerative.

Cicely Saunders¹⁶, considerata la promotrice delle cure palliative, nel 1967 fondò a Londra il primo centro in cui praticava questo stile di cura, il celebre St. Christopher Hospice. Saunders ha introdotto il concetto di “dolore totale”, che comprende tutte le diverse dimensioni della sofferenza. Le cure palliative sono sempre più precoci e vengono integrate con il trattamento principale per garantire un miglioramento continuo della qualità di vita.

I farmaci analgesici, come gli antiinfiammatori e gli oppioidi, svolgono un ruolo significativo nel trattamento del dolore e la consapevolezza crescente degli aspetti psicologici ed emotivi del dolore ha portato a un approccio più completo nella gestione della sofferenza.

Le cure palliative hanno contribuito a superare le resistenze culturali e religiose legate all'uso di analgesici, poiché sono state riconosciute come un mezzo per rendere più umana l'esperienza del soffrire. Inoltre, documenti ecclesiali¹⁷ hanno enfatizzato l'importanza di intervenire per alleviare la sofferenza, sottolineando il dovere professionale e la carità cristiana nell'affrontare il dolore.

5. La sedazione palliativa profonda

La “sedazione palliativa profonda”¹⁸ è una procedura terapeutica volta a ridurre o eliminare intenzionalmente la coscienza del paziente attraverso l'uso di farmaci al fine di alleviare la percezione di una sofferenza insopportabile causata da sintomi refrattari in una fase avanzata o terminale di malattia¹⁹. I sintomi refrattari possono includere dolore, nausea, dispnea grave e angoscia psicologico-esistenziale, che non possono essere adeguatamente trattati con altre terapie. È importante ottenere il consenso informato del paziente, quando possibile, e pianificare in anticipo le cure, comprese le dichiarazioni anticipate di trattamento. La sedazione palliativa può essere superficiale, temporanea o intermittente, profonda e continua fino alla morte del paziente. È essenziale distinguere chiaramente la sedazione palliativa profonda dall'eutanasia e dal suicidio medicalmente assistito. La sedazione palliativa ha lo scopo di alleviare la

¹⁶ C. Saunders, *Vegliate con me. Hospice: un'ispirazione per la cura della vita*, EDB, Bologna 2008.

¹⁷ Cfr. Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari, *Nuova carta degli operatori sanitari*, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano, 2016, n. 93.

¹⁸ Cfr. C. Casalone, “Le cure palliative”, *La Civiltà Cattolica* 2023 III 4158 (16 sett/7 ott 2023), pp. 463-465; R. Pegoraro, “Sedazione palliativa: quando dire di sì”, *Avvenire* del 13 luglio 2023; Siaarti – Sicp, *Linee guida sulla sedazione palliativa nell'adulto*, 2023 (https://www.sicp.it/wp-content/uploads/2023/05/LG-429-SIAARTI_SICP_Sedazione-Palliativa_v2.pdf)

¹⁹ In Italia, in base alla legge 219/2017, sulle Disposizioni Anticipate di Trattamento, si può chiedere la sedazione palliativa profonda anche non in imminenza della morte.

sofferenza e non di provocare la morte del paziente. Questo approccio è eticamente accettabile e coinvolge i familiari nel processo, fornendo loro supporto psicologico.

Papa Pio XII²⁰ aveva affrontato questo argomento in passato, distinguendo chiaramente tra l'intenzione di alleviare la sofferenza e il risultato della somministrazione di analgesici, anche se ciò avrebbe potuto abbreviare la vita del paziente. Oggi sono superati i dubbi dei moralisti cattolici sull'uso degli analgesici, ma il Magistero cattolico²¹ sempre sottolinea che l'uso di tali procedure richiede comunque discernimento ed attenzione.

6. I legami che non muoiono

L'impegno per le cure palliative ha come sottofondo teorico l'idea che sia importante curare la persona malata anche quando non è curabile, che la morte sia un fatto legato alla condizione umano, ma non è una scelta.

Recentemente si è costituita la "Commissione Lancet sul Valore della Morte"²² che ha come fine una "utopia realistica", cioè migliorare le condizioni del morire. La Commissione propone cinque principi per una nuova visione di come la morte e il morire potrebbero essere affrontati:

1. studiare i determinanti sociali della morte, del morire e del lutto;
2. comprendere la morte come un processo relazionale e spirituale oltre che un semplice evento fisiologico;
3. favorire reti di supporto per le persone in fase terminale, in lutto, i caregiver;
4. condividere le conversazioni e le storie sulla morte quotidiana, il morire e il lutto;
5. riconoscere il valore della morte stessa.

Nel Report è specificato che "riconoscere il valore della morte" significa ricordare che la finitudine è uno sprone a valorizzare la vita, a cogliere ogni momento come un'occasione. In generale, il Report è un invito a considerare la morte, non come una scelta, ma come un fatto su cui l'essere umano, in forza della sua dimensione spirituale, è in grado di scorgere una dimensione di senso. Il Report richiama

²⁰ Pio XII, "Al primo congresso di istopatologia del sistema nervoso" (14 settembre 1952), in Pio XII, *Discorsi ai medici*, a cura di F. Angelini, Orizzonte Medico, Roma 1960, pp. 197-198; AAS 48 (1956) 459-467.

²¹ Congregazione per la Dottrina della Fede, *Lettera Samaritanus bonus sulla cura delle persone nelle fasi critiche e terminali della vita*, 29 gennaio 2020, n. 73.

²² Report of the Lancet Commission on the Value of Death: *Bringing death back into life*, Published online January 31, 2022 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02314-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02314-X), www.thelancet.com, <https://valueofdeath.org/>

concetti già espressi da Jonas ne' *Il peso e la benedizione della mortalità*²³ e da Kass con i *Pregi della finitudine*²⁴.

Da sempre la morte è il grande interrogativo che ci portiamo dentro, connesso alla domanda sul senso della vita.

Quando condividiamo le corde intime di questo interrogativo si creano sinergie, reciprocità, legami che non muoiono.

Soprattutto, stare vicino a chi sta per morire rappresenta un reciproco mettersi al mondo, come richiama la testimonianza di Marie de Hennezel: “vorrei far capire come il tempo che precede la morte possa anche essere utile al compiersi di una persona, a una trasformazione di chi le sta accanto. Molte cose possono ancora essere vissute. Su un terreno più sottile, più interiore, sul terreno delle relazioni con gli altri. Quando non si può più fare nulla, tuttavia si può ancora amare e sentirsi amati, e molti moribondi, nel momento di lasciare la vita, ci hanno lanciato questo messaggio struggente: non ignorate la vita, non ignorate l'amore. Gli ultimi istanti della vita di un essere amato possono essere l'occasione di spingersi con lui il più in là possibile. [...] chiamando a raccolta tutta la saggezza, l'ironia e l'amore di cui un essere umano è capace per affrontare la morte”.²⁵

Credo che sia un compito comune, aiutarci a morire in pace, anche nelle situazioni più dure, vegliarci (come non ricordare il “Vegliate con me”²⁶ del Giardino degli ulivi), ci sono dei traguardi da raggiungere prima del saluto finale.

Questo “vegliarci” presuppone il riconoscimento della complessità della persona umana, non riducibile a dinamiche fisiche-quantitative. Opportunamente, Ricoeur indica i tre paradossi della persona: “Primo paradosso; la persona non è una cosa, e tuttavia il suo corpo è una parte della natura fisica osservabile. Secondo paradosso; la persona non è una merce, né la medicina un commercio, ma la medicina ha un prezzo e costa alla società. Ultimo paradosso, che ricapitola i due precedenti: la sofferenza è privata, ma la sanità pubblica”²⁷.

7. Abitare la sofferenza

L'11 febbraio 2022, Maurizio Mori nel suo *Suicidio assistito e Ippocrate. Perché la richiesta di “Mario il marchigiano” è una “vittoria”* (in “[Quotidiano sanità](#)”)²⁸ descrive la situazione di chi si trova a vivere senza qualità di vita, come un *bagnasciuga*, una sorta di situazione infernale in cui non c'è possibilità di miglioramento perché il malcapitato si trova inondato sempre di più dall'oceano

²³ H. Jonas, *Peso e benedizione della mortalità*, in *Tecnica, medicina ed etica. Prassi del principio responsabilità*, a cura di P. Becchi, Einaudi, Torino, 1999², pp. 206-221.

²⁴ L. R. Kass, *La sfida della bioetica. La vita, la libertà e la difesa della dignità umana*, Lindau, Torino 2007, pp. 361-385.

²⁵ M. de Hennezel, *La morte amica: Le lezioni di vita di chi si avvicina alla fine*, Rizzoli, Milano 2013, p. 12.

²⁶ Questo è il titolo del libro della fondatrice delle *cure palliative*, Cicely Saunders (vedi sopra).

²⁷ P. Ricoeur, *Il giudizio medico*, Morcelliana, Brescia 2006, p. 47.

²⁸ https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=102309

senza la possibilità di uscire. Mori presenta la morte come una forma di liberazione dal tormento, e definisce l'aiuto a morire in queste situazioni come una forma di solidarietà. Nei suoi calcoli, la vita di qualità (la collina) vale +1, la condizione infernale (il bagnasciuga) vale -1, la morte (l'oceano) vale 0, quindi quando non è possibile stare in collina è meglio l'oceano perché il bagnasciuga è invivibile.

La scelta di quantificare le esperienze esistenziali è problematica, anche perché le nostre esperienze hanno più tonalità, aspetti positivi e negativi molte volte convivono dialetticamente.

Come anche lo è quella di dare un numero, 0, alla morte, che rimane l'impensabile. L'idea della morte rappresenta la "vertigine del pensiero", "è un'idea senza contenuto o, se si preferisce, il cui contenuto è il vuoto infinito. È la più vuota delle idee vuote poiché il suo contenuto è l'impensabile, l'inesplorabile, il «non so che» concettuale"²⁹.

Dopo aver "frazionato" la vita e constatato che c'è una porzione definibile come *condizione infernale*, non possiamo – secondo Mori – più applicare la valutazione positiva complessiva alla singola parte, perché ci sono tragedie che "troncano brutalmente l'orizzonte di senso"³⁰, ma, si può replicare, la condivisione può essere una risposta di senso.

La scelta del termine "tortura" aiuta a rendere l'idea dell'asprezza della sofferenza, ma potrebbe indurre a pensare che la tortura della sofferenza sia una punizione data da un aguzzino (magari un Dio Sadico), o più aguzzini (i medici, la società) per far espiare colpe non definite.

La sofferenza va sganciata dalla logica colpa/punizione, è un fatto legato alla condizione umana a cui la cultura risponde con risposte come la medicina e la solidarietà.

L'impianto di Mori è utilitarista, ma non fa nessun calcolo costi/benefici, presenta il suicidio assistito (il discorso vale anche per l'eutanasia volontaria) come un nuovo compito della medicina post-ippocratica, come un gesto di solidarietà, sia contro la sofferenza, sia per riaffermare il senso della positività della vita. Descrive il suicidio assistito come un atto di nobile consapevolezza della bontà della vita che però può assumere anche il tono della condizione infernale, allora, proprio per ribadire il "sugo della vita", è meglio optare per lo zero della morte. Quella che propone è una scelta che vuol essere "nobile", perché ha il senso di riaffermare il bello della vita. Alla sofferenza Mori vuol dare una risposta estetico-etica, il suicidio assistito (e l'eutanasia) esprimono l'estetica vitalista di chi non vuol rimanere passivo sotto i colpi della tempesta, l'estetica dell'eroe tragico che afferma la sua dignità, che sta a testa alta nella sua condizione infernale, che Mori chiama anche *bagnasciuga*.

²⁹ E. Morin, *L'uomo e la morte*. Edizioni Centro Studi Erickson. Edizione del Kindle.

³⁰ M. Mori, "Suicidio assistito e Ippocrate. Perché la richiesta di «Mario il marchigiano» è una «vittoria»", in *Quotidiano sanità*, 11 febbraio 2022, https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=102309 (consultato il 28 ottobre 2023).

In questa morale civica, la sopravvivenza è civile, è la sopravvivenza dell'eroe che rimane un riferimento.

Seguendo la sua metafora, quando dal bagnasciuga non si può più risalire sulle colline soleggiate della vita è meglio optare per la definitiva immersione nell'oceano (la morte) e chi lo sceglie ha il diritto di essere aiutato.

Ha ragione nell'affermare il dovere di solidarietà, a raccomandare il rispetto dei singoli, ma una parola in più va detta sui confini. Siamo animali terrestri³¹ – sempre seguendo la metafora – e le nostre azioni si svolgono dalle colline al bagnasciuga, non possiamo offrire l'oceano (la morte) come se fosse un bene, la morte rimane un'incognita, vale X e non 0 . La solidarietà si esplica nella buona gestione del bagnasciuga, ci sono varie possibilità per farlo, come le cure palliative e gli aiuti socio-sanitari, certamente questo comporta impegno economico e psicologico, che Mori non rifiuta perché il suo è un utilitarismo altruistico. Vuole evitare la sofferenza.

Un compito della bioetica è anche quello di ricordare che è possibile abitare il *bagnasciuga*, appellarsi al principio giustizia affinché vengano costruite solide palafitte, vengano cioè tutelati i diritti sociali perché senza i giusti sostegni anche chi sta in collina può trovarsi in situazioni infernali³².

8. Soluzione democratica

Nella società democratica, la richiesta di eutanasia e suicidio assistito non si giustifica facendo appello al peso economico ed emotivo del paziente gravemente malato, ma richiamando al rispetto del modo in cui il soggetto intende chiudere la sua vita.

Nonostante alcune richieste che vorrebbero vietare l'obiezione di coscienza, la richiesta di eutanasia e suicidio assistito non può diventare il dovere di procurare la morte, si deve normare affinché il paziente e il medico possano agire conformemente a ciò che ritengono come morte degna.

È interessante la posizione molto moderatamente aperta alla morte assistita, presentata dal teologo Carlo Casalone, membro della Pontificia Accademia per la Vita, in "Civiltà Cattolica"³³. La sua proposta è volta ad arginare la richiesta di eutanasia e suicidio assistito on demand, di consentirla soltanto quando la morte è molto vicina, quindi come alternativa alla sedazione palliativa.

Come scrive Fornero, "Questo articolato paradigma teorico e giuridico [quello della disponibilità della vita], per poter funzionare nella realtà, presuppone che non tutti i medici e gli operatori sanitari siano contrari alla morte assistita e che il

³¹ Mori non ritiene che l'essere umano sia terrestre, scrive nel suo *Manuale* che siamo, grazie alla tecnica, anfibi e un giorno diventeremo elicotteri, perché non abbiamo confini prestabiliti.

³² Cfr. P. Sgreccia, *Manuale di bioetica "su palafitte"*, Vicolo del Pavone, Tortona (Alessandria) 2023, pp. 339-343.

³³ C. Casalone, "La discussione parlamentare sul «suicidio assistito»", Quaderno n. 4118 di *Civiltà cattolica* del 15 gennaio 2022.

paziente, il quale si trovi nelle condizioni previste dalla legge, possa comunque trovare soddisfazione alla propria richiesta di morte da parte di medici e operatori sanitari favorevoli ad accoglierla. A questo punto la questione – da teorica e giusfilosofica – non può fare a meno di diventare pratico-legislativa e quindi di concernere le modalità tecniche concrete attraverso le quali disciplinare complessivamente la morte assistita e preservare sia il diritto dei pazienti sia quello dei medici”³⁴.

Su questa linea si pone l’ultimo Codice di Etica Medica dell’Associazione Medica Mondiale³⁵ che non pone più al centro la tutela della vita, ma quella dell’autonomia del paziente. Nell’Articolo 13 leggiamo che: “Nell’offrire assistenza medica, il medico deve rispettare la dignità, l’autonomia e i diritti del paziente. Il medico deve rispettare il diritto del paziente di accettare o rifiutare liberamente le cure, in linea con i valori e le preferenze del paziente”.

Poi, nell’Articolo 29 si legge: “Questo Codice rappresenta i doveri etici del medico. Tuttavia, su alcune questioni possono sorgere profondi dilemmi morali, nei quali medici e pazienti possono avere convinzioni di coscienza profondamente ponderate ma in conflitto tra loro. Il medico ha l’obbligo etico di ridurre al minimo le interruzioni nell’assistenza al paziente. L’obiezione di coscienza del medico alla fornitura di qualsiasi intervento medico lecito può essere esercitata solo se il paziente individuale non subisce danno o discriminazione e la salute del paziente non è messa in pericolo. Il medico deve informare tempestivamente e con rispetto il paziente di tale obiezione e del diritto del paziente di consultare un altro medico qualificato, fornendo informazioni sufficienti per consentire al paziente di avviare tale consulto in modo tempestivo”.

Questi articoli sono rilevanti per comprendere che nel Codice di Etica Mondiale è al centro il principio di rispetto dell’autonomia del paziente e che l’obiezione di coscienza del medico non deve ledere né la salute, né l’autonomia del paziente.

Per concludere

In una società in cui l’unico faro sembra essere il principio d’autonomia della persona, è importante mettere in luce la dimensione relazionale e la solidarietà come sorgente di senso, sia per chi dona sia per chi riceve.

La vicinanza e il sostegno nella sofferenza sono l’ossigeno della vita che non va mai interrotto, se ci anestetizziamo di fronte alla sofferenza umana la vita perde di senso.

L’invito al sostegno reciproco però significa anche non accanirsi nel voler perdurare la vita con trattamenti sproporzionati, la solidarietà significa anche accompagnare, alleviare le ultime fasi dell’esistenza.

³⁴ G. Fornero, *Indisponibilità e disponibilità della vita*, op. cit., p. 809.

³⁵ World Medical Association, *International Code of Medical Ethics*, 14th April 2023, <https://www.wma.net/policies-post/wma-international-code-of-medical-ethics/>

Per questo è da privilegiare l'approccio delle cure palliative che unisce alla terapia del dolore, la vicinanza psico-spirituale al paziente e alla famiglia.

In questa linea è importante il richiamo di papa Francesco alla *prossimità responsabile*: “occorre dunque tenere in assoluta evidenza il comandamento supremo della *prossimità responsabile*, come chiaramente appare nella pagina evangelica del Samaritano (cfr *Luca* 10, 25-37). Si potrebbe dire che l'imperativo categorico è quello di non abbandonare mai il malato. L'angoscia della condizione che ci porta sulla soglia del limite umano supremo, e le scelte difficili che occorre assumere, ci espongono alla tentazione di sottrarci alla relazione. Ma questo è il luogo in cui ci vengono chiesti amore e vicinanza, più di ogni altra cosa, riconoscendo il limite che tutti ci accumuna e proprio lì rendendoci solidali. Ciascuno dia amore nel modo che gli è proprio: come padre o madre, figlio o figlia, fratello o sorella, medico o infermiere. Ma lo dia! E se sappiamo che della malattia non possiamo sempre garantire la guarigione, della persona vivente possiamo e dobbiamo sempre prenderci cura: senza abbreviare noi stessi la sua vita, ma anche senza accanirci inutilmente contro la sua morte. In questa linea si muove la medicina palliativa. Essa riveste una grande importanza anche sul piano culturale, impegnandosi a combattere tutto ciò che rende il morire più angosciato e sofferto, ossia il dolore e la solitudine”³⁶.

³⁶ Francesco, *Messaggio del Santo Padre Francesco ai partecipanti al Meeting Regionale Europeo della "World Medical Association" sulle questioni del "fine-vita"*, Città del Vaticano, 16-17 novembre 2017, https://www.vatican.va/content/francesco/it/messages/pont-messages/2017/documents/papa-francesco_20171107_messaggio-monspaglia.html

PALMA SGRECCIA¹

VÉLEMÉNYKÜLÖNBSÉGEK ÉS NÉZETAZONOSSÁGOK AZ ÉLET VÉGÉVEL KAPCSOLATBAN²

Összegzés:

Bevezetés - 1. Az önrendelkezés alapelveihez kapcsolódó kulturális légkör - 2. Az úgynevezett „elmenéshez való jog” - 3. Érvek az élet fölötti rendelkezési jog (disponibilitás) eszméje ellen - 4. Palliatív gondoskodás, ellátás - 5. Mély palliatív nyugtató, szedációs kezelés - 6. A kötelékek, amelyek nem halnak meg - 7. A szenvedésben élni, lakozni - 8. Demokratikus megoldás - Befejezésül - Bibliográfia

Bevezetés

Az előadás az élet feletti rendelkezés lehetőségének és lehetetlenségének elméleti hátterét mutatja be az ide kapcsolódó gyakorlati konkretizálásokkal összefüggésben. Aki az élet fölötti rendelkezés jogára apellál, az ún. *halálhoz való jogot* követeli, amelyen az *önkéntes eutanázia* és az *asszisztált öngyilkosság* formáiban előidézett halálhoz való jogot értik; aki arra hivatkozik, hogy az élet fölött nem lehet rendelkezni, a *palliatív ellátás* egyre szélesebb körű elterjedését kéri, mint olyan eljárását, amelynek a halál előidézése helyett választható pozitív lehetőségnek kellene lennie.

A demokratikus társadalom arra törekszik, hogy e két hivatkozási alap együttes fennállását biztosítsa, tiszteletben tartva a személyről alkotott különböző koncepciókat; az *Orvosi Világszövetség* legújabb *Etikai Kódexe* felszólít a betegek (páciensek) autonómiájának tiszteletben tartására, de az orvosok azon jogára is hivatkozik, hogy lelkiismereti okokból tagadhassák meg az eljárásban való részvételt.

¹A Torinói Egyetem bioetika, pluralizmus és etikai tanácsadás mesterszakának igazgatóhelyettese; az erkölcsfilozófia és a bioetika tanára.

²Fordította: P. György Alfréd MI lic. theol. az Osztrák Kamillianus Tartomány elöljárója, generális delegátus, a nyíregyházi Kamillianus Kolostor házfőnöke és

Turgonyi Zoltan dr. a MTA Filozófiai Intézet (ELTE Kutatási Hálózat Bölcsészettudományi Kutatóközpont Filozófiai Intézet) ny. tudományos főmunkatárs, a Szent István Akadémia tagja, a Magyar Bioetikai Szemle főszerkesztője

Az előadás végén a *felelős felebaráti szeretetet* szorgalmazzuk, az életnek egy olyan – humánusabb – felfogását sürgetve, amelyben a szolidaritás és a másokkal való kapcsolatok központi szerepet játszva segítik az élet által támasztott kihívások értelmének megfogalmazását és a velük szembesülők támogatását.

1. Az önrendelkezés elvéhez kapcsolódó kulturális léggör

A kortárs közhangulat az önrendelkezés elvét állította a középpontba; ez az elv az ember arra irányuló akaratában konkretizálódik, hogy ne csupán saját életének, hanem saját halálának mikéntjét is szabadon ellenőrizze.

Ahogy Isaiah Berlin mondja, az ember önirányító akar lenni, olyasvalaki, aki dönt, nem pedig olyasvalaki, akiről döntenek³.

Mindez a modern kultúrában gyökerezik, gondoljunk Stuart Millre: „Önmagának – saját testének és lelkének – mindenki korlátlan ura.”⁴

Ennek az orientációnak a jegyében az önrendelkezés kiterjesztődik egészen addig, hogy az élet tulajdonosa eldönthesse, akar-e élni vagy sem.

Ez nem annak állítását jelenti, hogy az egyén egy sziget; valójában az autonómia elvének teoretikusai, mint Beauchamp és Childress, nem tagadják, hogy az egyén kapcsolati kontextusban létezik; „a közösségi élet és az emberi kapcsolatok képezik az én fejlődésének kiműveléséhez szolgáló alapot, és az autonómia olyan elmélete, amely ezt a tényt tagadja, nem tartható”⁵

Érdekes megjegyezni, hogy az önrendelkezés logikája néhány teológiai területet is áthatott, a kung-i katolikus és a valdens teológiának is sajátja. Ezáltal nyer hangsúlyt a szeretet és az irgalmasság vallása, mely a mások szenvedésében való részvételen alapul. Isten, hogy Küng terminológiájával éljünk, nem a szadista, hanem az irgalmas Isten, aki nem akarja sem a teremtmények szabadságának megszüntetését, sem szenvedésük értelmetlen folytatását⁶.

E premisszák nyomán vetődik fel a halálhoz való jog, nem absztrakt módon korlátlan formában, hanem meghatározott kényelmetlen helyzetekkel kapcsolatban, amelyek „élhetetlennek” tűnnek az azokat ténylegesen átélő alany számára.

A halálhoz való jog – ahogyan Carlo Flamigni kijelenti – „jog a „kedvességhez”, jog a létezésről való lemondáshoz, amikor már nem bírjuk tovább”⁷.

³ Vö. I. Berlin, „A szabadság két fogalma”, in Berlin, *Négy esszé a szabadságról*, Európa, Budapest, 1990. 361.

⁴J. S. Mill, „A szabadságról”, in Mill, *A szabadságról – Haszonelvűség*. Magyar Helikon, Budapest, 1980. 27.

⁵ T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Principi di etica biomedica*, Le Lettere, Firenze 1999, p. 131.

⁶ Ld. Cfr. H. Küng, *Morire felici? Lasciare la vita senza paura*, Rizzoli, Milano 2015; H. Küng, W. Jens, *Della dignità del morire. Una difesa della libera scelta*, Rizzoli, Milano 2010.

⁷C. Flamigni, *A proposito di “diritto all’amorevolezza”*, in „quotidianosanita.it”, 2019. október 3. (https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/article.php?article_id=77445).

A „halálhoz való jogot” Jonas azért követelte, hogy elutasítson bizonyos kezeléseket, amelyek célja az élet mesterséges meghosszabbítása; tehát az ahhoz való jogunkat követelte, hogy hagyjanak minket meghalni. Jonas elmélete arra törekszik, hogy belefoglalja a „halálhoz való jogot” az „élethez való jogba”⁸. Tehát létezik a teljes és autonóm élethez („élő láng”) való jog, amikor pedig ez nem lehetséges, jogunk van a halálhoz, amely „kontemplatív” jog, s a személy létének mélyéből fakad, akinek nem kell „forró hamunként” fennmaradnia.

Joel Feinberg gondosan megkülönbözteti egyfelől az élethez való jog diszkrecionális jogként való felfogását („az életem az enyém, hozzám tartozik, szuverén ura vagyok”), másfelől az élethez való jog mint kötelező jog koncepcióját, amely szerint e jog nem más, mint azon „kötelesség, hogy életben maradjunk, ameddig csak lehet, vagy legalábbis azon kötelesség, hogy ne rendelkezünk életünkről”⁹. Az életben maradás e hipotetikus kötelessége aligha lenne összhangban a liberális beállítottságú társadalom szellemével.

Tehát a halálhoz való jog a méltósággal való meghalásra utal; így ez nem annyira valami új jog lenne, mint inkább *az ahhoz való jog, hogy életünket méltósággal élhessük* minden szakaszában, beleértve a végét is.

Ruth Macklin azt állítja, hogy az emberi méltóságra való hivatkozások csupán szlogenek, amelyek semmit sem tesznek érthetőbbé¹⁰, de ennek ellenére a méltóság közös értéknek látszik a pluralista kontextusban.

A közkeletű nézet szerint az élethez való jog nem redukálható a pusztán élethez, tehát az egyszerű létezéshez (a merőben biológiai létfenntartáshoz) való jogra, hanem magában kell foglalnia a méltó élethez való jogot is.

Tehát, ahogy Seneca érvelt a *Luciliusnak írt levelében*: „Nem élni jó, hanem jól élni.”¹¹

Az, hogy pontosan mit jelent „méltósággal” meghalni, ellentmondásos és megosztó probléma. Ugyanis miközben általános konszenzus van abban, hogy a „méltó halál” kategóriája magában foglalja a „beteg elkísérését” és a palliatív ellátást, az asszisztált halállal (az asszisztált öngyilkossággal és az eutanáziával) kapcsolatban megoszlanak a vélemények.

2. Az úgynevezett „elmenéshez való jog”

⁸ H. Jonas, *Il diritto di morire*, Il Nuovo Melangolo, Genova, 1991.

⁹ J. Feinberg, „Eutanasia voluntaria y el derecho inalienable a la vida”, *Anuario de derechos humanos*, (1990), n. 7, pp. 61-78: 76 (Ld. G. Fornero erre való hivatkozását következő művében: *Indisponibilità e disponibilità della vita*, UTET, Torino, 2020. 364.).

¹⁰ R. Macklin: “Dignity is a useless concept”, *British Medical Journal*, 2003. december 20-27., 327(7429) 1419-1420.

¹¹ Seneca: Vigasztalások – Erkölcsi levelek. Európa, Budapest, 1980. 335.

Fornero szerint az értelmüket és akaratukat használni képes személyek számára létezhetne egy „elmenéshez való jog”¹², függetlenül attól, hogy van-e valamilyen testi vagy pszichés betegségük, viszont összefüggésben az – idősök esetében előforduló – életuntsággal vagy megszüntethetetlen egzisztenciális szenvedéssel. Különbséget tesz az önkéntes halál következő típusai között:

1. *Hagyományos (véres) öngyilkosság*: olyan öngyilkosságra utal, amelyben az egyén úgy dönt, hogy erőszakos és gyakran véres módon vet véget életének, anélkül, hogy bármilyen típusú orvosi segítséget vagy más személyt bevonna. Ez egy egyéni cselekedet, amely magában foglalhatja az önkárosítást vagy erőszakos eszközök használatát abból a célból, hogy véget vessen az életnek.
2. *Asszisztált öngyilkosság*: olyan személyt érint, aki – gyakran súlyos betegsége vagy elviselhetetlen szenvedése miatt – egy harmadik féltől segítséget kap, hogy véget vessen saját életének. Mindazonáltal a végső aktusért maga a beteg felelős.
3. *Eutanázia*: egy egészségügyi szakember vagy más személy közreműködését jelenti, hogy véget vessen egy olyan egyén életének, aki ezt kéri. A múltban megkülönböztették egyfelől az aktív eutanáziát, amikor valaki közvetlenül avatkozik be, hogy a beteg életének véget vessen, másfelől a passzív eutanáziát, amikor az élethosszabbító orvosi kezeléseket leállítják. Ez a második mód az, amit ma „életmentő kezelések elutasításának” neveznek.
4. *Öneutanázia*: egy személy autonóm módon dönt úgy, hogy véget vet életének; ez egyéni döntés, amely nem von be közvetlenül harmadik feleket, bár magában foglalhat érzelmi vagy logisztikai támogatást a barátok vagy a családtagok részéről. Azért használjuk ezt a kifejezést, nem pedig az „öngyilkosság”-ot, hogy világossá tegyük: a választott mód, amely által az illető véget akar vetni életének, nem erőszakos (szemben a hagyományos öngyilkossággal), és nem jár orvosi közreműködéssel (szemben az asszisztált öngyilkossággal).

A liberális és pluralista társadalom kontextusában Fornero hangsúlyozza, hogy az önkéntes halált minden állampolgár alapvető jogának kellene tekinteni, függetlenül attól, hogy az egyén milyen konkrét okokból választja ezt a lehetőséget.

Ebből a megfontolásból mutatja be a „Sarco” projektet, amely technológiai újítást jelent az asszisztált halál területén, azzal a céllal, hogy autonóm módot kínáljon az embereknek arra, hogy békés és megbízható módon fejezzék be saját életüket.

¹² G. Fornero, *Il diritto di andarsene. Filosofia e diritto del fine vita tra presente e futuro*, UTET, Torino 2023.

A Sarco Suicide Pod egy 3D-ben nyomtatható halálkapszula, amelyet Philip Nitschke és a holland Alexander Bannick mérnök közösen terveztek, 2017-ben. Az érdeklődő felhasználóknak egy online teszten kell átmenniük, mentális állapotuk felmérésére, és ha megfelelnek, egy hozzáférési kódkulcsot kapnak, amely aktiválja a kapszulát. Aktiválása után a kapszula folyékony nitrogént bocsát ki, amely fájdalommentes és gyors halált okoz. Ez a folyamat mesterséges intelligencia-rendszereken alapul, amelyek értékelik a felhasználó akaratát, ezáltal kiküszöbölve a szakemberek beavatkozásának szükségességét.

A Sarco-t úgy tervezték, hogy lehetővé tegye a felhasználók számára a derűs halál megtapasztalását, lehetőséget kapva arra, hogy ezt a pillanatot megosszák családjukkal és barátaikkal, és kedvenc zenéjüket hallgathassák. Míg egyesek a projektet "szörnyűnek" és "embertelennek" tartják, mások számára az emberiség "jó halálról" szóló álmának megvalósítására tett kísérlet megvalósítását jelenti az öneutanázia technológiai megközelítésén keresztül.

3. Érvek az élet fölötti rendelkezési jog eszméje ellen

Az eutanáziát és az asszisztált öngyilkosságot magában foglaló méltóságteljes halálhoz való jogra történő hivatkozást nem fogadják el azon tézis hívei, amely szerint nem rendelkezhetünk életünk felett.

Az élet feletti rendelkezés jogának tagadását lehet vallási indokokkal igazolni, bár egyes teológiai nézetek (Küng, valdensek) szerint e jog nem összeférhetetlen a vallási szemlélettel.

Egy másfajta érvelés a létezés kapcsolati struktúrájához köthető. Katolikus körökben vannak olyan tudósok, akik nem érik be teológiai és metafizikai alapozással, hanem túllépnek a tomista és tanítóhivatali modellen; például Francesco D'Agostino szerint az élet sérthetlenségének és a felette való rendelkezés megengedhetlenségének az a megfelelő „racionális” és „egyetemes” megalapozása, amely a létezés koegzisztenciális struktúrájára, vagyis a személy lényegileg relacionális mivoltára hivatkozik.¹³

Mások az emberi személy testi, vitális természetére hívják fel a figyelmet. Például Mauro Cozzoli teológus szerint *nem nekem van életem, hanem én vagyok az életem*. Más szóval, egy személy élete nem olyasvalami, amit a személy „birtokol”, hanem ez az élet „azonos” magával a személlyel a saját konkrét létezésében¹⁴.

Ahogy Adriano Pessina megjegyzi, ha „az életünk mi vagyunk”, akkor logikailag nincs értelme az élet feletti rendelkezésről beszélni¹⁵. Elvenni az életet annyi, mint megsemmisíteni a személyt.

Az élet feletti rendelkezéssel szembeni egyik további érvelésmód az úgynevezett csúszós lejtő gondolatához kötődik; eszerint ha bizonyos esetekben megengedik

¹³F. D'Agostino, *Bioetica nella prospettiva della filosofia del diritto*, Giappichelli, Torino 1998.

¹⁴M. Cozzoli, „Perché non esiste un diritto a morire”, *Avvenire*, 2017. június 18.

¹⁵A. Pessina, *Eutanasia. Della morte e di altre cose*, Cantagalli, Siena 2007, p. 107.

a halál előidézését, akkor ennek többé nem lehet határt szabni, és végül nem beleegyező, sebezhető alanyok élete is veszélybe kerül: gazdasági szempontoknak vagy néhány külső személy (talán „álnok rokonok”) önkényes döntéseinek esnek áldozatul, ami nem erősítené a társadalmat abbéli elkötelezettségében, hogy néhány nehéz helyzetet enyhítsen. Röviden: olyan kulturális légkör jönne létre, amely nem segítené elő a kölcsönös támogatást nehéz helyzetekben.

Mindezt elemezvén a kiemelt kockázatok a következők: 1. az orvos és a beteg közötti bizalmi kapcsolat elvesztése; 2. egy pszichológiai kényszer különböző formái által kieszközölt – tehát érvénytelen – beleegyezés; 3. visszaélések vagy hibák, amelyeket súlyosbít az a tény, hogy ilyen körülmények között nem létezik „lehetséges kártérítés”; 4.a fájdalomcsillapítás és a palliatív ellátás elhanyagolásának veszélye ¹⁶; 5. elköteleződés hiánya a szociálpolitikák szintjén.

4. Palliatív ellátás

A palliatív ellátás¹⁷ célja a súlyos vagy halálos betegségben szenvedő páciensek életminőségének javítása, a szenvedés minden dimenziójában történő enyhítésére összpontosítva, nemcsak a fizikai, hanem pszichológiai, érzelmi, szociális, társadalmi és spirituális fájdalmak enyhítésére is. Ezt a megközelítést eredetileg az Egészségügyi Világszervezet (WHO) fogalmazta meg 1990-ben, majd 2002-ben frissítették: „A palliatív ellátás olyan megközelítés, amely a gyógyíthatatlan betegségekből adódó problémákkal szembesülő betegek és családok életminőségét javítja a szenvedés megelőzése és enyhítése által, oly módon, hogy időben felismerik, kellő mélységben értékelik és kezelik a fájdalmat és egyéb fizikai, pszichoszociális és spirituális problémákat.” (WHO, 2002).

Ez az átfogó megközelítés minden olyan állapotra vonatkozik, amikor – mint a krónikus és degeneratív betegségek esetében – gyógyulás már nem lehetséges.

Cicely Saunders¹⁸, akit a palliatív ellátás előmozdítójaként tartanak számon, 1967-ben Londonban megalapította a híres St. Christopher Hospice-t, az első központot, ahol ezt az ellátási stílust gyakorolták. Saunders bevezette a „totális fájdalom” fogalmát, mely magában foglalja a szenvedés minden dimenzióját. A palliatív kezelések egyre korábbiak, és beillesztik őket a fő kezelésbe az életminőség folyamatos javítása érdekében.

A fájdalomcsillapító szerek, például a gyulladáscsökkentők és az opioidok jelentős szerepet játszanak a fájdalom kezelésében, a fájdalom pszichológiai és

¹⁶G. Fornero, *Indisponibilità e disponibilità della vita. Una difesa filosofico giuridica del suicidio assistito e dell'eutanasia volontaria*, UTET, Torino 2020, p. 521.

¹⁷Lásd: C. Casalone, „Le cure palliative”, *La Civiltà Cattolica*, 2023 III 4158 (2023.

szeptember 16. / október 7.), pp. 457-471; Vö. S. Spinsanti, *La cura in modalità palliativa. Le parole, le regole, le pratiche*, Dapero, Castel San Giovanni (PC) 2022.

¹⁸C. Saunders, *Vegliate con me. Hospice: un'ispirazione per la cura della vita*, EDB, Bologna 2008.

érzelmi aspektusainak egyre növekvő tudatosítása pedig a szenvedés kezelésének átfogóbb megközelítéséhez vezetett.

A palliatív ellátás hozzájárult a fájdalomcsillapítók használatával összefüggő kulturális és vallási ellenállás leküzdéséhez, mivel azokat a szenvedés elviselésének emberibbé tételét szolgáló eszközökként ismerték el. Ezenkívül az egyházi dokumentumok¹⁹ hangsúlyozták a beavatkozás fontosságát a szenvedés enyhítése érdekében, aláhúzva a szakmai kötelesség és a keresztény szeretet jelentőségét a fájdalom kezelésében.

5. A mély palliatív szedáció

A „mély palliatív szedáció”²⁰ egy terápiás eljárás, amelynek célja a páciens tudatának szándékos csökkentése vagy megszüntetése gyógyszerek alkalmazásával, hogy enyhítsék a betegség előrehaladott vagy terminális stádiumában a kezelhetetlen tünetek okozta elviselhetetlen szenvedés érzékelését.²¹ A kezelhetetlen tünetek közé tartozhat a fájdalom, hányinger, súlyos nehézlégzés és pszichológiai-egzisztenciális szorongás, amelyeket más terápiákkal nem lehet megfelelően kezelni. Fontos, hogy lehetőség szerint tájékozott beleegyezést szerezzünk a betegtől, és előre megtervezzük az ellátást, beleértve az előzetes kezelési nyilatkozatokat is.

A palliatív szedáció lehet felületes, átmeneti vagy időszakos, mély és folyamatos a beteg haláláig tartó. Lényeges, hogy világosan megkülönböztessük a mély palliatív szedációt az eutanáziától és az orvosilag segített öngyilkosságtól. A palliatív szedáció célja a szenvedés enyhítése, nem pedig az, hogy a beteg halálát okozza. Ez a megközelítés etikailag elfogadható, és bevonja a családtagokat a folyamatba, pszichológiai támogatást nyújtva számukra.

XII. Piusz pápa²² már korábban is foglalkozott ezzel a témával, világosan megkülönböztetve a szenvedés enyhítésének szándékát és a fájdalomcsillapítók beadásának eredményét, még akkor is, ha ez megrövidítheti a beteg életét. Mára a katolikus moralisták kétségei a fájdalomcsillapítók használatával kapcsolatban

¹⁹ Vö.: Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari, *Nuova carta degli operatori sanitari*, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano, 2016, n. 93.

²⁰Lásd: C. Casalone, „Le cure palliative”, *La Civiltà Cattolica*, 2023 III 4158 (2023. szeptember 16. / október 7.), pp. 463-465; R. Pegoraro, „Sedazione palliativa: quando dire di sì”, *Avvenire*, 2023. július 13.; Siaarti – Sicp, *Linee guida sulla sedazione palliativa nell’adulto*, 2023 (https://www.sicp.it/wp-content/uploads/2023/05/LG-429-SIAARTI_SICP_Sedazione-Palliativa_v2.pdf)

²¹Olaszországban az előzetes kezelési rendelkezésekről szóló 219/2017-es törvény alapján a mély palliatív szedáció akkor is kérhető, ha a halál nem fenyeget.

²²XII. Piusz beszéde az első idegrendszeri kórszövettani kongresszuson (1952. szeptember 14.), in Pio XII, *Discorsi ai medici* (szerk. F. Angelini), Orizzonte Medico, Róma, 1960, pp. 197-198; AAS 48 (1956) 459-467.

megszüntek, de a Katolikus Tanítóhivatal²³ mindig hangsúlyozza, hogy az ilyen eljárások alkalmazása minden esetben belátást és odafigyelést igényel.

6. A kötelékek, amelyek nem halnak meg

A palliatív ellátás iránti elkötelezettség elméleti alapja az az elképzelés, hogy fontos a beteg ember kezelése akkor is, ha nem gyógyítható, és hogy a halál az emberi állapothoz kapcsolódó tény, de nem választás.

A közelmúltban megalakult a „Lancet Commission on the Value of Death”,²⁴ amelynek célja egy „realisztikus utópia”, vagyis a meghalás körülményeinek javítása. A Bizottság öt alapelvet javasol a halál és a haldoklás kezelésének új víziójához:

1. tanulmányozni a halál, a haldoklás és a gyász társadalmi meghatározóit;
2. a halált mint kapcsolati és spirituális folyamatot felfogni, amely több, mint egy egyszerű fiziológiai esemény;
3. támogatni a végstádiumban lévő emberek, a gyászolók és a gondozók segítése végett létrejött hálózatokat;
4. megosztani a mindennapi halálról, a haldoklásról és a gyászról szóló beszélgetéseket és történeteket;
5. felismerni magának a halálnak az értékét.

A Jelentés pontosítja, hogy „a halál értékének felismerése” az arra való emlékeztetést jelenti, hogy a végeesség az élet értékelésére és minden pillanat lehetőségként való megragadására ösztönöz. Általánosságban véve a Jelentés arra szólít fel, hogy a halált ne választásnak tekintsük, hanem ténynek, amelyben az emberi lény a maga spirituális dimenziója révén képes meglátni az értelem dimenzióját. A Jelentés felidézi azokat a fogalmakat, amelyeket Jonas fejez ki „*A halandóság súlya és áldása*” című művével,²⁵ valamint Kass „*a végeesség előnyeinek*”²⁶ gondolatával.

A halál mindig is az a nagy kérdőjel, amelyet magunkban hordozunk, és amely az élet értelmére való rákérdezéshez kapcsolódik.

Amikor e kérdéssel kapcsolatos legbensőbb érzéseinket megosztjuk másokkal, szinergiák, kölcsönösség, kötelékek jönnek létre, amelyek soha nem halnak meg. Különösen a haldoklóval való együttlét jelent kölcsönös kitárulkozást; Marie de

²³ Ld. a Hittani Kongregáció *Samaritanus bonus* kezdetű, az élet kritikus és végső szakaszában lévő emberek gondozásáról szóló levelének (2020. január 29.) 73. jegyzetét!

²⁴ Report of the Lancet Commission on the Value of Death: *Bringing death back into life*, Published online January 31, 2022 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02314-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02314-X), www.thelancet.com, <https://valueofdeath.org/>

²⁵ H. Jonas, „Peso e benedizione della mortalità”, in *Tecnica, medicina ed etica. Prassi del principio responsabilità* (szerk. P. Becchi), Einaudi, Torino, 1999², 206-221.

²⁶ L. R. Kass, *La sfida della bioetica. La vita, la libertà e la difesa della dignità umana*, Lindau, Torino 2007, pp. 361-385.

Hennezel vallomása is erre emlékeztet: „Szeretném megértetni, hogyan lehet akár hasznos is a személy beteljesülése szempontjából a halálát megelőző idő, és hogyan járul hozzá a mellette lévő ember átalakulásához. Sok mindent meg lehet még élni. Egy finomabb, belsőbb terepen, a másokkal való kapcsolatok terepén. Amikor már nem tehetsz semmit, még szerethetsz és szeretve érezheted magad, és sok haldokló az élet elhagyásának pillanatában ezt a szívszorító üzenetet küldte nekünk: ne hagyjátok figyelmen kívül az életet, ne hagyjátok figyelmen kívül a szeretetet. Egy szeretett emberi lény életének utolsó pillanatai alkalmat jelenthetnek arra, hogy a lehető legtávolabbra jussunk el vele. [...] mindama bölcsesség, ironia és szeretet összegyűjtésére szólítva, amelyre az emberi lény képes, amikor szembe kell néznie a halállal.”²⁷

Hiszem, hogy közös feladat a legnehezebb helyzetekben is segítenünk egymásnak békében meghalni, egymással virrasztani (ki ne emlékezne az Olajfák hegyének „Virraszatok velem”²⁸ -jére?), vannak elérendő célok a végső búcsú előtt.

Ez a „virrasztás” feltételezi az emberi személy összetettségének felismerését, amely nem redukálható fizikai-mennyiségi dinamikára. Ricoeur helyesen utal a személy három paradoxonjára: „Első paradoxon; a személy nem dolog, mindazonáltal teste a fizikai természet észlelhető része. Második paradoxon; az emberi személy nem árucikk, és az orvoslás sem üzlet, de az orvoslásnak ára és társadalmi költségei vannak. Utolsó paradoxon, amely összefoglalja az előző kettőt: a szenvedés magánügy, de az egészségügy közügy.”²⁹

7. A szenvedésben lakozni

2022. február 11-én Maurizio Mori „Assisztált öngyilkosság és Hippokratész. Miért győzelem a marchei Mario kérése” című (a *Quotidiano Sanità* folyóiratban megjelent) cikkében³⁰ az életminőség nélkül élők helyzetét úgy írja le, mint egy hullámtér, egyfajta pokoli helyzetet, amelyben nincs lehetőség a javulásra, mert a szerencsétlen személyt egyre jobban elárasztja az óceán, anélkül, hogy lehetősége lenne kijutni. Mori a halált a gyötrelmek alóli megszabadulás egyik formájaként mutatja be, és a szolidaritás egyik formájaként határozza meg a halálhoz való segítséget ezekben a helyzetekben. Számításai szerint a minőségi élet (a domb) +1-et ér, a pokoli állapot (a hullámtér) -1-et ér, a halál (az óceán) 0-t ér, tehát amikor nem lehet a dombon maradni, jobb az óceán, mert a hullámtér élehetetlen.

²⁷M. de Hennezel, *La morte amica: Le lezioni di vita di chi si avvicina alla fine*, Rizzoli, Milánó 2013, p. 12.

²⁸E címet viseli a palliatív ellátás fent említett alapítójának, Cicely Saundersnek a könyve. [Vö. Mt 26,39 – *A szerk.*]

²⁹P. Ricoeur, *Il giudizio medico*, Morcelliana, Brescia 2006, p. 47.

³⁰https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analysis/article.php?article_id=102309

Ha úgy döntünk, hogy az egzisztenciális tapasztalatokat számszerűsítjük, ez már csak azért is problematikus, mert tapasztalatainknak több árnyalata van, a pozitív és negatív aspektusok gyakran dialektikusan egymás mellett léteznek.

És az is ugyanilyen problematikus, hogy egy számot, a 0-t adjuk a halálnak, amely pedig elgondolhatatlan marad. A halál gondolata a „gondolat szédülését” képviseli, „tartalom nélküli gondolat, vagy, ha úgy tetszik, tartalma a végtelen üresség. Ez a legüresebb az üres gondolatok közül, hiszen tartalma az elgondolhatatlan, a feltárhatatlan, a fogalmi „nem tudom, mi”³¹.

Miután „ízekre szedtük” az életet, és megállapítottuk, hogy van egy *pokoli állapotként* definiálható része, Mori szerint már nem alkalmazhatjuk az összességében pozitív értékelést az egyetlen részre, mert vannak tragédiák, amelyek „*brutálisan széthasítják az értelem horizontját*”³², ám – vethetjük ellen – a megosztás értelemadó válasz is lehet.

Ha a „kínzás” kifejezést választjuk, ez segít hűen visszaadni a szenvedés zordságát, de arra a gondolatra vezethet, hogy a szenvedés okozta kín egy pribék (talán egy szadista Isten) által vagy több pribék (az orvosok, a társadalom) által kirótt büntetés, meg nem határozott bűnökért való vezeklés gyanánt.

El kell különíteni a bűn/büntetés logikájától a szenvedést: ez utóbbi az emberi állapothoz kapcsolódó tény, amelyre a kultúrának olyan válaszai vannak, mint az orvostudomány és a szolidaritás.

Mori keretrendszere haszonelvű, de nem végez költség-haszon számítást, az asszisztált öngyilkosságot (akárcsak az önkéntes eutanáziát) a poszt-hippokratészi orvoslás új feladataként, a szolidaritás gesztusaként mutatja be, mind a szenvedés ellen, mind pedig az élet pozitív értelmének megerősítéseként. Az asszisztált öngyilkosságot úgy írja le, mint az élet jóságának tudatából fakadó nemes aktust, amely azonban pokoli állapot hangját is felveheti, és ekkor, éppen azért, hogy „az élet velejét” kihangsúlyozzuk, jobb a halál nullája mellett dönteni. Amit javasol, olyan választás, amely „nemes” akar lenni, mert van érzéke az élet szépségének igényléséhez. Mori esztétikai-etikai választ akar adni a szenvedésre, az asszisztált öngyilkosság (és az eutanázia) annak vitalista esztétikáját fejezi ki, aki nem akar passzív maradni a vihar csapásai alatt, a tragikus hős esztétikáját, aki igenli méltóságát, aki emelt fővel áll saját pokoli állapotában, amelyet Mori *hullámtérnek* is nevez.

Ebben az állampolgári erkölcsben a túlélés is polgári: a hős abban az értelemben túlélő, hogy személye hivatkozási alap marad.

Metaforáját követve, amikor a hullámtérből az élet napsütötte dombjaira már nem lehet felmászni, jobb az óceánban való végleges elmerülés (a halál) mellett dönteni, és aki ezt választja, annak joga van a segítséghez.

³¹E. Morin, *L'uomo e la morte*. Edizioni Centro Studi Erickson. Edizione del Kindle.

³²M. Mori, „Suicidio assistito e Ippocrate. Perché la richiesta di «Mario il marchigiano» è una «vittoria»”, in *Quotidiano sanità*, 11 febbraio 2022, https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=102309 (Legutóbbi hozzáférés: 2023. október 28.)

Morinak igaza van abban, hogy megerősíti a szolidaritás kötelességét, és hogy megköveteli az egyének iránti tiszteletet, de a határokról is szót kell ejteni. Szárazföldi élőlények vagyunk³³ – továbbra is a metaforánál maradva –, és cselekedeteink a domboktól a hullámtérig zajlanak, az óceánt (a halált) nem kínálhatjuk úgy, mintha jó lenne, a halál ismeretlen marad, X -et ér és nem $0 - t$. A szolidaritás a hullámtér jó kezelésében nyilvánul meg, erre többféle lehetőség kínálkozik, mint például a palliatív ellátás és a szociális-egészségügyi segítségnyújtás, amely minden bizonnyal gazdasági és pszichológiai elkötelezettséggel jár, amit Mori nem utasít el, mert az ő haszonelvűsége altruista. El akarja kerülni a szenvedést.

Továbbá a bioetika feladata emlékeztetni arra, hogy lehet élni a *hullámtérben*; hivatkozni az igazságosság alapelvére, hogy szilárd cölöpök épüljenek, azaz védelemben részesüljenek a szociális jogok, mert megfelelő támogatások nélkül az is, aki a dombon van, pokoli helyzetekben találhatja magát.³⁴

8. Demokratikus megoldás

A demokratikus társadalomban az eutanázia és az asszisztált öngyilkosság iránti kérelem igazolása végett nem a súlyosan beteg páciens által jelentett gazdasági és érzelmi terhekre való hivatkoznak, hanem arra, hogy tiszteletben kell tartani azt a módot, ahogyan az alany véget kíván vetni életének.

Az eutanázia és az asszisztált öngyilkosság kérése – annak ellenére, hogy vannak, akik ennek lelkiismereti okokból történő megtagadását tiltani szeretnék – nem válhat a halál előidézésének kötelességévé; e kérés szabályozást igényel, hogy a páciens és az orvos annak megfelelően cselekedjenek, amit ők méltó halálnak tartanak.

Érdekes az az asszisztált halállal kapcsolatos mérsékelt nyitott álláspont, melyet Carlo Casalone teológus, a Pápai Életvédő Akadémia tagja mutat be a „Civiltà Cattolica” folyóiratban³⁵. Javaslat a eutanázia és az igény szerinti (on demand) asszisztált öngyilkosság iránti kérelmek visszaszorítását célozza, oly módon, hogy ezeket csak nagyon közeli halál esetén engedélyezzék, tehát a palliatív szedáció alternatívájaként.

Ahogy Fornero írja: „Annak, hogy ez az artikulált elméleti és jogi paradigma [amelynek tárgya az életről való rendelkezés] működjék a valóságban, az a feltétele, hogy ne minden orvos és egészségügyi dolgozó ellenezze az asszisztált halált, és hogy így a törvény által meghatározott körülmények közé került páciens

³³ Mori nem tartja szárazföldi élőlénynek az embert; *Manuale di bioetica* című könyvében azt írja, hogy a technológiának köszönhetően kételtűek vagyunk, és egy napon helikopterek leszünk, mert nincsenek előre rögzített határaink.

³⁴Lásd: P. Sgreccia, *Manuale di bioetica “su palafitte”*, Vicolo del Pavone, Tortona (Alessandria) 2023, pp. 339-343.

³⁵C. Casalone, „La discussione parlamentare sul «suicidio assistito»”, *Civiltà cattolica*, 2022. január 15. (4118. sz.)

halálra irányuló kérése meghallgatásra találjon olyan orvosok és egészségügyi szakemberek részéről, akik hajlandók teljesíteni azt. Ezen a ponton a kérdés – mely eredetileg elméleti és jogfilozófiai – szükségképpen gyakorlati-törvényhozási problémává válik, és azon konkrét technikai modalitásokat érinti, amelyek által komplex módon szabályozza az asszisztált halált, és megóvja mind a betegek, mint az orvosok jogát.³⁶

Erre az irányvonalra épül az Orvos Világszövetség legújabb Orvosetikai Kódexe³⁷, amely már nem az élet védelmét, hanem a beteg autonómiáját helyezi a középpontba. A 13. cikkben ezt olvashatjuk: „Az orvosi segítségnyújtás során az orvosnak tiszteletben kell tartania a beteg méltóságát, autonómiáját és jogait. Az orvosnak tiszteletben kell tartania a beteg azon jogát, hogy szabadon elfogadja vagy megtagadja a kezelést, összhangban a beteg értékeivel és preferenciáival.”

Majd a 29. cikkben ezt olvashatjuk: „Ez a kódex az orvos etikai kötelességeit képviseli. Egyes kérdésekben azonban mélyreható erkölcsi dilemmák merülhetnek fel, amelyekben az orvosoknak és a betegeknek lehetnek lelkiismeretük szerinti mély meggyőződések, melyek azonban konfliktusban állhatnak egymással. Az orvos etikai kötelessége a betegellátás megszakításainak minimalizálása. Az orvos csak akkor tagadhat meg lelkiismereti okokból bármilyen megengedett orvosi beavatkozást, ha a konkrét páciens nem éri sérelem vagy diszkrimináció, és egészsége nem kerül veszélybe. Az orvos köteles a maga lelkiismereti ellenvetését időben és tisztelettel a beteg tudomására hozni, és tájékoztatnia kell ez utóbbit arról is, hogy jogában áll egy másik szakképzett orvossal konzultálni, valamint meg kell adnia az ahhoz szükséges információkat, hogy a páciensről tartandó konzíliumra időben sor kerülhessen.”

Ezek a cikkelyek fontosak annak megértéséhez, hogy a beteg autonómiája tiszteletben tartásának elve az Orvosi Világszövetség Etikai Kódexének középpontjában áll, és hogy az orvos lelkiismereti ellenvetése nem sértheti sem a beteg egészségét, sem autonómiáját.

Befejező következtetések

Egy olyan társadalomban, amelyben az egyetlen jelzőfény a személyes autonómia elve, fontos kiemelni a kapcsolati dimenziót és a szolidaritást, mint értelemforrást, azok számára is, akik adnak és azok számára is, akik kapnak.

A szenvedésben való közelség és támogatás az élet oxigénje, amelynek biztosítását soha nem szabad megszakítani; ha érzéketlenné tesszük magunkat az emberi szenvedéssel szemben, az élet elveszti értelmét.

A kölcsönös támogatásra való felhívás ugyanakkor azt is jelenti, hogy nem akarjuk kitartóan aránytalan kezelésekkal fenntartani az életet; a szolidaritás a lét utolsó szakaszainak végigkísérését, megkönnyítését is jelenti.

³⁶G. Fornero, *Indisponibilità e disponibilità della vita, i. m.*, 809.

³⁷Orvosi Világszövetség, *Nemzetközi Orvosetikai Kódex*, 2023. április 14., <https://www.wma.net/policies-post/wma-international-code-of-medical-ethics/>

Emiatt előnyben kell részesíteni azt a palliatív ellátási megközelítést, amely a fájdalomterápiát a pácienshez és a családhoz való pszicho -spirituális közelséggel ötvözi.

Ebben a vonatkozásban fontos Ferenc pápa felhívása a *felelősségteljes felebarátiságra*: „ezért feltétlenül meg kell őriznünk a *felelősségteljes felebarátiság* legfőbb parancsát, amint az egyértelműen megjelenik a szamaritánus evangéliumi szakaszában (ld. *Lukács* 10, 25-37). Mondhatnánk, hogy a kategorikus imperatívusz az, hogy soha ne hagyjuk el a beteget. A gyötrelmes állapot, amely a végső emberi határ küszöbéhez sodor bennünket, és a nehéz döntések, amelyeket meg kell hoznunk, annak a kísértésnek tesznek ki bennünket, hogy kilépünk a kapcsolatból. De ez az a hely, ahol mindennél jobban elvárják tőlünk a szeretetet és a közelséget, felismerve mindannyiunkban a közös korlátot, és pontosan ez az, ami segít bennünket szolidárisnak lenni. Mindenki adjon szeretetet a maga módján: mint apa vagy anya, fiú- vagy leánygyermek, fivér vagy nővér, orvos vagy ápolónő. De adja meg azt! Ha pedig tudjuk, hogy a betegségből való felépülést nem vagyunk képesek mindig garantálni, akkor az élő emberről mindig gondoskodhatunk és kell is gondoskodjunk: anélkül, hogy mi magunk rövidítenénk meg az életét, de anélkül is, hogy szükségtelenül a halála ellen lázadnánk. A palliatív gyógyászat ezen a vonalon halad. Kulturális szinten is nagy jelentőséggel bír, elkötelezi magát amellett, hogy harcol minden ellen, ami a halált nyomasztóbbá és fájdalmasabbá teszi, nevezetesen a fájdalom és a magány ellen.”³⁸

³⁸ *Messaggio del Santo Padre Francesco ai partecipanti al Meeting Regionale Europeo della "World Medical Association" sulle questioni del "fine-vita"*, Città del Vaticano, 16-17 novembre 2017, https://www.vatican.va/content/francesco/it/messages/pont-messages/2017/documents/papa-francesco_20171107_messaggio-monspaglia.html

SOLTÉSZ JÁNOS¹

AZ EUTANÁZIA, A FÁJDALOMCSILLAPÍTÁS ÉS A SZERVÁTÜLTETÉS NÉHÁNY GYAKORLATI SZEMPONTJA AZ EGYHÁZ TANÍTÁSÁNAK FÉNYÉBEN

Tartalom:

1. A halál elfogadása
2. Az Eutanázia erkölcsi kérdése
3. Az emberhez méltó halál
4. A Katolikus egyház véleménye az eutanáziáról
5. Az orvos és a beteg kötelessége
6. Fájdalomcsillapítás
7. A szervátültetés erkölcsi kérdése
8. Összegzés

1. A halál elfogadása

A halál hallatán automatikus az emberek védekező, menekülő magatartása. A mai ember szeretné kiiktatni a szótárából.² Bármilyen kellemetlen jelenség, mégis illúzió erre törekedni, tudomást sem venni róla, vagy úgy viselkedni, mintha nem is létezne. Epikurosz filozófiájának nem véletlenül volt célja a halál félelmétől megszabadítani az embereket.

Meghirdette a fájdalomnélküliség nyugalmát, az *ataraxiát*. Logikája egyszerű volt: „A halál nem érdekel, mert amíg élek nincs itt a halál, mikor eljön, már én nem vagyok”,³ tehát nincs fájdalom, nem kell aggódni, félni a haláltól. A halálban azonban többről van szó. Végleges döntést kell hozni: „életünk kontextusát méltó mondattal befejezni.”⁴ Több szempont miatt sem nyugtatja meg az embert a fenti logika: 1. A biológiai elmúlásnál – az egyed „feláldozza” magát a fajért – ösztönösen többet vár az ember még a haláltól is. 2. Olthatatlan életvágy van bennünk, ha ezt veszély fenyegeti, bizonytalanság, lázadás jön létre az emberben. 3. Az utódokban, művekben, emlékezetben továbbélni az egyén számára nem megoldás, erősebb a személyes életvágy igénye. 4. A földi élet meghosszabbítása – még a reinkarnáció sem, mert az nem célba érés, csak visszatérés – nem oldja

¹ Egyetemi tanár, a Szent Atanáz Görögkatolikus Hittudományi Főiskola erkölcssteológiai tanszékvezetője

² Greshake, G., *Az élet vége? Halál – feltámadás – lélekvándorlás*, Győr 2001, 7. A szerző itt egy német költőre is utalva érzékelteti, hogy lehetetlen helyzetbe hozná magát az ember, ha ki akarná irtani a halál és a vele kapcsolatba hozható kifejezéseket.

³ Vö. Kecskés P., *A bölcsélet története*, Budapest 1981, 132.

⁴ Boda L., *Emberré lenni, vagy birtokolni*, Budapest 1991, 100.

meg az örök élet boldogságának kérdését.⁵ Nem véletlenül beszélt arról Platon tanítványaival, hogy a halált meg kell tanulni, s hogy „az igazi bölcsek készülnek a halálra, s a halál minden ember között rájuk nézve a legkevésbé félelmetes.”⁶

A halált keresztény érettséggel kell megközelíteni. Először is tudomást kell venni arról, hogy biológiailag minden embernek előbb vagy utóbb meg kell halnia. Ez motivációt ad ahhoz, hogy legyen mindig kész, ne érje a halál váratlanul. A keresztény tudatában van annak, hogy Krisztussal, az Élet Urával sorsközösségben él, ami a szenvedés, a halál és az üdvösség szolidaritása. A halálnak Krisztusban véglegesen új értelme van. Erre a krisztusi sorsközösségre kell végső döntést hozni. B. Häring mondja: „Nemcsak az életre, hanem a halálra is igent kell tudni mondani.”⁷

A halálra történő keresztény fölkészülés nélkülözhetetlen része a betegek szentségében, valamint az eukarisztiában való részesülés. A Betegek kenete kegyelmi ajándéka az Istennek. Az egyház együttérző, erősítő jelenléte is kinyilvánul benne. Szinte nélkülözhetetlen ahhoz, hogy „kész legyen” a halálra az ember. Igen fontos hatásai a következők: megnyugtatja a beteget, a félelmet és az aggodást eloszlatja, megkönnyíti a végső döntést.⁸ A keresztény orvosok nemzetközi szervezete nem véletlenül nyilatkozott így: „Támogatjuk a szenvedés csökkentésének különféle módjait, a baráti kapcsolatok biztosítását, a lelki támasz és lelki gondozás biztosítását”.⁹

2. Az eutanázia erkölcsi kérdése

Az *eutanázia* (eu + thanatosz, = „jó halál”) a görögöknél „*fájdalommentes halált*”, a rómaiaknál inkább boldog, szerencsés, „*méltóságteljes halált*” jelent. Ma általában azt értik rajta, hogy az orvos könnyű, fájdalommentes halálba „segíti” a gyógyíthatatlan, súlyosan szenvedőt.

⁵ Vö. Greshake, *i. m.*, 9-50. és GS 18. Greshake könyvében részletes kifejtése található a halál nem keresztény felfogásainak, ill. az arra megfogalmazható bibliára építő válaszoknak.

⁶ Platon, *Phaidón*, 67e. Vö. Nyíri T., *Antropológiai vázlatok*, Budapest 1972, 93-94. Szent Ágostonra is nagyon hatottak e gondolatok – s természetesen sok más egyházatyára –, akik a halállal kapcsolatos helyes látásmódot megalapozták a következő nemzedékek számára. Nem véletlen az sem, hogy Assisi Szent Ferenc Naphimnuszában a földi halált „testvérnek” nevezte. Megerősítést kap tehát az a gondolat, hogy a halállal szembe kell nézni, s látni kell helyét „az” Életben. „Semmi sem az, aminek látszik” hangzik a ma sokszor elejtett bölcsesség, s ez épp így igaz a halálra is: nem egyszerűen az, aminek látszik, több annál.

⁷ Häring, B., *Heiländer Dienst*, 112. Vö. Boda, L., *Emberré lenni, vagy birtokolni*, Budapest 1991, 101.

⁸ Vö. Boda, *i. m.*, 100-101. *EDC*, 130-135.

⁹ Christian Medical and Dental Society, *Standards for Life, (Bioetikai állásfoglalások)*, Kiadja: Keresztény Orvosok Magyarországi Társasága, Budapest, 2002, 32., 35., 38. Hozzátehetjük, hogy a segítőknek, gondozóknak legalább olyan mértékben szükségük van lelki feltöltődésre, szentségi életre, mint a rájuk bízottaknak. Kalkuttai Teréz anya az Eukarisztiából merített mindennap erőt szolgálata ellátásához.

Az eutanázia tárgyalásának **kiindulópontja: hogyan vélekednek az emberi élet értékéről?** Két szemlélet ütközik egymással:

- **Hippokratészi iskola:** Az élet a legfőbb jó, legfőbb érték, fenntartásáért az utolsó lélegzetvételig küzdeni kell. A hippokratészi orvos szemléletére jó példa lehet Cato orvosa, aki politikai okból öngyilkosságot (gyakorlatilag harakirit) elkövető, menthetetlennek látszó gazdájának sebet összevarrta, próbált segíteni, bár az annyira meg akart halni, hogy újra felszakítva a sebet, belehalt sérüléseibe.

- **Sztoikusok:** erkölcsi felfogásuk kulcsfogalma az *apatheia* boldogságának állapota.¹⁰ Az ember gyengülése, egészségének romlása esetén minden eszközzel vissza kell állítani az *apatheia* boldog állapotát. Amikor ez már nem lehetséges, az orvos segítse elő a halált a boldogtalanság megszüntetésére. Seneca orvosa, ura kérésére elkészítette a méregpoharat, s még annak maradékát is megitta vele, hogy minél biztosabb legyen a halál. Így segített a sztoikus szemléletű orvos.

Az utókor a hippokratészi iskola felfogását követte. A kereszténység megjelenése is ezt a vonalat erősítette. A legtöbb országban ma is hippokratészi szellemű esküt tesznek az orvosok. Lényege:

„Tehetségemhez és tudásomhoz mértén fogom megszabni a betegek életmódját az ő javukra, és mindent elhárítok, ami ártana nekik. Senkinek sem adok halálos mérget, még akkor sem, ha kéri, s erre vonatkozólag még tanácsot sem adok.”¹¹

3. Az emberhez méltó halál

A továbbiakhoz néhány alapvető kérdést fel kell vetnünk:

-Van-e jogunk természetes halálra, van-e jogunk békében, méltóságteljesen meghalni?

A válasz alapvetően IGEN. Csak egy nagy probléma van: Senki sem definiálta még, hogy mit jelent a "méltó" halál. Nem is könnyű meghatározni. David Popper floridai bíró jogi megközelítése azt sugallja, hogy a fájdalom méltatlanná teszi az ember halálát. Ebből levonja a következtetést, hogy mindent meg kell tenni a fájdalom elkerülésére, akár a halál elősegítését, aktív eutanázia megtételét is. Ezt figyelembe véve a keresztény teológusok viszont megfogalmazzák, hogy a méltóság megőrzéséhez nincs szükség a szenvedés minden áron való megkerülésére. Fennáll ugyanis a veszély, hogy a jelen esetben a cél, a szenvedés és a fájdalom megszüntetése, szentesíti az eszközt – az aktív eutanáziát –, s ez elfogadhatatlan! A fájdalom és a szenvedés jelentkezése a halál kapcsán még nem egyenlő a „méltatlan halál” fogalmával, amit Popper felfogása sugall. Inkább a fájdalom és a szenvedés méltóságteljes elviseléséről kellene beszélni, beleértve a

¹⁰ Vö. Kecskés, *Op. cit.*, 128-129.; Nyíri T., *A filozófiai gondolkodás fejlődése*, Budapest 1973, 114-115.

¹¹ Magyar I. – Petrányi Gy., *A belgyógyászat alapvonalai*, Budapest 1977, 26.

messzemenő, de erkölcsös küzdelmet ellenük.¹² Nem lehet ugyanis kikerülni azt, hogy keresztény kötelesség is a betegséget, szenvedést, halált s a velük esetleg együtt járó fájdalmat alázattal el is fogadni. „Sokszor a testi fájdalom vezet a lelki megbékéléshez”¹³

-Minden eszközzel és minden esetben, életben kell-e tartani a menthetetlen beteget?

Valószínű, hogy bizonyos esetekben NEM. Ugyanakkor nehéz e kérdés megválaszolása, mert az ember Isten munkatársa az élet fenntartásában, ápolásában is. Isten akarata pedig lehet az, hogy ameddig csak lehet, fenntartsuk az életet. Az emberi tevékenység súlyosan képes befolyásolni, olykor irányítani a természet útját. Nagy kérdés, hogy mennyire Isten szándéka a természetes folyamatok ellenére az élet fenntartása. Úgy tűnik, hogy az Isten előtti felelősség tudatában kell megkísérelni a választ. XII. Piusz pápa 1957. évi orvosokhoz szóló beszédében ezt mondta: „Nem vagyunk kötelezve arra, hogy rendkívüli eszközök igénybevételével hosszabbítsuk meg életünket”.¹⁴ Ebből az következik, hogy a méltóság megőrzéséhez, és az élet tiszteletéhez nincs szükség „az élet feltétel nélküli meghosszabbítására” bizonyos esetekben.¹⁵ A „rendkívüli eszközök” alkalmazása lelkiismeretileg nem kötelező, ha a halál elközeleg, s terápiával már meg nem akadályozható eljövetele, és csak az élet fájdalmas meghosszabbítását jelentené”.¹⁶ A rendes, normális orvosi kezelést minden esetben meg kell adni, s a betegnek el kell azt fogadnia. Visszautasítható viszont az „orvosi túlkezelés”, mely leginkább rendkívüli eszközök használatára vonatkozik. A rendkívüli eszközök használata visszautasítható, ha alkalmazásuk:

- nem felel meg a beteg állapotának,
- nincs arányban a várható eredménnyel,
- a halálveszély kockázatát növeli.

¹² Jung, C. G., *Gondolatok a szenvedésről és a gyógyításról*, Budapest 1999, ezt írja: „A betegnek nem azt kell megtanulnia, hogyan szabadulhat meg a neurózistól, hanem, hogy miként lehet elviselni.”(60.o.)Igaz ez a fájdalomra is, bár küzdeni természetesen kell ellene, de csak erkölcsösen, tehát a küzdelemnek vannak határai. Későbbiekben ezt írja Jung: „Osztom azt a meggyőződést is, hogy az igazi vallásosság a legjobb gyógyír minden lelki szenvedésre... 35 év fölötti pácienseim mind abba betegedtek bele, hogy elvesztették azt, amit eleven vallások mindenkor megadtak híveiknek, s egyik sem gyógyult meg, aki nem nyerte vissza vallásos lelkületét.”(100. o.)

¹³ Papp L., *Jöjjön el a Te Országod*, Budapest 2003, 185.

¹⁴ XII. Piusz pápa, *Beszéd orvosok és sebészek nemzetközi gyűléséhez*, in *AAS* 49 (1957) 135-147.

¹⁵ Vö. Somfai B., *Bioetika, Vázlatok*, Szeged 1995, kézirat, 49-62.; *Az élet kultúrájáért, A Magyar Katolikus Püspöki Konferencia körlevele a bioetika néhány kérdéséről*, Budapest 2003, 42-49.

¹⁶ Vö. Hámori A., *A haldokló, beteg ember életének és méltóságának tisztelete az Egyház tanításában* (Erkölcssteológiai Könyvtár 8.), Budapest 2010, 24-27. Utalást találunk a következő helyre is: II. János Pál pápa, *Beszéd a haldoklóknak való segítségnyújtással foglalkozó nemzetközi kongresszus résztvevőikhez*, in *OR* 1992. március 18., 4.o.; *EV* 65.

Vagyis mindent figyelembe véve, emberi számítás szerint nincs remény a gyógyulásra.

-Mit jelenthet a keresztény értelemben méltó halál?

A halállal szembeni természetes ellenkezésnek és az örök élet reményének összekapcsolását a keresztény hitben. Vagyis minden erkölcsileg elfogadható fájdalom, szenvedés és halál elleni küzdelem mellett hirdetni kell, hogy a halál célba érkezés, az élet beteljesedésének kapuja, mely által a feltámadt Krisztus győzelmében végleg részesülhetünk. A halált egyetlen emberi elmélet sem képes igazolni, nem tud neki értelmet adni, csak a keresztény üzenet: a Biblia megerősíti, hogy az ember nem kerülheti el a halált, de lehetséges, hogy Krisztussal haljon meg, s átformálva az Ő feltámadása által a halál szörnyűséges tényét, átlényegüljön az isteni életbe. Ezek alapján igaznak tarthatjuk Aranyaszájú Szent János megállapítását, hogy a halál a keresztséghez hasonló jel, mely értelmet közvetít a földi életnek.¹⁷

4. A katolikus egyház véleménye az eutanáziáról

Az erkölcszociológiai szóhasználat alapján az aktív és a passzív eutanáziáról, valamint az orvosi túlkezelés problémájáról kell szólnunk. II. János Pál pápa írja – idézve a Hittani Kongregáció nyilatkozatát az eutanáziáról –, hogy „az eutanázia a szándékban és a módszerekben van”.¹⁸ Ennek szellemében az egyház NEM fogadja el az eutanáziát.

Aktív eutanázia: A súlyosan beteg vagy haldokló emberi élet orvosi manipulációval történő szándékos megrövidítése vagy megszüntetése, mely semmilyen körülmények között sem engedhető meg.¹⁹

Indokai:

- Az élet ura az Isten. Az ember feladata az élet útját javítani és nem rombolni.
- Az emberi hivatásnak ugyanakkor része a halál elfogadása. A halál szabad választása viszont csökkenti annak elfogadását.
- A szenvedés keresztény szempontból titok, elviselése komoly erkölcsi értéké válhat, értéké tehető. Olyan lehetőség, amelyet ki lehet aknázni, még akkor is, ha rendkívül nehéz, mert „értelmetlen szenvedés nincs, csak meg nem értett”.²⁰
- A halál gondolata, különösen közeledtének átélése, nagyon komoly változást idézhet elő az emberi személyben, melyre szüksége lehet élete végső céljának eléréséhez.²¹

¹⁷ Vö. Spidlik T., *A Szentlélek útján*, Nyíregyháza 1996, 59-60.

¹⁸ EV 65, vö. Hittani Kongregáció, *Iura et bona kezdetű nyilatkozat az eutanáziáról*, 1980. május 5., in AAS 72 (1980) 546.

¹⁹ Vö. *Az élet kultúrájáért*, 68., 71., 75.; KEK, 2277.

²⁰ Gyökössy E., *János evangéliuma*, Nyíregyháza 1999, 132.

²¹ Vö. Létras Szent János, *Mennyekbe vezető létra*, (Görögkatolikus Szemle füzetek V.) Nyíregyháza, 2014, 71-74.

- Kívánni a halált az elviselhetetlen szenvedés vagy fájdalom miatt ezek megszüntetésére, **objektíve téves döntés**. Ezt inkább segélykérésként, kiáltásként, a szeretet utáni vágyódás jelzéseként kell értelmezni, mely szól az orvosoknak, ápolóknak, de leginkább a hozzátartozóknak, akik kísérhetik a beteget életének talán legnehezebb útján, s ez a kísérés erkölcsi kötelességük is.²²

A tapasztalat azt mutatja, hogy nincs eutanázia-kérdés abban az esetben, ha mindig van valaki, aki a beteg ágya mellett ülve őt meghallgatja, biztatja vagy épp csak a kezét fogja. (Polcz Alaine pszichológus is sokszor beszélt erről előadásaiban, aminek fültanúja is lehettem egy thanatológiai konferencián 2001. március 18-án, Szegeden.)

Passzív eutanázia: mint „az orvosi kezelés elhagyása” nem fogadható el, amennyiben halált akar előidézni, hogy megszüntesse a szenvedést, a fájdalmat.²³

Ebben az esetben a szándékban van a probléma gyökere. A kezelés „elhagyása” pedig passzív közreműködésre utal olyan céllal, hogy a halál okozásával vessen véget a szenvedésnek. Az *Evangelium vitae* megjelenése után már egyértelműen félrevezető az a közvéleményben elterjedt nézet, hogy a passzív eutanáziát erkölcsileg meg lehet engedni. Valójában már az eutanázia elnevezés minősíti erkölcsileg elfogadhatatlannak a jelenséget, mert szándékoltan a halál előidézését tartalmazza bármelyik formájában. Ez alapján érthető, hogy a keresztény szemléletű orvosoknak egyértelmű véleménye, hogy az eutanázia, mint olyan, önmagában elfogadhatatlan.²⁴ Az egyház tanításában pedig az aktív és passzív eutanázia megkülönböztetése tulajdonképpen már kevésbé kap szerepet. Világos bizonyítéka ennek a *Katolikus Egyház Katekizmusának* szóhasználata, mely elutasítja az aktív eutanáziát, s nem használja a „passzív” eutanázia fogalmát, csak a tartalmáról beszél, viszont „közvetlen eutanázia”-ként gyakorlatilag mindkettő elutasításáról szól.

„Túl buzgó gyógyítás”: elutasítása viszont erkölcsileg elfogadható, mert a halált sem célként, sem eszközként nem akarja, csak elfogadja, hogy eljöttét reménytelen és értelmetlen megakadályozni.²⁵

Erkölcsileg indokolt lehet tehát olyan rendkívüli vagy aránytalan orvosi beavatkozások elutasítása, melyek remény nélkül már csak a haldoklást

²² Vö. EDC, 147-150., Denzinger, H. – Hünermann, P., *Hitvallások és az Egyház Tanítóhivatalának megnyilatkozásai*, Bányterenyé-Budapest 2004, 4662.pont

²³ Vö. KEK, 2277.; *Az élet kultúrájáért*, 71., 73.

²⁴ Vö. Papp L., *Jöjjön el a Te Országod*, Budapest 2003, 183-185. A szívsebész orvosprofesszor véleménye alátámasztja az egyház eutanáziáról vallott álláspontját.

²⁵ Vö. KEK, 2278. 2279.; *Az élet kultúrájáért*, 68.

hosszabbítanak meg, mindenáron fenntartva a már csak mesterségesen működtethető életfunkciókat. Ezért ezek elutasítása, ill. elhagyása nem minősíthető sem öngyilkosságnak, sem eutanáziának. A döntést a betegnek kell meghoznia, ha szakértelme és képességei lehetővé teszik, ha nem, akkor a jogilag illetékeseknek, mindenkor tiszteletben tartva a beteg ésszerű akaratát és törvényes érdekeit.

5. Fájdalomcsillapítás

Az eutanázia problémáján belül talán a legfontosabb kérdés. Az ember a fájdalomtól való félelme miatt fordul leginkább a halál választása felé. Ezért az eutanázia elutasításában is a fájdalomcsillapítás kulcskérdés.

Az egyház a fájdalomcsillapítást a legmesszebbmenőkig támogatja. A beteg elfogadhatja, de le is mondhat olyan fájdalomcsillapító szerekről, melyek az öntudatot súlyosan befolyásolják, még azzal a kockázattal is, hogy napjai megrövidülnek.

Joga van a betegnek elutasítania is ilyen súlyos fájdalomcsillapítást, amennyiben teljes öntudattal kíván készülni a halálra, s a Krisztussal való találkozásra. De nem erkölcstelen kérni az ilyen fájdalomcsillapítást, bár kényszeríteni erre a beteget szintén nem szabad.

A legsúlyosabb fájdalomcsillapítók lehetnek olyan érzéstelenítők, melyek azzal a kockázattal járnak, hogy a beteg napjai megrövidülnek, viszont mégis alkalmazhatók, mert ebben a helyzetben a duplex effektus esete áll fenn, ugyanis az alkalmazás szándéka és célja ilyenkor nem az élet megrövidítése, hanem a fájdalom csillapítása, ami más módon már nem csökkenthető. A fájdalomcsillapítás nemes emberi törekvés, mert az emberi méltóság megőrzéséért való és a bűn elleni harc része is. A tüneti gyógyításnak e megnyilvánulása az önzetlen szeretet kiváltságos formája, s ilyen minőségében bátorítható.²⁶

6. Az orvos és a beteg kötelessége

- Az orvos kötelessége:

- Amíg alapos remény van arra, hogy beavatkozással rövidebb-hosszabb időre biztosítani lehet a céllal rendelkező életet, addig az orvosnak minden lehetséges rendelkezésre álló eszközt alkalmaznia kell.

- Kellően ki nem próbált, veszélyes eszközt a beteg engedélyével szabad alkalmazni.

- Az eszköz alkalmazását be lehet szüntetni, ha a kívánt eredményt nem hozza meg.

- A lehetőségek korlátozottak lehetnek a kórház részéről, ami önmagában nem az orvos, hanem a társadalom felelőssége.

²⁶ Vö. Hámosi, *i. m.*, 33-37., *EDC*, 122-124. *KEK*, 2279.

- Amennyiben az agyhalál, az emberileg mindent figyelembe vevő, felelősségteljes döntés alapján biztos ténynek tekinthető, akkor a biológiai életért való fáradozást be lehet szüntetni. Ugyanakkor szervátültetés céljából, a jogi előírásokat betartva, a biológiai élet eszközökkel fenntartható.
- A mesterséges táplálást szükség esetén biztosítani kell, mert alapellátásnak számít, s bár formája rendkívülinek mondható, a rendes és arányos orvosi ellátás részének kell tekinteni.²⁷
- **A beteg kötelessége:**
- Az élet fenntartását szolgáló rendes, normális orvosi kezeléstről, operációkról, vérátömlesztésről – remény esetén – általában nem mondhat le az ember.
- A csak fájdalmat nyújtó, feleslegesnek tekinthető kezelésekről lemondhat.
- Halálveszély kockázatát jelentő beavatkozást erkölcsileg nem minden esetben köteles vállalni.
- Igen költséges módszerek elutasítása nem öngyilkosság, inkább emberi adottság elfogadása.
- Fontos befolyásoló tényező döntésében, hogy vannak-e alanyi kötelezettségei. Ha igen, akkor a kisebb reményt is meg kell ragadnia, ha nincs, akkor nagyobb, de bizonytalan reményért sem köteles súlyos szenvedés árán küzdeni.²⁸

7. A szervátültetés erkölcsi értékelése

Meghatározása: *Az emberi élet minőségének javítása, vagy a földi élet meghosszabbítása egy beteg vagy elhasznált szerv egészségessel történő pótlásával.*

Alapvető kérdés, hogy ki adhat szervet és kinek. Két variáció merül föl:

- **Élő donor (szervadományozó) esetén: ilyen módon segíteni az embertársan értékes, hősiesség cselekedet.** Volt idő, amikor nem így vélekedtek róla, mert öncsonkítást láttak benne. Ma már elhibázott lenne ilyen egyoldalú értékelés, hiszen itt áldozathozatalról is szó van. A siker lehetősége esetén, amit vizsgálatok igazolnak, erkölcsös tett, felelősségteljes segítségnyújtás. A Bibliában megfogalmazott hősiesség szeretetnek része az egészség és az élet ésszerű kockáztatása, így a szervadományozás is.²⁹ Kényszeríteni erre senkit sem lehet, csak szabad elhatározásból tekinthető értékes tettek. Természetesen nagy körültekintést igénylő döntés. Kritériuma, hogy csak **egészséges szervek átadásáról** lehet szó, vagyis komoly orvosi elemzést feltételez. Elsősorban páros szervek adományozása jön számításba. Nagyon fontos kritérium, hogy a **személyes élet integritását, benső épségét a szervadományozás nem sértheti.**

²⁷ Vö. Hámori, *i. m.*, 26., és *Bioetikai állásfoglalások*, 40-41.

²⁸ Vö. Boda, *i. m.*, 104-105.

²⁹ Vö. *Az élet kultúrájáért*, 147.; KEK, 2296, 2301; EDC, 83-91.

Tilos lenne az egészségi szempontokon túl agy, here, petefészkek átültetése.³⁰ (Ez utóbbiak azért, mert az ivarsejteket képző szervek eredeti tulajdonosuk tulajdonságait örökítik tovább, így ha technikailag megoldható is, nem fogadható el átültetésük.) Szóba jöhetnek olyan megújuló részek, mint a vér, a csontvelő vagy a májszövet, melyek képesek regenerálódni. Mivel a sikeres vagy épp sikertelen átültetés visszahat az adományozóra, és a dicsekvés, vagy épp a depresszió jeleit eredményezheti viselkedésében, ezért teljes körű elővigyázatosságra és vizsgálatra van szükség, nem szabad a szervadományozást elhamarkodottan tanácsolni sem.

- **Donor halála után:** regehártya, szövetek, szív, szív-tüdő stb. biológiailag élő és egészséges szervek adományozását jelenti. S amennyiben élő adhatott élőknek, úgy nem kifogásolható, hogy az élet érdekében a halott szolgáltasson valamit valakinek élete javításáért. Ezért egyszerűbb is a halottból való szervátvitel megítélése. Alapja az a tény, hogy a test egyes részei nem egyszerre hálnak meg az emberrel, valameddig működőképesekek maradnak, továbbélésük meghosszabbítható gépi fenntartással. **Fontos feltétel, hogy a donor valóban halott legyen** (vö. agyhalál, mely kell, hogy a nagyagykéreg és az agytörzs halálát is jelentse³¹), de mégis a lehető legkevésbé legyen halott. Ezt a kettősséget nehéz, és nagy felelősség megoldani. A bizonytalanságok ellenére kijelenthetjük, hogy a halál megállapításának tényét már túl gyakran biztonságosan meghatározta a tapasztalat ahhoz, hogy ezek miatt nem kell megtiltani teljesen a szervkivételt a halál után.³²

Nagyon fontos kérdés az **elhunyt beleegyezésének vizsgálata**, s a hatályos jogi előírások betartása. Az európai országok általában három modell valamelyike szerint szabályozzák a kérdést. 1. Az ellentmondás-modell: a szervkivétel csak akkor marad el, ha az elhunytnek írásos ellennyilatkozata van. 2. Az információ-modell szerint értesítik a hozzátartozókat a szervkivétel szándékáról, s ha nem volt ellennyilatkozat, akkor ők dönthetnek az elhunyt sejtető akarata szerint. 3. A hozzájárulás-modell szerint csak az érintett életében tett pozitív nyilatkozata alapján vehető ki szerv. Hazánkban leginkább az ellentmondás-modell van érvényben Franciaországgal, Belgiummal, Svájjal és Ausztriával egyetemben, olykor az információ-modellt követik.³³ Akinek nem volt életében írásos ellennyilatkozata, annak esetlegesen felhasználhatják szerveit. Ez a felfogás számít leginkább arra, hogy ha segítséget nyújthat egy halott az élőknek, épen maradt szerveivel, akkor ez a lehetőség maximálisan érvényesülhessen, természetesen visszaéléstől mentesen. A szervekkel történő **kereskedelem és**

³⁰ Vö. Helmut Weber, *Speciális erkölcssteológia*, Szent István Társulat, Budapest, 2015. 175-177., 184.

³¹ Vö. Kovács J., *A modern orvosi etika alapjai. Bevezetés a bioetikába*, Budapest 1997, 471-473.

³² Vö. Weber, *i. m.*, 177-180.

³³ *I. m.*, 182-183.

üzletelés szigorúan tilos és erkölcstelen a nemzetközi jogalkotás szempontjai szerint is.³⁴

8. Összegzés

Az emberi életnek két határpontja van, s mindkettő fizikai és lelki értelemben is a kiszolgáltatottságot, a visszaélés lehetőségét rejti magában. De bármilyen veszélyek tűnnek is föl, ezeket nem tudja az ember elkerülni, tehát valamilyen módon át kell élnie. Ebből következik, hogy különösen a földi élet végét jelentő biológiai halál tényét tudomásul kell vennie, szembe kell néznie a halállal. Bizonyára nehezen megvalósítható számára úgy élni, hogy állandóan a halálra készülődik, de e gondolatnak bizonyos értelemben mégis folyamatosan jelen kell lennie mindennapjaiban. Talán még fontosabb a másik véglet elkerülése: arra törekedni, hogy észébe se jusson a halál, s mindent kiiktasson, ami odaterelné figyelmét, gondolatát.

Nagy segítség az ember számára a Biblia üzenete, mely egyedül szolgálat igazán felemelő, s leginkább megnyugtató megoldást e súlyos kérdésben. Abszolút életpárti, valamint értelmes jövőt villant fel és bizonyít minden kor embere számára. Olyan jövőt, melyben értelmes szerepe lehet még a betegségnek, szenvedésnek, fájdalomnak is, annak ellenére, hogy ezek teljes magyarázatát nem birtokolhatjuk. A feltámadás és a halál utáni örök élet üzenete alapján a halálhoz közel vivő jelenségek és az ott történő dolgok különösen is a szolidaritás és a szeretet összekötő erejére buzdítják a szenvedőt és a segítőket, és felelősségüket megalapozzák. A betegség, a szenvedés és a halál elleni küzdelem és ezek elfogadásának kettőssége a hit alapján elvezet az eutanázia elutasításához, a fájdalomcsillapítás igényléséhez, a szervátültetés helyes erkölcsi értékeléséhez, az orvos és a beteg kötelességeinek körvonalazásához.

A vége felé közeledve – az említett jelenségek miatt – valódi védelemre szorul az egyre kiszolgáltatottabbá váló emberi élet. Az egyéni felelősség mellett arról is beszélni kell, hogy a rászoruló emberrel szembeni magatartás a társadalom etikai fejlettségének is próbaköve. Bizonyára kiállja a próbát, ha testet-lelket egyszerre segít szakszerűen – a körülmények megteremtésével – gyógyítani, támogatni, s olyan nem redukcionista emberszemléletre alapoz, mely áthatja a nevelést, s nemcsak pillanatnyi, közgazdaságilag kifejezhető értékekre koncentrál, hanem hosszú távú, szeretetben gyökerező megfontolásokra építi a gyengülő emberi élet védelmének kihívását, feladatát.

³⁴Vö. *Az élet kultúrájáért*, 147.; Weber, *i. m.*, 176.; KEK, 2301.

KÖZLEMÉNYEK

Tisztelettel kérjük Tagtársainkat és a bioetika iránt érdeklődőket, hogy a támogassák Társaságunkat.

A Magyar Bioetikai Társaság adószáma: 18052277-1-42. Támogatásukat előre is nagyon köszönjük!

Tisztelettel kérjük Tagtársainkat, hogy tagdíjfizetésüket a Magyar Bioetikai Társaság OTP-nél vezetett 11706016-20752620 számú számlájára szíveskedjenek teljesíteni. Az éves tagdíj 4.000 Ft, nyugdíjasoknak és diákoknak 2.000 Ft. Köszönjük!

TARTALOM

P. György Alfréd

Lectori salutem 1

TANULMÁNY

Rojkovich Bernadette

A gyenge, elesett, fogyatékos ember méltóságteljes búcsúzása az élettől 6

Palma Sgreccia

Relazione: Dissidi e incontri sul fine vita 16

Véleménykülönbségek és találkozási álláspontok az élet végével
kapcsolatban 28

Soltész János

Az eutanázia, a fájdalomcsillapítás és a szervátültetés néhány gyakorlati
szempontja az egyház tanításának fényében 41

KÖZLEMÉNYEK 51

A Magyar Bioetikai Társaság 2023. és 2024. évi működését és a Magyar Bioetikai Szemle kiadását a Nemzeti Együttműködési Alap és a Bethlen Gábor Alapkezelő Zrt. támogatta.

