



Kapcsolódó



cikk online

Létezik-e jó halál?

Hegedűs Katalin

Változóban van a halálkép a fejlett világban. Jelenleg a modern vagy más szóval a „tiltott” halál elemei még jelen vannak, de ugyanakkor egyre inkább feltűnnek a posztmodernként jellemzett haldoklás- és halálkép jellemzői is, amelyek – többek között – az individualizálódással, a betegjogok fejlődésével, a hospice-filozófia terjedésével függenek össze. Az individualizált halál egyik központi kérdése az elviselhetetlen szenvedés értelmezése; helye a modern kultúrában és hatása a jó gondozásra. Emellett felmerülnek a következő kérdések is: ki mondja meg, hogyan készülünk a halálra, hogyan haljunk meg? Ki ma az igazi autoritás a halálban és a haldoklásban: a pap, az orvos vagy maga a beteg? A tanulmány kitér az individualizált halál sajátos „megoldásai” – mint az eutanázia és a palliatív szedáció – legújabb álláspontjainak, etikai-filozófiai kérdéseinek bemutatására is. Vajon ezek jelentik-e az új *ars moriendi* vagy van-e egyéb megoldás is a „jó halálra”? Létezik-e egyáltalán jó halál?

A szenvedés értelmezése, helye a modern kultúrában

A halál-haldoklás etikai-filozófiai problémakörében nagyon gyakran az a kulcsszó, hogy a beteg az elviselhetetlen szenvedés miatt kéri az életmeghosszabbító terápiák megszüntetését vagy az eutanáziát. Mi is az elviselhetetlen szenvedés? Milyen dimenziói vannak? Hajlamosak vagyunk a fizikai dimenzióit hangoztatni (főleg a medicinában), holott az egzisztenciális, spirituális, érzelmi vonatkozásai legalább annyira fontosak, sőt elválaszthatatlanok a fizikaitól. A vallásos megközelítés elsősorban a lélek szenvedését tartja szenvedésnek, a fizikait nem. Mások (például Descartes, Spinoza, James és Lange) az érzelmekhez – félelem, szeretet, harag – kötik a szenvedést (1).

Az AMA (American Medical Association) 2008-ban kiadott jelentése szerint a „klinikai szenvedés” magában foglalja a fiziológiai tüneteket – fájdalom, hányinger, hányás, légszomj, agított delírium – ugyanúgy, mint a pszichológiai distressz tüneteit, amikor a mentálhigiénés problémák kezelhetetlenek. Az egzisztenciális szenvedést – úgymint a halálfélelem, izoláció, kontrollvesztés – elkülönítik a pszichológiai tünetektől (2).

Az American College of Physicians – American Society of Internal Medicine (ACP-ASIM) állásfoglalása szerint az orvos feladata a beteg fizikai és pszichés szenvedésének legkörültekintőbb csillapítása (palliació). Amennyiben azonban a páciens szenvedése interperszonális, egzisztenciális vagy spirituális,

az orvosnak be kell vonnia a lelkészt, a szociális munkást, a családot és a barátokat, mivel a szenvedés ezen elemeinek csillapítása kívül esik az orvos hatáskörén (2).

Mindannyian ismerjük *Cicely Saunders*, a modern hospice-mozgalom megalapítója koncepcióját a „totális fájdalomról”, amely a terminális páciensekre jellemzően fizikai, pszichológiai, érzelmi, egzisztenciális és szociális elemeket – illetve ezek lehetséges kombinációit – tartalmazza. *Nathan Cherny*, a fájdalommedzsment és palliatív terápia jelentős személyisége kihangsúlyozza: „A szenvedés nem diagnózis, hanem a tudatos emberi tapasztalat jelensége” (phenomenon of conscious human experience) (3).

A szenvedés tehát összetett, bonyolult és természetesen erősen szubjektív jelenség, hiszen ami valakinek elviselhetetlen szenvedést jelent, az a másik embernek esetleg nem.

Ki mondja meg, hogy készülünk a halálra, hogyan haljunk meg?

Régen a rítusok segítettek bennünket abban, hogyan készülünk a halálra és hogyan haljunk meg. *Philippe Ariès*, ennek a témának a legjelentősebb kutatója a tradicionális („megszelídített”) halál korszakának leírásában idézi egy francia parasztasszony történetét a középkorból, aki kolerában betegedett meg és néhány nap múlva hívatta a falusi papot. A pap eljött és fel akarta adni neki az utolsó kenetet, de ő azt mondta: még nem, atyám, majd szólok, ha eljön az ideje. Két nap múlva így szólt egy családtagjának: menj és mondd meg a papnak, hogy itt az idő. Neki még – az *ars moriendi* birtokában – megvolt az a képessége, hogy természetesen és elfogadóan álljon a halálhoz. Ennek elemei a következők voltak: a haldoklás néhány napra korlátozódott egy szilárd közösségben, ahol mindenki ismerte egymást, és az elmenő abban a hitben volt, hogy a halál spirituális átmenet.

Anélkül, hogy részletesen belemennénk (3) a halál korszakainak ariès-i elemzésébe, a halál típusait Ariès és követői nyomán az 1. táblázat mutatja (4).

Úgy vélem, hogy jelenleg a modern és posztmodern halálkorszak határán vagyunk. A modern vagy más szóval (Ariès terminológiája szerint) a „tiltott” halál fenti elemei még jelen vannak, de ugyanakkor egyre inkább feltűnnek a posztmodern halál jellemzői is, amelyek például az individualizálódással, a betegjogok fejlődésével, a hospice-filozófia terjedésével függenek össze. Mindez kapcsolódik a hagyományok felélesztéséhez, illetve új rítusok kialakításához is – mint például a halottellátás és halotti búcsúztatás modern formáinak kialakulása a kórházakban (5).

A halál individualizálódik, de – paradox módon – egyre több szakember kell a meghaláshoz. A papokat és orvosokat tanácsadók és terapeuták váltják fel, akik úgy vélik, hogy megfelelő tapasztalattal és szak-

A halál individualizálódik, de – paradox módon – egyre több szakember kell a meghaláshoz.

1. táblázat. A halál főbb típusai a középkortól mostanáig (4)

	Tradicionális halál	Modern halál	Posztmodern halál
Autoritás (legitim hatalom)	tradíció	professzionális tapasztalat	személyes választás
Szaktekintély	pap	orvos	én magam
Domináns tudomány	teológia	orvoslás	pszichológia
Megküzdési mód	imádság	csend	érzelmek kifejezése
Az utazó	lélek	test	személyiség
Testi összefüggés	együttélés a halállal	kontrollált halál	együttélés a haldoklóval
Társadalmi környezet	közösség	kórház	család

2. táblázat. Az eutanázia és az egyéb életvégi döntések végrehajtásának gyakorisága Hollandiában 1990 és 2005 között

	1990	1995	2001	2005
A vizsgált esetek száma	5197	5146	5617	9965
A kérdőívek száma	4900	4604	5189	5342
	%	%	%	%
Eutanázia	1,7	2,4	2,6	1,7
Orvos által asszisztált öngyilkosság	0,2	0,2	0,2	0,1
Az élet befejezése a beteg explicit kérése nélkül	0,8	0,7	0,7	0,4
A tünetek intenzív csillapítása	19	19	20	25
Lemondás az életmehosszabbító terápiairól	18	20	20	16

értelemmel rendelkeznek ahhoz, hogy segítséget nyújtsanak a betegnek azon a nehéz úton, ami a halálhoz vezet. De maguk a papok és orvosok is tanulják azokat a tanácsadási technikákat, amelyeket a haldokló vagy gyászoló betegek körében alkalmazhatnak. A medicina holisztikus felfogása kiterjeszti az orvosi és nővéri szaktudás határait azzal, hogy magában foglalja az érzelmi és spirituális gondoskodást is. Az orvoslás – és a paramedicinális szakmák képviselőinek, úgymint szociális munkások, tanácsadók, terapeuták, kórházi lelkészek – kompetenciája immár a személyiség minden részére kiterjed – a halál így tovább professzionizálódik (6).

Az individualizált halál „megoldásai”

A posztmodern halálkép tehát az individuumot állítja középpontba: a személyt, az élete végén levő, beteg embert, aki szenved, és aki maga akarja a kezébe venni a saját sorsát. Milyen megoldások és milyen alternatívák léteznek; melyek az előnyeik és a hátrányaik? Előző tanulmányaimban részletesen írtam ezekről (7), így most csak a legújabb fejleményeket, álláspontokat veszem sorra.

Egy érdekes kutatássorozat számolt be arról, hogy Hollandiában az életvégi döntések milyen jellegűek voltak és milyen gyakorisággal történtek az elmúlt évtizedekben (8). A kutatás során áttekintették a halotti bizonyítványokat 1990-ben, 1995-ben, 2001-ben és 2005-ben. Minden orvos, aki valamilyen szinten közreműködött egy halálesetben, kapott egy kérdőívet a holland országos tisztifőorvos-

tól és a Királyi Orvosi Egyesület elnökétől. A névtelenséget garantálták. Az életvégi döntések klasszifikációja a következő volt: döntés a kezelés leállításáról; a tünetek intenzív csillapítása esetleges életmegrövidítő hatással; eutanázia; az orvos által asszisztált öngyilkosság; az élet explicit kérés nélküli befejezése. (Az eutanázia és az orvos által asszisztált öngyilkosság kifejezések direkt módon nem szerepeltek a kérdőívben az eltérő értelmezések miatt, hanem a döntési folyamatból, illetve az alkalmazott szerekből vonták le ezt a következtetést). Az eredményeket a 2. táblázat szemlélteti.

Az eutanáziaesetek száma nem növekedett számottevően a vizsgált időszakban, sőt, az előzetes várakozások ellenére az asszisztált öngyilkosságok száma is ugyanolyan alacsony maradt. 2005-ben körülbelül 2300 eutanáziaesetet regisztráltak Hollandiában, az asszisztált öngyilkosságok száma 100 volt. A kutatók szerint ennek oka valószínűleg az, hogy egyéb módszerek terjedtek el a betegek szenvedésének csillapítására, úgymint a folyamatos mély szedáció, amelynek aránya 2001 és 2005 között az összes halálesetet tekintve 5,6%-ról 8,2%-ra emelkedett (lásd alább).

A kutatás egy része 2001-ben kiterjedt néhány más európai országra is (3. táblázat).

Az eredmények azt mutatják, hogy Belgiumban, ahol a törvény megengedi az eutanáziát és az orvos által asszisztált öngyilkosságot, jóval alacsonyabb ezek aránya, mint Hollandiában, viszont „az élet befejezése a beteg explicit kérése nélkül” többszöröse a többi országénak. Ez utóbbi egyébként – Hollandiát kivéve – minden országban magasabb, mint a

3. táblázat. Az eutanázia és az egyéb életvégi döntések gyakorisága más európai országokban (2001)

	Hollandia (%)	Belgium (%)	Dánia (%)	Olaszország (%)	Svédország (%)	Svájc (%)
Eutanázia	2,6	0,3	0,1	0,0	–	0,3
Asszisztált öngyilkosság	0,2	0,01	0,1	0,0	–	0,4
Az élet befejezése a beteg explicit kérése nélkül	0,1	1,5	0,7	0,1	0,2	0,4
A tünetek intenzív csillapítása	20	22	26	19	21	22
Lemondás az életmehosszabbító terápiáról	20	15	14	4	14	28

beteg explicit kérésére történő eutanázia, illetve asszisztált öngyilkosság. Mindez utalhat – többek között – a törvény nem ismeretére, illetve az orvos és beteg közötti nyílt kommunikáció hiányára is.

Svájcban az asszisztált öngyilkosság egy speciális formája terjedt el: nem orvosok, hanem különböző szervezetekben dolgozó önkéntesek vesznek részt benne. A büntető törvénykönyv 115. cikkelye szerint ugyanis altruista szempontból megbocsátható a szenvedő ember halálában való segítségnyújtás. Ebben az országban a legmagasabb az asszisztált öngyilkosságok aránya a vizsgált országok közül (9).

Minden vizsgált országban a legmagasabb arányú a tünetek intenzív csillapítása esetleges életmegrövidítő hatással, valamint a beteg lemondása az életmehosszabbító terápiáról. Magyarországon az 1997-es Egészségügyi Törvény alapján lehetséges az életmehosszabbító terápiáról való előzetes lemondás a beteg részéről, de ezzel kapcsolatos vizsgálatot mindmáig nem publikáltak. Talán azért, mert ezt a jogi lehetőséget sokan „passzív eutanáziának” nevezik, pedig ez a kifejezés nagyon sok kárt okoz mind szakmai, mind laikus körökben és mindenkit visszariaszt a téma nyílt megvitatásától.

Hollandiában 2009-ben publikáltak egy másik, 2001-ben zajlott követéses vizsgálatot is, amelynek során azt vizsgálták, hogy a háziorvosi praxisban miért jelenik meg a halálesetek 0,4–0,7%-ánál az „élet befejezése a beteg explicit kérése nélkül”. Az esetek többségénél a beteg már képtelen volt kommunikálni, viszont úgy tűnt, hogy elviselhetetlenül szenved. A bioetikusok azonban felhívták a figyelmet, hogy az ilyen esetek szubjektív megítélése úgynevezett „csúszos lejtőhöz” vezethet: vagyis amennyiben nincs igazán szabályozva ez a problémakör, akkor visszaélések történhetnek. A 15 hónapos vizsgálatban 15 orvos vett részt (közülük 13 háziorvos, kettő idősök otthonában dolgozott) és 650 beteg, akik közül 192 volt súlyos, életet veszélyeztető állapotban – a velük kapcsolatos életvégi döntéseket vizsgálták. A kutatást megelőzően feltárták, hogy az eutanáziaesetek túlnyomó többsége a beteg otthonában, tehát a háziorvosi praxisban történik, illetve idősök otthonában, amely szintén a családorvosi praxishoz tartozik (10).

A 167 súlyos beteg közül 67 volt haldokló. Közülük 18 kért kifejezetten eutanáziát, 27 pedig (ki-

fejezetten) nem. Huszonkét egyéb esetben is felmerült az eutanázia vagy az asszisztált öngyilkosság, de csak a beszélgetés közben; kifejezett kérés nem történt. A 18 eutanáziakérés esetén 12 beteg foglalta ezt írásba, hat főt látogatta meg a második orvos, akinek a szakvéleménye (illetve kontrollja) szükséges a törvény szerint minden eutanáziaesetben – lásd a holland Btk. 293. § 2. cikkelyében megadott kritériumokat (11); öt fő esetében lett kijelölve az eutanázia időpontja, és végül három esetben hajtották végre az eutanáziát. Ez a folyamat azt tükrözi, hogy önmagában az eutanáziakérés nem vezet feltétlenül eutanáziához. Ugyanakkor a kutatók azt is megjegyzik, hogy sok esetben a haldoklás folyamata, amely már esetleg hónapok óta tart, annyira drámaian felgyorsul, hogy nincs idő a törvényben előírt minden feltétel – a beteg írásos, illetve többször megismételt kérése, második szakvélemény beszerzése – teljesítésére. A hat beteg közül, aki már eljutott a 2. vélemény beszerzéséhez is, egy álmában halt meg, egy páciens egy hirtelen komplikáció miatt, egy pedig a lánya nyomására elállt az eutanáziakéréstől.

A tanulmány felhívja a figyelmet arra, hogy a fenti eutanáziaesetek transzparenssek, viszont az igazán sebezhető betegek: a demensek, a nagyon idősök, a kommunikációra képtelenek vannak elsősorban kitéve annak, hogy helyettük fognak dönteni. Ezért tovább kellene szélesíteni a beteg előzetes életvégi döntési lehetőségeinek körét és a nyílt kommunikációt ezekről a kérdésekről, hogy az esetleges visszaélések, illetve a beteg döntésével ellentétes „megoldások” száma ne növekedjen a jövőben.

A palliatív szedáció – illetve ennek egyik formája, a „folyamatos, mély szedáció”, a szenvedés csillapítása mély altatással, a beteg előzetes kérésére – az életvégi ellátásnak az utóbbi években egyre inkább előtérbe kerülő problémaköre. Leggyakrabban fájdalom, nehézlégzés vagy delírium esetén alkalmazták akkor, ha a várható életvég maximum egy-két hét. Ebben az esetben nem alkalmaznak mesterséges táplálást és folyadékpótlást, mert ez csak a beteg szenvedéseit nyújtana meg. Amennyiben a várható túlélés több mint két hét, a beteg halála a dehidrátság miatt hamarabb bekövetkezne. Mint azt fentebb jeleztem, a folyamatos, mély szedáció aránya folyamatosan emelkedik, 2001-es adatok szerint az

Úgy vélem,
hogy jelenleg
a modern és
posztmodern
halálkorszak
határán
vagyunk.

összes haláleset 3–8%-a volt Európában. Ennek oka Hollandiában az, hogy publikálták az ezzel kapcsolatos irányelveket és a téma jelentős társadalmi- és médiafigyelmet kapott (12).

Létezik-e jó halál?

A jó halál kritériumait sokan megpróbálták már összegyűjteni. *David Clark* neves angol orvosi szociológus a következőkben határozta meg: a jó halál az, amely fájdalommentesen, nyílt kommunikációval, a beteg által választott helyen, személyes és pszichés támasznyújtás között megy végbe (13).

A filozófus *Daniel Callaban* szerint a jó, békés halál az, amelyet elfogadunk, amelytől nem rettegünk túlságosan, amelyet nem kísér mértéktelen fájdalom és szenvedés, és – amennyire csak lehetséges – olyan emberek jelenlétében történik, akik azért vannak ott, hogy kényelmet, támogatást és szeretetet nyújtsanak nekünk (14).

Álljon itt példaként a következő eset:

Egy 84 éves holland asszony, aki gyomorrákban szenvedett, ápolási otthonba került. Nem volt számára további gyógyítási lehetőség és tudta, hogy néhány hónapon belül meghal. Az orvos, egy 30-as éveiben levő fiatal nő, először látogatta meg a beteget. Néhány perce beszélgettek csak, amikor a beteg azt mondta: „Doktor-nő, szeretném, ha tudná, hogy az eutanáziakéremem itt van a táskámban. Szeretném tudni, hogy segít-e nekem majd, amikor a fájdalmaim elviselhetetlenek lesznek.” A doktor-nő először csak csendben nézte a beteget, majd elmosolyodott és azt mondta: „Az eutanázia »jó halált« jelent. Hogyan segítek Önnek a jó halálban? Azt sze-

retné, ha a szükséges fájdalomcsillapítás segítségével, együtt alakítanánk ki a legjobb utat ahhoz az élethez, amit a haláláig élhet? Vagy azt kéri, hogy adjak be Önnek egy halálos injekciót?”... A beteg az első megoldást választotta... A további beszélgetés során kiderült, hogy a férje szörnyű szenvedések között halt meg rákban 16 évvel ezelőtt, és ő nem szeretett volna így szenvedni, de nem tudta, hogy létezhet egyéb lehetőség is (15).

Ez a beszélgetés egy új *ars moriendi* bázisát is jelentheti. A orvos képes nagyon figyelmesen meghallgatni az idős beteg kérését és újabb perspektívát nyújtani számára. Kialakul a bizalom, a felszabadulás és a megkönnyebbülés érzése közöttük. Ezt a légkört a család is tudja nyújtani, de nagyon sok esetben a család nincs jelen (vagy – mint a fenti esetben is – már nincs család) és akkor az orvos vagy a gondozó az, aki átveszi ezt a szerepet. Mindez fontos előfeltétele lehet a jó palliatív gondozásnak.

Az *Ariès* által – a tanulmány elején – idézett középkori francia parasztasszony történetéhez hasonlóan, az új *ars moriendinek* is magában kell foglalnia a beteg autonómiáját: döntését a saját sorsát illetően. A középkorban a szenvedés átélése a haldoklás része volt (Jézus szenvedését felidézve); ma az új *ars moriendi* fontos eleme a szenvedés csillapítása. Emellett az élet jó és rossz történéseinek végig gondolása („életmérleg” készítése), a búcsúzás lehetőségének nyújtása minden korszakban a jó halál előfeltétele, amelyet senkitől nem szabad elvonnunk.

A szerző: PhD, egyetemi docens, a *Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet munkatársa.*
E-mail: hegkati@net.sote.hu

A jó, békés halál az, amelyet elfogadunk, amelytől nem rettegünk túlságosan, amelyet nem kísér mértéktelen fájdalom és szenvedés, és – amennyire csak lehetséges – olyan emberek jelenlétében történik, akik azért vannak ott, hogy kényelmet, támogatást és szeretetet nyújtsanak nekünk.

Irodalom

1. van Leeuwen E. Suffering. Presentation at Advanced European Bioethic Course. Nijmegen: Radboud University, Medical Centre; 2012.
2. Rich BA. Terminal suffering and the ethics of palliative sedation. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 2012;21:30-9.
3. Walter T. Facing death without tradition. In: Howard & Jupp (eds.). Contemporary issues in the sociology of death, dying and disposal. Basingstoke: Macmillan; 1995. pp. 193-204.
4. Walter T. Facing death without tradition. In: Howard & Jupp (eds.). Contemporary issues in the sociology of death, dying and disposal. Basingstoke: Macmillan; 1995. p. 194.
5. Zana Á, Hegedűs K. Intervencióstratégiák kialakítása a halál és haldoklás témájában. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 2009;10(4):337-47.
6. Walter T. i. m. 198. o.
7. Hegedűs K. Újabb viták az eutanáziáról és a palliatív terápiairól. *Legis Artis Medicinae* 2008;18(10):732-5. és Hegedűs K. Tévhiték és valóság – a hospice-ről. *Legis Artis Medicinae* 2011;21(11):744-8.
8. Rietjens JAC, van der Maas PJ, Onwuteaka-Philipsen BD, van Delden JJM, van der Heide A. Two decades of Research on Euthanasia from the Netherlands. What we learnt and what questions remain? *Bioethical Inquiry* 2009;6:271-83.
9. Hurst SA, Mauron A. Assisted suicide and euthanasia in Switzerland; Allowing a role for non-physicians. *British Medical Journal* 2003;326(7383):271-3.
10. Norwood F, Kimsma G, Battin MP. Vulnerability and the 'slippery slope' at the end-of-life: a quality study of euthanasia, general practice and home death in The Netherlands. *Family Practice* 2009;14:472-80.
11. Welhinger B. Az eutanázia és az öngyilkosságban való segítségnyújtás legalizálása Hollandiában: kihívás az európai országok, számára. *Kharón* 2002;6 (tél-tavaszi): <http://www.kharon.hu/?t=2002-tel-tavaszi#mc>, letöltés: 2012. augusztus 16.
12. Rietjens et al. i. m. 280. o.
13. Clark D. Palliative care history as a ritual. Előadás a *European Association for Palliative Care* VI. kongresszusán, Genf, 1999.
14. Dekkers W, Sandman L, Webb P. Good death or good life as a goal of palliative care. In: *Ten Have HJM, Clark D.* The ethics of palliative care. *Buckingham Philadelphia: Open University Press*; 2002. pp. 106-25.
15. Leget C. Retrieving the *ars moriendi* tradition. *Medicine, Health Care and Philosophy* 2007;10(3):313-19.