TANULMÁNY

DR. ERDÉLYI JÁZMIN LUCA

A vizsgálóasztal két oldala - Társállat-gyász, eutanázia és az állatorvosi kiégés összefüggései együttérzés-fókuszú gyászkísérői szemszögből

Összefoglalás ♦ *Ez az írás elsősorban gondolatébresztő céllal tekinti át a társállatveszteség, az eutanázia és az állatorvosi kiégés komplex összefüggésrendszerét, ötvözve a gyakorlati állatorvosi tapasztalatokat és hazai kutatási eredményeket. A jelenség megértéséhez Paul Gilbert együttérzés-fókuszú terápiás (CFT) modelljét hívom segítségül, amely az érzelemszabályozást három pillérre – a védekező (piros), a forráskereső (kék) és a megnyugtató (zöld) rendszerre – osztja. Az állatorvosi hivatás krónikus stresszterhelése a piros és kék rendszerek kóros túlműködését okozza, ami a zöld (megnyugtató) rendszer kiürüléséhez és kiégéshez vezethet. Ezt a modellt a gazda oldaláról tekintve, a társállatának elvesztése érzelemszabályozási összeomlást idézhet elő, amelyet a társadalmi elutasítás (jogfosztott gyász) tovább súlyosbíthat. Az eutanázia kritikus folyamatában az állatorvos és a tulajdonos idegrendszere a tükörneuronok révén folyamatos kölcsönhatásban áll. A belső erőforrásaival kapcsolódni képes állatorvos jelenléte érzelmi biztonságot nyújt a tulajdonosnak, ami pozitív hatással lehet a társállat-veszteséget követő gyászfolyamatra.*

Kulcsszavak: társállatgyász, eutanázia, állatorvosi kiégés, együttérzés-fókuszú terápia (CFT), érzelemszabályozás, tükörneuronok

The Two Sides of the Examination Table: Interconnections of Companion Animal Loss, Euthanasia, and Veterinary Burnout from a Compassion-Focused Grief Counselor's Perspective

Summary ♦ *This paper primarily serves as a thought-provoking overview of the complex interconnections between companion animal loss, euthanasia, and veterinary burnout, integrating practical veterinary experiences with domestic research findings. To understand*

this phenomenon, I apply Paul Gilbert's Compassion Focused Therapy (CFT) model, which divides emotion regulation into three pillars: the threat (red), the drive (blue), and the soothing (green) systems. The chronic stress of the veterinary profession causes abnormal overactivation of the red and blue systems, leading to the depletion of the green (soothing) system and resulting in burnout. From the owner's perspective, the loss of their companion animal can trigger an emotional regulation collapse, which may be further exacerbated by social rejection (disenfranchised grief). During the critical process of euthanasia, the nervous systems of both the veterinarian and the owner interact continuously through mirror neurons. The presence of a veterinarian who is able to connect with their own inner resources provides emotional security for the owner, which can have a positive impact on the grief process following companion animal loss.

Keywords: companion animal loss, euthanasia, veterinary burnout, Compassion Focused Therapy (CFT), emotion regulation, mirror neurons

Ez az írás elsősorban gondolatébresztőnek készült a hazai kutatási eredmények bevonásával és az évek során szerzett állatorvosi tapasztalataim alapján. A társállatveszteség, az eutanázia és az állatorvosi kiégés kapcsolatát mutatom be az együttérzés-fókuszú gyászkísérő szemszögéből. Jelen esszé strukturális és fogalmi vázát Paul Gilbert érzelemszabályozási modellje (Gilbert, 2009) alkotja.

Elsőként bemutatom Paul Gilbert angol pszichoterapeuta a CFT (Compassion Focused Therapy, együttérzés-fókuszú terápia) megalapítójának modelljét mind az állatorvos, mind a gazda szemszögéből. Ennek a modellnek a létrejöttét az együttérzés kutatások, az evolúciós pszichológia és a neuropszichológia ötvözése alapozta meg (Gilbert, 2009). Ez tökéletesen szemlélteti, hogy miért olyan fontos foglalkoznunk az állatorvosi kiégéssel a társállatveszteséggel összefüggésben. Gilbert elmélete szerint az ember érzelemszabályozását három, egymással folyamatos kölcsönhatásban álló rendszer irányítja, amelyek egyensúlya nagyban felel a lelki egészségünkért (Nagy, é.n.)

Az első a védekező rendszer (piros), amely evolúciósan a veszélyek kiszűréséért és a túlélésért felel az amigdala aktivációján, valamint a kortizol és adrenalin hormonok termelésén keresztül (Gilbert, 2009). Ez a rendszer indítja be a stresszt, a szorongást és az „üss vagy fuss" reakciókat. Egy állatorvos mindennapjaiban ez a hálózat krónikusan túl van terhelve. A folyamatos egzisztenciális nyomás, olykor a tulajdonosok felől érkező online fenyegető

kommentek és az élet-halál kérdések állandó jelenléte miatt egy állatorvos agya állandóan túlfeszített állapotban működhet. Ha ez a piros rendszer állandósul, az empátia érzése nehezebben valósul meg, helyette önvédelmi mechanizmusként egy védekező elhatárolódás alakulhat ki.

A másik a forráskereső rendszer (kék) , amely a dopamin áramlásán keresztül a célok eléréséért, a sikerekért és a motivációért felel (Gilbert, 2009). Ez a rendszer hajtja a hallgatót az egyetemi évek alatt, a pályakezdőket, és amikor a munkába menekülünk, akkor is ez az a rendszer, ami túlfűtött állapotban pörög. Azonban ez a rendszer is a szimpatikus idegrendszer része, akárcsak a piros rendszer, így bármennyire is kecsegtetően hangzik ebben a rendszerben mozogni, szintén túlhajszoltsághoz vezet, majd a kezdeti motiváció frusztrációvá és kiábrándultsággá válik.

A harmadik rendszer a megnyugtató rendszer (zöld), amelyet az oxitocin és az endorfinok működtetnek, és a paraszimpatikus idegrendszerhez kapcsolódik (Gilbert, 2009). Ez a hálózat felelős a belső csendért, a regenerációért és a valódi, mély gondoskodásért. A zöld rendszer teret ad a gyógyulásnak, kapcsolódásnak. Gilbert modelljének legfőbb tanulsága, hogy a valódi, tiszta együttérzés, mely megtartottságot is ad, ebből a megnyugvás rendszerből képes megszületni. Amikor az állatorvos saját zöld rendszere üres és elhanyagolt, nagyon nehézzé válik ennek a rendszernek az aktiválása a mindennapi munkája során. Az eutanázia kritikus pillanatában a piros rendszerben lévő gazdát csak egy olyan orvos képes valódi jelenléttel megtartani, akinek a saját zöld rendszere egyensúlyban van, és ha erős érzelmek is megjelennének benne egy eutanázia kapcsán, akkor is képes a belső erőforrásaihoz visszanyúlni és stabilan jelen lenni.

Hazánkban az állatorvoslás az egyik leginkább veszélyeztetett hivatás kiégés szempontjából. *„Ennek az is lehet az oka, hogy a mai világban a családtagként kezelt állatok száma rohamosan nő és az ő szenvedésüket, illetve a gazda szenvedését látni még nagyobb stresszt, fokozottabb érzelmi megterhelést okoz az állatorvosoknak, akik nemtől függetlenül a társadalom empatikusabb részéhez tartoznak. Az állatorvosi pálya elnőiesedésével is kell számolnunk, amikor az érzelmek és stressz kezeléséről beszélünk, ugyanis a nők máshogy élik meg és dolgozzák fel ezeket a szituációkat, és mivel egyre több nő van az állatorvosi pályán, a szakma szempontjából is fontos, hogy hosszú ideig egészségesen tudják kivenni részüket a munkából."* (Gémesi, 2020: 33).

A társállat elvesztésekor a gazda lelkét elárasztó vihar Paul Gilbert modelljének tükrében egy erős érzelemszabályozási összeomlás. A mindennapokban a gazda és a kedvenc kapcsolata a gazda zöld rendszerének töltéséért felel. Az állattal való interakció, a simogatás és a kölcsönös

szemkontaktus folyamatos oxitocináramlást tart fenn. Az állat ebben a dinamikában egy külső biológiai szabályozóként, egyfajta „érzelmi horgonyként" működik. Amikor azonban az állat meghal, ez a biztonságos kötődési hálózat egy pillanat alatt megsemmisül. Egy végzetes diagnózis pillanatában a gazdában azonnal átveszi az uralmat a piros rendszer. A kortizol- és adrenalinszint emelkedik, ami akár fizikai tünetekben is megjelenhet: légszomjban, mellkasi szorításban, alvászavarban... Ebben az állapotban a gazda gondolkodása beszűkül, és a tehetetlenség nehéz érzésével küzd. Mindemellett a társadalmi elutasítás, az el nem ismert, diszkvalifikált gyász (például amikor azt mondja valaki, hogy „csak egy kutya volt") miatt egy belső konfliktus is kialakulhat, ahol saját maga is megkérdőjelezi, hogy vajon a fájdalom, amit érez, valóban normális-e, és ez a folyamat egy elhúzódó, akár komplikált gyásszá is alakulhat. Ebben a krízishelyzetben a kék rendszer is csapdává válhat. Alapesetben ez a rendszer a célok eléréséért felel, egy komoly betegség fázisában viszont ez sarkallja a gazdát a megoldások keresésére: az orvosok felkutatására, a kezelések menedzselésére és a gondozásra. Amikor azonban nyilvánvalóvá válik, hogy az állat menthetetlen, és meg kell hozni az eutanázia döntését, a forráskereső rendszer tehetetlenül pörög tovább. Ilyenkor jelenhet meg az, amikor a gazda a múlton rágódva kényszeresen újabb és újabb kérdéseket tesz fel magának: *„Mindent megvettem neki? Jó orvoshoz vittem? Időben észrevettem?"* Ez a teljesítménykényszer a tehetetlenség ellen harcol. A gyászkísérésnek és az állatorvosi empátiának éppen az a feladata, hogy a krízis ezen pontján segítsen újraaktiválni a gazda megnyugtató rendszerét. Ezt szolgálja a rendelőben biztosított intimitás, a búcsúidő tiszteletben tartása, valamint a gyász validálása. Amikor a gyászoló megengedi magának az önegyüttérzést például olyan mondatokkal, mint *„Amit érzek, az teljesen rendben van"* és *„A halálba segítés a legnehezebb, de mély szeretetből fakadó döntésem volt"* , azzal segíti a belső aktív védekező rendszert lecsendesíteni. Csak a megnyugtató rendszer gyengéd és tudatos támogatásával, a veszteség élményének integrálásával érhető el, hogy a veszteség során keletkezett űr idővel békés, szeretetteljes emlékezéssé szelídülhessen.

Bár a tulajdonosok többsége elméletben tisztában van a „kegyes halál" fogalmával, a gyakorlati megvalósítás és a jogi háttér terén nagy a bizonytalanság. A felmérések szerint az állattartók 58,4%-a egyáltalán nem tudja, hogyan zajlik egy eutanázia, hány lépésből áll, vagy, hogy mi történik az állattal eutanáziát követően (Fekete, 2019). Ez a laikus bizonytalanság és a halál körüli kulturális tabu felerősíti a gazda szorongását (Fekete, 2019). Egy alapos felkészülés az eutanáziára, hogy mire számíthat a tulajdonos, mi miután következik és milyen fiziológiai jelenségekre lehet számítani, jelentősen csökkenti ezt a szorongást. Ehhez elengedhetetlennek

tartom a részletes szakmai tájékoztatást az állatorvostól, valamint a gyászkísérői konzultáció is segíthet a lelki folyamatok átgondolásához, felkészüléshez.

Az Állatorvostudományi Egyetemen az eutanáziára való felkészítés és a kiégés témaköre jelenleg három fronton is megjelenik az oktatásban, valamint számos szakdolgozat is készült a témában. A graduális képzésben, az 5. évfolyamon az Állategészségügyi gazdaságtan és kommunikáció című, kötelező tárgy részeként egy 15 órás kommunikációs modul foglalkozik a kérdéssel. Ezt egészítik ki a témához kapcsolódó tanszéki fakultatív kurzusok, például a stresszkezeléssel kapcsolatban. Posztgraduális szinten pedig az Állatorvos-menedzser szakállatorvosi továbbképzés keretében kap helyet egy 2 napos kommunikációs modul, amelynek szintén része az eutanázia és a kiégés tárgyalása. Ezek a kulcsfontosságú témák a szakmai továbbképzések tematikájában is rendszeresen megjelennek.

Gyakran elhangzik a tanács, hogy az orvosnak távolságot kell tartania, „nem szabad hazavinnie a munkát”, ám ez a teljes elhatárolódás biológiailag szinte lehetetlen. Ennek hátterében a tükörneuronok rendszere áll. A tükörneuronok olyan specifikus idegsejtcsoportok, amelyek nemcsak akkor kapcsolnak be, amikor mi magunk végrehajtunk egy cselekvést vagy megélünk egy érzelmet, hanem akkor is, amikor látjuk, hogy valaki más teszi vagy éli át ugyanezt. Ez az eutanázia során a gyakorlatban a következőképpen néz ki: amikor a tulajdonos arcán megjelenik a fájdalom, amikor sír vagy amikor a teste megfeszül, az állatorvos agyában a tükörneuronok azonnal leképezik ezt az állapotot. Ez a neurológiai tükrözés automatikus és akaratlan. Az állatorvos idegrendszere másodpercek alatt belsőleg szimulálja a gazda krízisét, és ezáltal nála is bekapcsol a piros rendszer. Ez a biológiai egymásra hangoltság az empátia és a partneri kommunikáció alapja, ez teszi lehetővé, hogy az állatorvosok mély, megtartó jelenléttel támogathassák a gazdát.

Ennek a biológiai csodának azonban hatalmas ára van. Ha egy állatorvos naponta többször kénytelen elvégezni eutanáziát, a tükörneuronjai révén naponta többször éli meg a gyász és a megsemmisülés folyamatát. Ez a folyamatos belső szimuláció egyenes úton vezethet az együttérzési fáradtsághoz. Az eutanáziát végző állatorvosok 67,8%-át lelkileg és érzelmileg is mélyen megviselik az egyes esetek. 63,5%-uk sírt már eutanázia miatt, ami szintén mutathatja, hogy mélyen érintődnek egyes esetek kapcsán (Fekete, 2019). Ha az idegrendszer nem kap időt és teret a megnyugvásra, a tükörneuronok által közvetített érzelmi túlterheltség előbb-utóbb szomatizációhoz (fizikai tünetek megjelenéséhez) vagy kiégéshez vezethet. A fel nem dolgozott stressz destruktív menekülési stratégiákhoz vezethet. A hazai adatok szerint az állatorvosok körében az ártalmas mértékű alkoholfogyasztás rendkívül magas: a férfi állatorvosok 38%-át, a női állatorvosok 20%-át érinti ez a probléma (Gémesi, 2020). Nemzetközi adatok alapján az

állatorvosok körében az öngyilkossági ráta az átlagnépesség négyszerese, a humán orvosokénak a háromszorosa (Barabás, 2016). Ennek hátterében állhat a klinikai depresszió, a segítségkérést gyengeségnek bélyegző attitűd, a szakmából fakadó elszigeteltség, stresszorok (konfliktusok, magas elvárások, hosszú munkaidő…), a halál relativizálódása, mivel a halált a szenvedés megszüntetésének legitim és kegyes eszközeként tapasztalják meg az olykor napi szinten végzett eutanázia következtében, ezért krízishelyzetben ez a megváltozott szemlélet, valamint az eutanáziához szükséges eszközökhöz való könnyű hozzáférés sajnálatos módon csökkentheti a saját életük kioltásával kapcsolatos belső gátlásokat (Barabás, 2016) .

A tükörneuronok automatikus működése azonban nem egyirányú. Pontosan ez a neurológiai folyamat teszi lehetővé az egyik legfontosabb interperszonális folyamatot: a koregulációt. A koreguláció azt jelenti, hogy az emberek idegrendszere képes egymásra hangolódni, és a stabilabb, nyugodtabb fél képes belső biztonságérzetet adni a krízisben lévő, kibillent fél felé (Porges, 2022). Amikor a tulajdonos belép a rendelőbe eutanáziára készülve, a piros rendszere maximálisan túl van feszítve: a pulzusa magas, a légzése felületes, a sokk és a kontrollvesztés állapotában van. Ekkor az állatorvos idegrendszere egyfajta stabil horgonyként funkcionálhat. Ha az állatorvos képes tudatosan tölteni a saját belső erőforrásait és az eutanázia kritikus perceiben aktiválni tudja a saját zöld rendszerét, a szoba atmoszférája megváltozik. Az állatorvos lassú, mély légzése, a hangjának stabil, meleg tónusa, kapkodásmentes jelenléte és a tiszta szemkontaktus a tükörneuronokon keresztül megnyugtatóan hat a gazdára. A koreguláció szó szerint lefékezi a tulajdonos túlpörgetett piros rendszerét, és segít neki is bekapcsolni a zöld rendszer egy minimális, az elengedéshez szükséges szintjét. Ha az állatorvos lelke rendben van, az az eutanázia menetében is segíthet, hogy egy idegrendszerileg stabil, megtartott, méltóságteljes rituálé lehessen. A gazda kognitív funkciói nem bénulnak le teljesen a sokktól, képes lesz megélni a búcsú perceit, és a történet nem fragmentált, ijesztő képekben rögzül az emlékezetében.

Nyilvánvalóan fontos, hogy szakmailag és emberileg is támogatóak legyenek a szavak, amiket mondunk, de jelen írásban azért sem térek ki konkrét mondatokra, mert egy ilyen helyzetben, ami szükséges, hogy valódi legyen az, amit mondunk, és azt a nonverbális jeleinkből egy pillanat alatt érezni lehessen. Ezzel csupán azt szeretném hangsúlyozni, hogy azzal, **hogyha állatorvosként biztonságos belső teret nyújtunk az eutanázia kritikus pillanatában, az segítheti a későbbi társállat-gyász lefolyását.** A gazda nem a rettegésre és a ridegségre fog emlékezni, hanem arra, hogy a legnehezebb órában nem volt egyedül. Ehhez azonban az kell, hogy az állatorvos megértse: a saját mentális épsége, a határainak védelme és

a belső egyensúlya nem önzés – hanem az egyik legfontosabb klinikai eszköz, amivel a páciensét és a tulajdonost szolgálni tudja.

Szeretnék gyakorlati lépéseket is mutatni, hogy mi segít a zöld rendszernek az aktiválásában. Ahhoz, hogy támogassuk magunkban a megnyugtató rendszert, olyan tevékenységekre, belső attitűdökre és környezeti tényezőkre van szükség, amelyek a biztonság, az elfogadás és a lassítás élményét nyújtják. Mivel az oxitocin a társas kötődés hormonja, a biztonságos kapcsolatok azonnal elindítják a termelődését (Gilbert, 2009). Ezek lehetnek például:

- szakmai szupervízió, olyan védett közegben, ahol a kollégák ítélkezés nélkül, biztonságban kibeszélhetik az érzelmileg megterhelő eseteket,
- validáló és támogató munkahelyi légkör, ahol a munkatársak figyelnek egymás fáradtságára,
- minőségi magánéleti kapcsolatok,
- kötődés a saját állatokhoz. A saját kedvenccel eltöltött, elvárásoktól mentes idő (játék, simogatás) is remek oxitocinforrás,
- nagyon erős eszközként lehet a kezünkben az önegyüttérzés is (Gilbert, 2009).

A zöld rendszer belső gátja lehet a perfekcionizmus és az önostorozás. Ilyenkor érdemes előhívni ezt az önegyüttérzést, amelynek lényege annak tudatosítása, hogy az orvos is ember, a tudománynak vannak korlátai, és nem lehet minden életet megmenteni. Annak elfogadása is fontos, hogy a nemet mondás (például a munkaidőn túli hívásokra vagy az extra ügyeletekre) nem a hivatás elárulása, hanem a saját rendszereink védelmi eszköze. Mivel a piros rendszer erős testi tünetekkel járhat (izomfeszülés, felületes légzés, magas pulzus), a zöld rendszert a testen keresztül is be lehet kapcsolni. Az állatorvosok 87,2%-a tapasztalt már diagnózis nélküli fizikai fájdalmat (szomatizáció) (Gémesi, 2020).

Traumainformált légzésterapeutaként kiemelten fontosnak tartom azokat a technikákat, amelynek során a testet hívjuk segítségül a belső feszültségek oldására, hiszen a szomatikus technikák segíthetnek akkor is, ha beszélni nehéz, nem találjuk a szavakat vagy belefáradtunk a beszédbe. Segíthet a zöld rendszer aktiválásában a 10-es agyideg (nervus vagus) tónusának szabályozása, akár a légzés erejével: a lassú, mély, nyújtott kilégzéssel végzett légzés (pl. dobozlégzés) közvetlenül aktiválja a paraszimpatikus idegrendszert, ami lefékezi a szívverést és jelzi az agynak, hogy elmúlt a veszély. Segítséget nyújthat továbbá a progresszív izomrelaxáció, meleg fürdő, masszázs vagy jóga, amelyek kioldják a rögzült fizikai feszültséget. Fontos kiemelni, hogy a krónikus alváshiány biológiailag lehetetlenné teszi a zöld rendszer működését, mivel folyamatosan magasan tartja a kortizolszintet, így a megfelelő alvás

kulcsfontosságú. A tudatos jelenlét (mindfulness) is segíthet, például kialakíthatunk mentális offline időket, amelyek olyan időszakok a napban, amikor nincs telefon, nincsenek e-mailek, és teljesen jelen vagyunk abban, amit csinálunk (pl. séta a természetben, céltalan pihenés) tudatosan megengedni magunknak a ,,semmittevést".

Összefoglalva a fent ismertetett szemléletet: Paul Gilbert modellje pontosan rávilágít arra, hogy valódi, tiszta együttérzéssel és jelenléttel csak akkor tudunk megtartani másokat az eutanázia nehéz perceiben, ha a saját belső rendszereink egyensúlyban vannak. Ha az állandó stressz miatt a **védekező** rendszerünk dominál, és a **hajtóerőnk** fásultsággá válik, képtelenek leszünk aktiválni magunkban a **megnyugvás** megtartó rendszerét. A belső erőforrásainkhoz való kapcsolódással tudjuk megtartani az együttérzés erejével magunkat és a másikat is a nehéz pillanatokban.

Útravaló érzéseim, gondolataim

A gazdi, miután kilép a rendelő ajtaján, abban a pillanatban a világa megváltozik. Kilép a rohanó utcára, ahol az élet folyik tovább, miközben az ő belső ideje megállt. Ahogy hazatér, a lakás csendes, a tálka üres, a sarokban fekvő póráz is mind-mind a veszteségre emlékeztet. És gyászol.

Amikor az eutanázia után kiürül a kezelő, és a gazdi a karjaiban a hirtelen túl könnyűvé vált testtel hazaindul, a csend rázuhan a rendelőre. Én ott maradok a fehér rendelői ruhámban az asztalt törölve, és a levegőben még percekig ott vibrál az elengedés. Abban a percben anya vagyok, aki ismeri a feltétel nélküli szeretet erejét, gazdi vagyok, aki ismeri a mardosó bűntudatot, állatorvos vagyok, aki napi szinten hordozza a kegyes halál morális terhét, ember vagyok, aki érez, miközben megtart és jelen van.

A számok, statisztikák és kiégési mutatók mögött hús-vér emberek állnak.

Tanuljunk meg egymásra figyelni, meghúzni a határainkat, térjünk vissza a belső erőforrásainkhoz és merjünk segítséget kérni, mielőtt a csend túl nehézzé válik. Akkor is, ha most gazdiként olvasod e sorokat, és akkor is, ha állatorvosként. Nem vagy egyedül!

IRODALOM

BARABÁS L. (2016): Felmérés a magyar állatorvosnők egészségügyi és mentálhigiénés állapotáról. Szakdolgozat, Állatorvostudományi Egyetem, Törvényszéki Állatorvostani, Jogi és Gazdaságtudományi Tanszék, Budapest.

FEKETE R. (2019): Az állatok eutanáziájának témakörével kapcsolatos kérdések, nézőpontok vizsgálata. Szakdolgozat, Állatorvostudományi Egyetem, Állattenyésztési, Takarmányozástani és Laborállattudományi Tanszék, Budapest.

GÉMESI A. (2020): Felmérés a magyarországi állatorvosok mentálhigiénés állapotáról különös tekintettel a nemek közti különbségekre. Szakdolgozat, Állatorvostudományi Egyetem, Állattenyésztési, Takarmányozástani és Laborállat-tudományi Tanszék, Budapest.

GILBERT P. (2009): Introducing compassion-focused therapy. Advances in Psychiatric Treatment 15 (3): 199–208.

NAGY L. (é.n.) - https://www.nagylilla.com/neuropsziologiai-alapok Elérés: 2026.06.20.

PORGES S.W. (2022): Polyvagal Theory: A Science of Safety. Frontiers in Integrative Neuroscience16:871227

dr Erdélyi Jázmin Luca
állatorvos
gyászkísérő, traumainformált légzésterápiás facilitátor
SZIA Vet, Net Vet kft
jazmin.luca.erdelyi@sziavet.hu

DR. HORVÁTH ANNA

Palliatív ellátásban ajánlott kérdezési segédeszköz: „KÉP+KARC”

Összefoglalás ♦ *Az aktív belgyógyászati kórházi ellátásban a betegek több mint a fele palliatív beteg Magyarországon. A kórházba került beteghez ritkán megy oda az orvos beszélgetni vele az érzéseiről, az aktuális félelemeiről és gondjairól. Elmagányosodáshoz és szenvedéshez vezet, ha nem vesszük figyelembe a beteg érzéseit, a halál közeledtét. Az őszinte emberi figyelem és a részvét csökkenti a distresszt, méltóságot és lelki megújulást ad. Tapasztalatunk szerint ezzel az új segédeszközzel, a „KÉP+KARC”-cal, könnyen indítható a beszélgetés. A képek megnyugtatóak, örömöt, lendületet közvetítenek. A versek szellemi frissességet hoznak, a szenvedőnek, kiutat mutatnak és a visszatérő képi kapcsolódással megnyugvást hozhatnak a belső instabilitásra, nyitottságot a későbbi méltóságterápiára. Ezáltal a Harvey Max Chochinov által kifejlesztett méltóságterápia előkészítője lehet a mindennapokban. Az eszköz 14 képből és a kép hátára írt idézetből áll: mindegyik más-más hangulatú. A „KÉP+KARC” új technikai eszközzel úgy tud intim belső érzésekhez közeledni az orvos, hogy nem lépi át a bizalmaskodás határát, megmarad szakmaiságnál, mégis közvetlen és emberi kapcsolatot épít ki a beteggel. A betegek megnyugodtak a beszélgetéstől. Mindkét fél arról számolt be, hogy képi élménnyel és szép gondolatokkal is gazdagodva, tartalmasan töltötték az erre szánt időt.*

Kulcsszavak: *palliatív ellátás, méltóságterápia, Chochinov, orvos-beteg kapcsolat*

Recommended technical aid for asking questions in palliative care: Picture&Poem

Summary ♦ *Currently, more than half of the patients admitted to acute internal medicine wards are palliative care patients in Hungary. Upon admission, physicians rarely engage with patients to discuss their emotions, current fears, and anxieties. It is well established that neglecting patients' feelings and the proximity of death leads to isolation and suffering. Sincere*

personal attention and compassion can provide dignity and a relief from this suffering. According to our experience, this new auxiliary tool, 'KÉP+KARC' (Picture&Poem), facilitates the initiation of such conversations. The images are comforting, conveying joy and vitality. The poems provide mental stimulation, offer a way out for the suffering patient, and through the recurring visual connection, can bring solace to internal instability and foster openness toward subsequent dignity therapy. Consequently, it can serve as a daily preparatory tool for Dignity Therapy developed by Harvey Max Chochinov. The tool consists of 14 images, each with a quote on the back, conveying distinct atmospheres. Through the innovative technical tool 'KÉP+KARC', physicians can approach intimate inner feelings while maintaining professional boundaries, yet building a direct and human connection with the patient. The patients were reassured by the conversation. Both parties reported that the time spent was meaningful, quality time together, enriched by both the visual experience and beautiful thoughts.

Keywords: palliative care, dignity therapy, Chochinov, doctor-patient relationship

A kórházban fekvő, palliatív ellátásban részesülő beteggel való orvosi kommunikációt segítő segédeszköz bemutatásáról szól ez az írás. A „KÉP+KARC” eszközt a betegágy mellett dolgozó orvosoknak szánjuk. Jelenleg az aktív belgyógyászati kórházi ellátásba kerülő betegek több mint a fele palliatív beteg Magyarországon, pontos felmérés nincs erről a számról. (Hegedűs et al, 2024) Tapasztalatunk szerint, a kórházba került palliatív beteghez ritkán megy oda a rezidens vagy az osztályos orvos, az aktuális panaszairól sem kérdezi részletesen, a beteg érzéseiről félelemeikről és egyéb gondjaikról beszélgetni meg egyáltalán nincs gyakorlata és ideje.

Ettől az „érdektelenségtől” a beteg a „saját koponyája körül utazik”, magányosan szenvedve, mint Karinthy: *„…Mindannyian, külön-külön, elhagyatva és egyedül, s hogy nem arról van szó, vajon eléri majd megrakott hajóm a vágyak partjait, hanem arról, lesz-e kegyes a tenger kidobni az elsüllyedt hajóról egy deszkaszálat, amiben megkapaszkodhatunk?”* (Karinthy, 1937) Számos publikáció és szépirodalmi remekmű ismertette, hogy mennyire elmagányosodáshoz vezet a beteg számára, ha nem vesszük figyelembe az érzéseit, a halál közeledtét. (Karinthy, 1937; Hancox et al, 2023; Tolsztoj, 1886) Ez nem csak a kórházban, de otthon is folytatódik: *„…haza mennek s Iljics Iván egyedül marad annak tudatában, hogy az ő élete teher magának is, másoknak is, és hogy ez a teher nem kisebbedik, hanem egyre nő.”* (Tolsztoj, 1886) A „KÉP+KARC” használatakor az őszinte emberi figyelem és a részvét

megmutatásával ez a teher mérsékelhető. Kiemelhető a beteg a szenvedésből, ami nem csak a beteg, hanem az ellátó személyzet számára is nagyon fontos. (Kegye et al, 2013)

Az, hogy a művészetterápia segít felszínre hozni a szavakkal már vagy még kifejezhetetlen belső élményeket, félelmeket és testi-lelki terheket régóta ismert és számos publikációban, könyvben dokumentált tény. (Mondanaro et al, 2025; Alvarez et al, 2025) Nem csak az érzelem kifejezésében segít, de az életminőséget is javítja; a pszichoszociális és spirituális nehézségek feldolgozásban is hasznos, és csökkenti a szorongást, javítja a környezettel, gondozókkal és a hozzátartozókkal való kapcsolatot is. (Collette et al, 2021)

Ezen ismereteket felhasználva került kialakításra „KÉP+KARC” segédeszköz, ami abban új, hogy együtt alkalmaz két művészeti ágat a betegre szabottan a betegágy mellett. A betegek elvárják az orvosaiktól, hogy kezdeményezzék ezeket a beszélgetéseket, de még az Amerikai Egyesült Államokban is általános, hogy az orvosok vonakodnak ettől. (Williams et al, 2022) A „KÉP+KARC” különleges erőssége, hogy művészetterápiában képzetlen szakember, a betegágy mellett dolgozó orvos kezébe adjuk, hogy a Cicely Saunders által leírt „totális fájdalmat” (Wood, 2022) személyközpontú és holisztikus megközelítéssel mihamarabb csökkentse, és előkészítse a beteget az életvégi ellátásban való együttműködésre. (Collette et al, 2021; Epstein et al, 2012)

A „KÉP+KARC” eszközzel könnyen indítható a beszélgetés, őszinte figyelemmel, együttérzéssel. Így lehet egy „tengeri deszkaszál”, amiben megkapaszkodik a beteg. Csökkenti a distresszt, lelki megnyugvást ad, segíti a lelki megújulást. A „KÉP+KARC” gondolatát 30 év kórházi tapasztalata ihlette. Polcz Alaine példamutatása adta a bátorságot a megvalósításához. A versek 50 évnyi szeretete és mindennapi olvasása karcosította. A Semmelweis Egyetemen dolgozók kollegák lelkes támogatása segített a publikálásához.

A mindenki számára elérhető, örömforrásokat bemutató képeket és a palliatív beteg gondjait is megmutató verseket kerestünk, hogy kellő kontraszttal segítsük beteget és orvosát a beszélgetés indításához. Az új eszköz a „KÉP+KARC” nem pszichoterápia, hanem technikai segítség, amivel emberként közeledik az orvos a beteg által tabunak gondolt témákhoz is. A képek megnyugtatóak és lendületet közvetítenek. A versek szellemi frissességet hoznak, szavakat, szép szófordulatokat adnak a betegnek a beszélgetéshez. Majd a visszatérő képi kapcsolódással megnyugvást hozhatnak a belső instabilitásra, nyitottságot a későbbi méltóságterápiára. Ezáltal a Harvey Max Chochinov által kifejlesztett méltóságterápia (Chochinov et al, 2011) előkészítője lehet a mindennapokban a „KÉP+KARC” technikai eszköz használata.

A „KÉP+KARC” új technikai eszközzel úgy tud intim belső érzésekhez közeledni az orvos, hogy nem lépi át a bizalmaskodás határát, megmarad szakmaiságnál, és szakszerűen, közvetlen emberi kapcsolatot épít ki a beteggel, megmutatva az érzések mélységét és egyetemességt. A beteg korábbi szubjektív tapasztalása, amely a külvilágból érkező ingerekre (pl. színes életkép és líra) és a belső gondolatai hatására az orvos biztatására idéz fel; szorosan összekapcsolódik az érzelmekkel. Ennek megbeszélése örömforrás a kórházi „steril” légkörben. Szinte mindegy, hogy milyen érzelem kerül felszínre (öröm, bánat, düh, meglepődés, félelem, undor), mindez elsimítható, ezáltal adhat megnyugvást és új életerőt betegnek. Az orvosával történő együtt töltött idő, a közös megfigyelés és beszélgetés a bizalmat növeli, a magányosság és elveszettség érzését oldja.

Az eszköz 14 képből és egy-egy, a képhez kapcsolt versből áll. A képeket Nagy Kállai Kriszta rajzolta és Czétényi János színezte: szép, vidám, egyszerű, azonos stílusú, színes vagy éppen fekete-fehér, üdítő, gyermekien naiv rajzok, amin a szereplők másfele néznek, nem vonják be a szemlélőt. A versek mély lelki tartalmakat megmozgató, a kínra, elhagyatottságra, élet végre reflektáló irodalmi remekek: Ady Endre, dr.Beney Zsuzsa, Eszterházy Péter, Jékely Zoltán, József Attila, Kosztolányi Dezső, Orbán Ottó, Reményik Sándor, Sík Sándor, Tóth Árpád, Weöres Sándor tollából, mélyen megérintik az embert: az intim idézetek egyes szám első személyben való megszólalása és a bensőséges, őszinte hangneme mélyre viszik megnyitják a hallgatót-olvasót.

A betegnek mind a 14 képet megmutatja az orvos. Végignézheti többször is, de egy alkalommal a tizennégyből egy képet választ, ami aznap akkor és ott éppen megszólítja vagy kedvére való. Elmondja, hogy miért választotta azt a képet, az orvos meghallgatja. Amikor nincs több mondanivalója a betegnek a képről, az orvos felolvassa a kép hátán lévő idézetet, és együtt megkeresik a kapcsolódási pontokat a vers a kép és a beteg között. Ezután megbeszélik a beteg aktuálisan előkerülő lelki és fizikai szükségleteit. A beszélgetéshez az idézet új szavakat, más nézőpontot ad. Végül a képre újra ránézve értékelik a beteg helyzetét és a beszélgetést, kihasználják a kép adta békés kapaszkodási lehetőséget, megőrizve annak idealizált hangulatát.

Az eszköz használatát bárkinek ajánljuk, aki empatikusán tud viselkedni, tisztelettel tud kérdezni a beteg méltóságát megőrizve, nyitott a panaszainak, érzéseinek befogadására, együttérzésre és az érzelmi hullámzás elviselésére.

Tapasztalatunk szerint akkor érdemes elővenni ezt az eszközt, ha a palliatív beteg túl van az aznapi viziten, fizikális vizsgálaton, a testi panaszait (pl. fájdalom, hányinger) már mérsékelték és akut teendő vagy új vizsgálata nincs. Az orvosnak is szabaddá kell tennie magát.

Fontos, hogy ne befolyásolja a beteget, hagyja, hogy a beteg saját maga döntsön. Legyen türelmes, amíg a páciens a képet kiválasztja. Utána legyen kíváncsi a választás okára, kérdezzen, majd figyeljen a szemkontaktus felvételével, teljes odafordulással, telefon és egyéb eszközök félretételével! Független az eszköz a beteg vallásos irányultságtól, és a használóétól is, de arra alkalmas, hogy a beteg, ha ez neki fontos, megvallhassa hitét.

Az eszközhasználatra fordított idő 3-10 perc / beteg / nap.

Akik eddig próbálták, mind a kollégák, mind a betegek élvezték ezt az új színes, játékos beteg-orvos kapcsolatfelvételi lehetőséget. Egyszerűnek ítélték az alkalmazását. A betegek megnyugodtak a beszélgetéstől, jó érzéssel teltek el. A kép és a karc kontrasztja stimuláló volt, segítette a téma kiszélesítését. Mindkét fél arról számolt be, hogy képi élménnyel és szép gondolatokkal is gazdagodva, tartalmasan töltötték együtt az erre szánt időt.

A „KÉP+KARC” eszköz összetevői:

1. 14 db különböző kép (Czetényi János és Nagy Kállai Kriszta képei)
2. Minden kép hátoldalán a képhez kapcsolt idézet

A „KÉP+KARC” eszköz használata:

1. Kérjünk engedélyt a betegtől a beszélgetéshez és egy új vizsgálati eszköz kipróbálásához.
2. Az összes képeket mutassuk meg a betegnek!
3. Kérjük, hogy válassza ki a számára leginkább kedveset.

A kiválasztott alkotást hagyjuk a kezében, hogy nézegesse és addig pakoljuk el a többit.

4. Kérdezzük meg:
   Miért választotta azt a képet?
   Milyen emléket hozott elő a kép?
   Az emlék, amit előhívott miért fontos neki?

Együttérzésünket mutassuk meg bátran, örüljünk vagy búsuljunk vele együtt!

5. Kérdezzük meg, hogy nyitott-e a képhez tartozó rövid vers meghallgatására?
   Amennyiben igen, fordítsuk meg a képet és olvassuk fel a hátoldaláról a verset; ha nem hagyjuk, hogy nézegesse még a képet és kérdezzük meg később! Aki szívesebben olvas magában, annak hagyjuk, hogy maga merüljön el a szavak és érzések világában.
6. A vers meghallgatása után ismerjük el, hogy a képhez meglepő a vers társítása; igen kontrasztos és mély gondolatokat ébresztő.
   Hagyjunk időt, hogy gondolkozzon rajta, vagy olvassuk fel újra, ha azt kéri.

Kérdezzünk bátran! (Bármilyen kérdés jó lehet, de ha szükséges segítő kérdéseket is írtunk. lásd lejjebb)

7. Hallgassuk meg a beteget nyitott szívvel, odafordulással, türelemmel! Beszélgessünk az érzéseiről, a bemutatott gondjairól, problémáiról.
8. Foglaljuk össze röviden, amit a beteg mondott. Kérdezzük meg, hogy szeretné-e, ha eljuttatnánk a gondolatait, érzéseit valakinek (kinek?), vagy bizalmasan kezeljük a beszélgetést?
9. Kérdezzük meg a kép és a vers megbeszélése után, hogy hogyan érzi magát? Mit kapott a beszélgetéstől?
10. Köszönjük meg az együttműködését! Érdeklődjünk, hogy jöjjünk-e újra egy másik nap? -> Igen a válasz esetén, beszéljük meg a pontos időpontot és találkozási helyet!

„KÉP+KARC” – képek, kedvcsinálónak ötöt mutatok be a tizennégyből:

1. Hintázó lány kép
2. Beteg bogár kép
3. Réten fekvő lányka kép
4. Sárga háttér sündisznó kép
5. Szálló angyal kép

A kiválasztott képhez tartozó kérdések:

Mit lát a képen? Miért választotta azt a képet? Milyen emléket idéz fel a kép? Az emlék, amit előhívott miért fontos?

1. 

2. 

3. 

5. 

4. 

„KÉP+KARC” lapok verseihez segítő kérdések:

1. Hintázó lány kép -> Orbán Ottó: Dal a kockázatról és a mellékhatásról
2. Beteg bogár kép -> Ady Endre: Ha holtan találkozunk
3. Réten fekvő lányka kép -> Reményik Sándor: Lepke-halál
4. Sárga háttér sündisznó kép -> Sík Sándor: Belenéztem a Napba, részlet
5. Szálló angyal kép -> Kosztolányi Dezső: Halotti beszéd, részlet

1. Orbán Ottó: Dal a kockázatról és a mellékhatásról

Egy cérnaszálon függ az életed.
Számold csak össze, hányféleképp, hányféle veszély
Mondhatja ki ránk a halálos ítéletet;
Túl sok ahhoz, hogy mindegyiktől félj.
Életben tart fiatalságunk maradék könnyelműsége,
E vizet árasztó és füvet sarjasztó erő.
Egy hazárd játékos beül az öreg kártyások körébe;
Tizennyolcra lapot kér – és ő a nyerő!

- Milyen kockázattól/mellékhatástól fél?

- Milyen mellékhatástól szenved?
- Fél-e a haláltól?
- Tud-e örülni az mai napnak?
- Meg tudja találni a mai nap „vizet árasztó és füvet fakasztó erejét”?

Kérjük meg, hogy őrizze meg magában ezt a képet, és ha újra jön a félelem/ szorongás/ elkeseredés idézze fel a hintát, a boldog mosolyt és lendüljön át rajta!

2. Ady Endre: Ha holtan találkozunk

Áldj meg, ha itthagysz, áldj akkor is,
Ha rossz voltam.
Nem nézhetünk egymás szemébe
Majd egykor holtan.

Fölpattant, nagy, halott szemeink
Kérdve világítják az éjünk:
Miért nem voltunk jók egymáshoz,
Amikor éltünk?

- Ki a sündisznó a képen?
  pl.: kórházi kezelő orvos, családorvos, nővér, hozzátartozó, barát…
- Milyen a kapcsolata vele?
- Van-e kellemetlen élménye vele?
- Szeretne vele erről beszélni?
- Mit mondana neki, ha itt lenne?
- Hogyan tudná jobbá tenni a kapcsolatukat?

Kérjük meg, hogy őrizze meg magában ezt a képet, és ha újra jön látogatója, mosolyogjon rá! Adjon esélyt, hogy a kapcsolatuk félelem, és szorongás nélküli legyen!

3. Reményik Sándor: Lepke-halál

Aranypiros pillangó száll le
Sötét, örökzöld éjszakába:

Egy idetévedt lombos fának
Tépett, hervadt, beteg-szép álma.
Szakállas vén torony-fenyők
Heverőt feszítnek alája.

E függő-ágyban elpihenhet,
Míg eljő csendes elmúlása.
Aranypiros pillangó száll le
Nagy, feketezöld éjszakába.

- Mit szeret jobban nézni amikor megpihen vagy amikor száll a lepke?
- Ön hol tud a legjobban pihenni?
- Mennyi alvás igénye van, tud-e eleget aludni?
- Szokott-e álmodni?
- Szeretne-e többet egyedül lenni vagy inkább társaságra vágyik?

Kérjük meg, hogy tudatosítsa magában, hogy öröm békeségben figyelni az életet. Amikor ebben elbizonytalanodik, gondoljon erre a képre!

4. Sík Sándor: Belenéztem a Napba (részlet)

Egyszer, egy sugaras, pirosló reggelen,
A virradati Napba két szemmel belenéztem.
És ama reggel óta, örökre megigézten,
Járok fényittasan és a Nap jár velem.

- A sündisznó hátán ott a sok a gyümölcs. Ön mit gyűjtött?
- Most mit cipel most, milyen gondokkal él?
- Honnan veszi az erőt a mosolygáshoz?
- Hova bújik el, ha elfáradt?

Kérjük, jegyezze meg ezt a képet, és ha elbizonytalanodik, nem tudja az aznapi örömöt megtalálni, idézze fel magában ezt a képet! Gondoljon a Napra vagy a sündisznóra!

5. Kosztolányi Dezső: Halotti beszéd (részlet)

Édes barátaim, olyan ez épen,
mint az az ember ottan a mesében.
Az élet egyszer csak őrája gondolt,
mi meg mesélni kezdtünk róla: "Hol volt...",
majd rázuhant a mázsás, szörnyű mennybolt
s mi ezt meséljük róla sírva: "Nem volt..."

Mit szeretne, mit meséljenek önről az angyalok?

- Milyen jó tulajdonságai vannak?
- Mi volt fontos az életében, mit csinált, hol dolgozott?
- Mi fontos most?
- Kivel tett jót, kire vagy mire vigyázott, kiről gondoskodott?
- Mire büszke?

Kérjük meg, hogy őrizze meg magában ezt a képet, és gondolkodjon rajta, mivel egészítené még ki az eddig elmondottakat! Kérjük mondja el a látogatójának, hogy mit szeretne, mit meséljenek önről!

IRODALOM

ALVAREZ MCI, CLEMENTE W, RILLO RJA, NARVAEZ RA. Creative pathways to comfort: the transformative role of art therapy in palliative and hospice care. Int J Palliat Nurs. 2025 Jan 2;31(1):18-28.

CHOCHINOV HM, KRISTJANSON LJ, BREITBART W, MCCLEMENT S, HACK TF, HASSARD T, HARLOS M. Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial. Lancet Oncol. 2011 Aug;12(8):753-62.

COLLETTE N., GÜELL E, FARIÑAS O., PASCUAL A: Art Therapy in a Palliative Care Unit: Symptom Relief and Perceived Helpfulness in Patients and Their Relatives Journal of Pain and Symptom Management 2021, January 61,1:103-111

EPSTEIN AS, MORRISON RS. Palliative oncology: identity, progress, and the path ahead. Ann Oncol. 2012 Apr;23 Suppl 3(Suppl 3):43-8.

HANCOX JA, MCKIERNAN CF, MARTIN AL, TOMAS J, MACARTNEY JI. The emotional effects on professional interpreters of interpreting palliative care conversations for adult patients: A rapid review. Palliat Med. 2023 Jul;37(7):931-946.

HEGEDŰS K, LUKÁCS M: Hospice betegellátás 2023. Kharón Thanatológiai Szemle, 2024; 28 (3): 1-13.

KARINTHY FRIGYES: Utazás a koponyám körül (1937)

KEGYE A, PÁDI E. A csoport-pszichoterápia lehetősége a hospice-palliatív ellátásban. Egy modellprogram eredményei [Opportunities of team psychotherapy in hospice-palliative care. Results of a model program]. Orv Hetil. 2013 Jul 14;154(28):1102-5. Hungarian.

MONDANARO JF, ARMSTRONG B, MCRAE S, MEYERSON E, O'CONNOR T, TSIRIS G. The Arts Therapies in Palliative and End-of-Life Care: Insights from a Cross-Cultural Knowledge Exchange Forum. Behav Sci (Basel). 2025 May 1;15(5):602.

TOLSZTOJ, LEV: Ivan Iljics halála (1886); Fordította: Szőllősy Klára

WILLIAMS JL, DOOLITTLE B. HOLY SIMPLICITY: The Physician's Role in End-of-Life Conversations. Yale J Biol Med. 2022 Sep 30;95(3):399-403.

WOOD J. CICELY SAUNDERS, 'Total Pain' and emotional evidence at the end of life. Med Humanit. 2022 Dec;48(4):411-420.

Dr. Horváth Anna
egyetemi adjunktus
Semmelweis Egyetem, Palliatív Mobil Team
Budapest, Üllői út 26.
horvath.anna.bohus@semmelweis.hu

KÉKY KIRA

A haldoklás dicsérete (könyvrészlet)[1]

Összefoglalás ♦ *A haldoklás dicsérete anyám életének utolsó hat hetéből született. 2022 legelején odaköltöztem a debreceni házába, hogy élete utolsó döntését is komolyan vegyem: otthon halhasson meg. Hat hetünk maradt. Azt hittem, a haldoklását írom meg. Kiderült, hogy az életünket.*

Anyám, Zotova Kira Tyimofeevna, orosz származású volt. 1938-ban született, a második világháborút gyerekként élte át. Az ő nyolcvanhárom éve mellé odatolakodott az én addigi negyvennyolcam is. Háború, éhezés, erőszak és nem szándékos szeretetlenség; egy anya és a lánya közös története; valamint azok a transzgenerációs traumák, amelyekről nem beszéltünk.

Az olvasó joggal kapja fel a fejét a címen. Nem a szenvedést dicsérem, hanem azt a pár hetet, amelyet minden borzalma ellenére végül ajándékként éltem meg – és amelyért hálás vagyok.

A következő oldalakat azon az éjszakán kezdtem írni, amelyről szólnak. Később szerkesztettem őket, de megőriztem a jelen időt és azt a nyers hangot, amelyben megszülettek.

Summary ♦ *In Praise of Dying was born out of the final six weeks of my mother's life. At the very beginning of 2022, I moved into her house in Debrecen to take her final decision seriously: she wanted to die at home. We had six weeks left. I thought I was going to write about her dying. It turned out I was writing about our life.*

My mother, Zotova Kira Timofeevna, was of Russian descent. She was born in 1938 and experienced the Second World War as a child. Alongside her eighty-three years came crowding in my own forty-eight years. War, hunger, violence, and unintended lovelessness; the shared story of a mother and daughter; and the transgenerational traumas we never spoke about. The reader is right to pause at the title. I am not praising suffering, but those few weeks which, despite all their horrors, I ultimately experienced as a gift – and for which I am grateful. I began writing the following pages on the very nights they describe. I edited them later, but preserved the present tense and the raw voice in which they were born.

[1] Megjelenés előtt



Kéky Kira és édesanyja, Sipos Kíra (Zotova Kira Tyimofeevna), utolsó közös szelfijükön. Fotó: családi archívum

Méltósággal meghalni – ugye csak viccelsz? Nincs ebben semmi méltóság!

Anyám haldoklik. Lassabban, mint szeretné. És ez az éjszaka rettenetes.

Reméltem, hogy sosem jön el a pillanat, amikor a saját anyám után kell lecserélnem a hasmenéses és lehányt ágyneműt; amikor nekem kell lefürdetnem őt, kitakarítanom utána a vécét – nemcsak a deszkát, hanem a teljes helyiséget –, és kisikálnom a vért az amputált lábát védő csonkharisnyából. De eljött ez az idő is. Nincs kegyelem. És nincs méltóság sem.

Miféle méltóság marad attól a pillanattól, amikor a haldokló segítségre szorul a legalapvetőbb szükségletei ellátásában? Lehet, és kell is kedvességgel, humorral oldani ezt, de a kegyetlen valóság attól még ugyanaz: az ember kiszolgáltatottá válik, és méltatlan helyzetbe kerül. Méltóan haldokolni csak a filmekben lehet. Ezt annak ellenére sem félek kimondani, hogy a hospice-mozgalmat magánemberként és újságíróként is végtelenül becsülöm.

Három hete, január 9-e óta lakom itt nála, a debreceni házában. Idejöttem, ideköltöztem, hogy teljesülhessen a kívánsága: itthon halhasson meg. Azt remélte – és ki is mondta –, hogy egy hét alatt „elmegy”. Erre készült, erre vágyott. Egy éjjel átaludni a halálba.

De még túl erős a szíve, még dolgozik a teste: ez a napi harmincvalahány gyógyszerrel működtetett, több mint negyven műtéttel toldozott-foldozott rendszer, amely egykor gyönyörű volt, és kitartóan óvta őt háború, éhezés és erőszak idején is.

Óráról órára változik az állapota. Volt olyan reggel, amikor a hajnali vonattal érkeztem meg. Nyolckor már a szobában voltam, de csak fél tizenkettőkor vett észre. Addig ült, és leesett állal aludt. Ránézni is alig mertem, mert az az arc nem az anyámé volt: egy ismeretlen idős nő haldoklott a tolószékben. Élénken él bennem a kép. A szája nyitva volt, a nyála csorgott, alsó ajka kifordult, álla a mellkasára bukott, kezei az ölében hevertek. Délutánra mégis lábra állt. Másnap már nevetett és bolgárul énekelt, miközben az orosz újévre koccintottunk.

Ez a hullámzás azóta is tart. Én pedig napról napra gyötrődöm, mert látom a szenvedését, és nem tudom megszüntetni. Ahhoz nincs jogom, hogy félrefordítsam a fejem, hogy inkább ne lássam. Neki pedig nincs joga ahhoz, hogy méltósággal múljon el.

Most már nem félek kimondani, amit érzek: nem lehet méltósággal elmenni.

Szeretve, családi körben, törődéssel körülvéve lehet meghalni. De méltóságban – na, azt nem.

Az az éjszaka

Muszáj leírnom, mert az agyam már elkezdi tenni a dolgát: törli (vagy legalábbis zárolja) azokat az emlékeket, amelyek túl nagy terhet jelentenek az elmémre a jövőm szempontjából. Most is bekapcsol a „rendszer” – ha most nem írom le, pontosan mi történt, pár hét múlva már csak nagy vonalakban fogom tudni felidézni. Úgyhogy leírom, annak ellenére, hogy ez gyomorforgató lesz. Leírom magamnak, okulásul, hogy lám, képes vagyok még arra is, amiről előtte azt gondoltam, hogy „én aztán ilyet sosem bírnék megtenni”.

Anyámnak már két éve amputálva van az egyik lába. A diagnózis: lágyrész szarkóma – milyen furcsa hangulatú kifejezés: a szó kezdetekor finom, „selymes”, aztán mégis karcos, veszélyes hangzású betegséggé válik.

Aznap este január vége volt, három hete éltem itt. Reggel hétkor elmentem Debrecenből, otthagytam fél napra anyámat. Ő már a saját otthonában is nagyon nehezen közlekedik egyedül. Járókeret vagy kerekesszék nélkül a másik szobáig sem bír elmenni.

Vonatra ültem, orvoshoz volt időpontom. Már előre megvolt a jegyem visszafelé a délutáni vonathoz, hogy estére újra anyámnál legyek.

Csupán tizenkét órára hagytam magára úgy, hogy aznap Kata, a gondozónő is volt nála. Benézett hozzá egy ismerős is.

Anyám ezen a délutánon esett el az étkezőben. Nem tudni, mennyi ideig feküdt a földön, mire sikerült a nyakában lógó telefonjáról hívást indítania a szomszédoknak. Ők jöttek át, emelték fel és vitték vissza az ágyára.

Amikor este hétkor megérkeztem, akkor az ijedtségen, a fájdalmon és a vérző csonkján kívül másra nem panaszkodott. Fáradt volt, kilenc körül lefeküdt aludni. Az esténk a szokásos módon telt el – egészen hajnali fél egyig, amikor arra rohantam be hozzá, hogy lehányta az ágyat, és az addigra már egy hete meglévő székrekedése az ellenkezőjére váltott...

Már tudom, hogy ez volt az az éjszaka, amelynek a történései megváltoztatták a magamról alkotott képet. És ezt nem könnyű elmesélnem.

Villanyt kapcsolok. Megijeszt a hányás színe. Pirosnak látom – már legalábbis abban a fél másodpercben, amíg fel nem fogom, hogy mit látok, és el nem fordítom a fejem. Undorodom a test ilyen jellegű termékeitől, de most nincs lehetőségem segítséget kérni senkitől, hiszen éjfél múlt. Anyám felül az ágyon, és közli, hogy „alul is jött". Ekkor értem meg, honnan a szag, ami azonnal megcsapott.

Állok döbbenten a szobában, a féllábú, ágyon ülő, hányingerrel küzdő anyámmal (aki maga elé kapja a tálat, hogy a maradék ott landoljon), és azon gondolkodom, hogy mit fogok, mit kell csinálnom. Már nyúlok a telefonért, hogy hívjam a mentőket, amikor látom anyámon azt a jellegzetes tekintetet, ami egyszerre tilt és fel is ment a következmények alól. Csak ő tudott így nézni.

– Nem kell orvos, ezerszer mondtam – adja ki az utasítást.

Nem mondom ki hangosan, amit gondolok: reggelig ez így nem maradhat, segítségre viszont nem számíthatok. Nekem most tényleg tisztába kell tennem anyámat? Ha ezt hangosan mondtam volna ki, undor és elutasítás lett volna benne – de nem volt kinek kimondani.

Végül, mivel magam is anya vagyok, meggyőzöm magam, hogy a feladat „csupán" annyi, mint annak idején a saját kisbabám esetében: letisztítani, tiszta ruhába öltöztetni, az ágyneműt kicserélni.

Csupán ennyi. Csakhogy most a hetvenkilós, féllábú, a ráktól és állandó fekvéstől legyengült anyámmal kell mindezt megtennem.

Automatikusan átveszem az irányítást, pedig mindig anyám volt a „kapitány", még most is szigorúan megmondja, hogy mit és milyen sorrendben csináljon körülötte bárki. De most lemond arról, hogy minden az ő akarata szerint legyen. Hiszen én vagyok az, akinek van két ép lába, két erős keze, tiszta feje – ebben a helyzetben én fogom meghatározni a lépéseket.

Papírtörlőért és feláldozható törölközőért megyek először. Anyám amputált lába térd alatt végződik, a másik lábán a bokája kétszer vastagabb a kelleténél. Nekem már ez a látvány is fájdalmas, mindig kértem, hogy ne mutassa meg a csonkot. Leterítek egy kopott törülközőt a kerekesszékre, kármentesítés gyanánt, mert azzal kell majd kitolnom a vécére.

Közben előkészítem a műlábát, mert muszáj magára vennie ahhoz is, hogy képes legyen az ágy széléről átülni a kerekesszékbe. És ez még csak az egyik feladat ezen az éjszakán, amivel meg kell birkóznunk.

Felveszi a pamut csonkvédő harisnyát, aztán a szilikonosat, majd bebújtatja a lábát a protézisbe, és felhúzza az azt rögzítő szoros neoprénszárat. Eközben én igyekszem nem rosszul lenni a véres hányás és a széklet szagától. Próbálok nem rosszul lenni, sőt még racionálisan gondolkodni is, hogy miként lehet megoldani a „problémát”.

A takaróját hátragöngyölítem, hogy odaférjek, és miközben ügyesen, saját erejéből feláll a műlábára, próbálom menteni a menthetőt: megfogni úgy a hálóingét hátul, hogy a híg széklet ne koszoljon össze mindent. Nem sikerül, reménytelen, látom, hogy ez a mennyiség óriási, csorog le a lábszárán. Az ágyra. A parkettára. És a kedvenc, hatalmas, smaragdzöld, fehér bordűrös szőnyegére is.

Ezt a csatát elveszítem: a hófehér bordűrön a barna foltok szinte égetik a szemem – én viszont nem szólok róluk anyámnak, nem akarom elszomorítani. Anyám ugyanis a rossz szeme ellenére is minden koszt, a sötétzöld szőnyegen lévő világos szöszt vagy egy odakerült fecnit is kiszúr. Bántja a szemét – viccelődik, kihasználva a magyar nyelv adottságait.

Végül ügyesen átfordul a kerekesszékhez, hogy bele tudjon ülni. Elindulok vele kifelé, és közben reménykedem, hogy nem hagyunk magunk után „nyomot”. Körülbelül hat méterre van a vécé – míg odáig jutunk, már azon töröm a fejem, hogy miként tovább. Befékezi a kerekesszéket a vécéajtó előtt, mert oda már nem fér be a kocsi, és mielőtt feláll, mondom neki, hogy amint álló helyzetben lesz, le kell ügyeskednünk róla a hálóinget, amiből csöpög a szar.

– Nagyon olyan lett? – kérdezi ekkor még reménykedve.

– Nagyon – válaszolom. – Nincs más lehetőség.

A miniatűr helyen, ő a vécében egyensúlyozva a protézisén, én a szék túloldalán, azon áthajolva szedem le róla a kedvenc zöld hálóingét – ő már mondja is, hogy melyiket hozzam helyette, mert amíg lehetett választani, ő mindig választott két dolog közül.

Anyám tornász volt fiatalként, ennek köszönhetően még most is viszonylag hajlékony. Képes a karját, a fejét úgy forgatni, hogy ne koszoljuk össze felül őt a piszkos hálóinggel. Nem gondoltam volna, hogy képes erre, hiszen alig egy hete el sem tudta fordítani a fejét, és a nyelés is nehezére esett. De akkor orvost hívtam, aki szteroidinjekciót adott a nyakába. A kezelés után anyám visszakapta a mozgását – ez most nagyon jól jön.

A szomszéd helyiségben lévő fürdőszoba kagylójába hajítom a ruhadarabot, és fordulok vissza, mert a bugyit – amelynek minden millimétere mocskos – is le kell szedni. Próbálja egyedül, már a vécédeszkán ülve, de nem megy. Magamtól bukik ki belőlem: segítek. És habozás nélkül megteszem.

Megfogom – kesztyű nem jut eszembe –, a lehető legóvatosabban kihámozom a műlábát megemelve, és mondom, hogy ezt nem tudjuk kimosni.

– Biztos? Ez a kedvenc bugyim! – mondja.

– Mamám, kérlek, ne kelljen megpróbálnom – mondom én.

Sóhajtva jóváhagyja, hogy zacskót hozzak, amibe beletesszük, majd közösen csomót kötünk rá. A zacskót újabb zacskóba teszem, mert tudom, hogy mire végzünk, tele lesz a nagyobbik is.

Tudom, hogy most lesz pár percem, anyám pihen, megpróbálja összeszedni magát. Kihasználom az időt – egy percet sem vesztegethetek holmi kétségbeeséssel –, és lehúzom az ágyneműt. Jól tettem pár napja, hogy a lepedő alá matracvédő huzatot tettem – ez most megmenti az ágyat. Cserepéldányom viszont nincs, így egyszerhasználatos gyerek pelenkázóalátétet teszek fenéktájra, és arra három réteg lepedővel ágyazok meg.

Kihámozom a takaróját a huzatból és mindkét párnájáról a huzatot – viszek mindent a mosdókagylóba, a hálóingre. Szép nagy kupac lesz.

Villámgyorsan huzatokat szedek elő – szerencsére legalább húsz embernek elegendő garnitúra lapul a szekrényekben. Ablakot nyitok.

Anyám meztelenül ül a vécén, és próbálja elérni, hogy minden kijöjjön, ami még benne van. Én pedig már azon töröm a fejem, hogy most hogyan tovább, mert anyám deréktól bokáig „koszos”. Tudom, hogy nincs az a törlőkendőmennyiség, amivel ezt le lehet takarítani róla. Ezen csak a zuhany segíthet – ami viszont nem mozgássérülteknek való. Ez az oka, hogy anyám már körülbelül két éve nem zuhanyzik: nem tud belépni a fülkébe fél lábbal. Protézissel pedig nem lehet zuhanyozni, mert nem vízálló.

Most viszont nem marad más választás. Először felszedem a hatalmas fürdőszobaszőnyeget, hogy az tiszta maradjon. Kiviszem a szennyestartót és minden mást

az útból. Visszazárom az ablakot, mert kint majdnem fagypont van. Törülközőket hozok, a meleg radiátorra teszem őket, kézközelbe.

Aztán beteszem a zuhanyfülkébe a műanyag széket – amikor még volt két lába, azon ülve fürdött. Mire előkészülök, anyám mondja, hogy szerinte már nem jön több – én pedig csak ekkor mondom neki, hogy nincs mese, most zuhanyozni fog.

– Nem tudok! – mondja.

– De tudsz! – mondom én.

Talán a határozottságom, talán a tehetetlensége miatt, de elfogadja a döntésemet.

– Meg fogom oldani, hogy bejuss a zuhanyfülkébe, bízz bennem – mondom olyan határozottan, mintha mindig is ilyen problémákat kellett volna megoldanom az elmúlt években. – Neked csak annyi lesz a dolgod, hogy visszaülj a kerekesszékbe, a többit bízd rám, erős vagyok.

Teszi, amit tud: átügyeskedi magát a tolószékbe, és ekkor újra előveszem a már három hete használt „szöveget”:

– Különjárat indul az évek óta nem látogatott fürdőszobába, kérjük a magánrepülőgép utasát, hogy vigyázzon a megmaradt ép lábára, és semmiképp ne hagyja el a protézisét út közben!

Röhögünk. Igen, ez röhögés, nem holmi nőies kuncogás, a hanggal együtt kieresztjük magunkból a kétségbeesést, a szégyent, a tehetetlenséget. Kifarolok vele, átkormányozom a másik ajtóhoz, begurulunk, és egészen a zuhanyzó széléig tolom, ott kérem, hogy „az utas húzza be a kéziféket”. Befékezi a kocsit, és csak néz rám, hogy most mi lesz.

– A nyitott zuhanyajtónak állj, háttal, és huppanj le, én tartalak téged és közben a széket is, nem fogsz tudni elesni. Mögötted a szék, előtted én, biztonságban leszel.

Elhiszi. Feláll, megfordul, én előtte guggolok, a protézist fordítom be a megfelelő szögbe, hogy utána le tudjon ereszkedni a kis fürdősámlira. Ott guggolok a meztelen, talpig szennyes anyám előtt, belém ég a látvány. Ennek nem lenne illő megtörténnie, csak egy anya pelenkázza a csecsemőjét – más verzió nem létezik – hazudok magamnak.

Ügyesen, erősen kapaszkodva leereszkedik a székre, én pedig elkezdem leszedni róla a protézist – szomorúan látom, hogy az egész menthetetlenül „olyan” lett, tehát azt külön le kell majd takarítanom, mint ahogyan a csonkharisnyát és a neoprén szorítót is. Szinte már közömbösen veszem tudomásul. Inkább arra koncentrálok, hogy az ősrégi bojlerből langyos vizet nyerjek ki, ne tűzforrót és ne hideget. Mindezt úgy, hogy a zuhanyrózsával anyám mögé kell eresztenem a vizet, hogy ne rajta próbálgassam a hőmérsékletet.

Pár másodperc alatt sikerül elviselhető vizet varázsolni, és kérdés nélkül zuhanyoztatni kezdem. Koncentráltan, gyorsan irányítom rá a vizet, sietségemben a szappant már nem is tudom elővenni, mert kiabálni kezd:

– Nagyon fázom!

Normális, átlagos szobahőmérséklet van, vizesen én is mindig azonnal fázom ebben a cúgos fürdőszobában. Talán húsz-harminc másodperc alatt leöblítem. Még alul is le akarom öblíteni, hiszen az ülepén ül, ott nem éri víz, de már vacog.

– Hálóinget, gyorsan! – parancsolja.

Ám én előbb törülközőt adok a kezébe, egy másikkal pedig én törölgetem, ahol érem.

Még vizes a teste, de már húzza is magára a hálóinget. Csak a derekáig engedem, mert lent még nem tiszta. Kérem, álljon fel kapaszkodva, a fél lábán állva, és én az egyik törülközőt használva alul is letakarítom – már nem is emlékszem, hogyan. Igen ám, de most be kellene ülnie a kerekesszékbe – csakhogy egy lábbal (a sajátján, amin áll) nem tud fordulatot tenni.

Gyorsan hozok egy tiszta harisnyát, ráhúzom a csonkra, és azt mondom neki:

– Most belelépsz a protézisedbe, de azt semmi nem fogja rögzíteni rajtad, mert a neoprén szorító már a mosdókagylóban van, totálisan mocskos; ha azt most visszahúzod magadra, akkor te is újra koszos leszel.

– Most én leszek a neoprén szorító, én fogom a térdedet a két kezemmel a protézisbe beleszorítani, amíg megteszed azt a pár apró, forgó lépést, hogy le tudj ülni. Erős vagyok, megtartom a lábad, bízz bennem!

Megteszi.

Megfordulunk így, egy jajszó sem jön ki belőle, pedig sebes, véres a csonkja. A székbe huppan – amiben a törülközőt már tisztára cseréltem. A műlábára nincs szükségünk, így otthagyjuk. Kerekesszékkel repülőgépet játszva, „különjárattal” a nappaliba robogunk. Hiszen mozgássérült, beteg ember helyett egy VIP-utas van a repülőn, aki egy eddig teljesen megközelíthetetlen helyről jön haza. Röhögünk újra. És már hangosan dicsérjük is magunkat, hogy lám, ez is sikerül. Az ágyba kerüléshez újra kell a műláb, leparkolom a kocsit, és szaladok műlábat mosni.

Ismét az én két markom szorítja a térdét a protézishez. Már jó irányban áll az ágy előtt. Most kell felvenni a bugyit. De ami nekünk olyan természetes, az egy féllábú, protézises embernek nagyon bonyolult. Valahogy sikerül felvenni ezt a ruhadarabot is – már nyomom a kezébe az asztmasprayt, hogy használja, mert már hörögve kapkodja a levegőt. Elfogy az ereje. Fullad.

A protézist visszaviszem a fürdőszobába, hogy még egyszer áttöröljem, és amikor lehúzom az alig fél órája még tiszta csonkharisnyát, akkor látom, hogy átitatja a friss, piros vér. Rohanok a szobába ijedten. A délutáni eséskor szerzett, lefekvés előtt már ellátott sebe felszakad, és gyöngyözve folyik belőle a vér. A seb nem nagy, egy centis talán, de mély. Gyorsan törülközőt teszek a földre, hogy a szőnyeg ne legyen véres. Megússzuk – és pár perc múlva már le tudom ragasztani a sebet. Fáslival körbe is tekerem, hogy ha szivárogna, akkor is tiszta maradjon az ágynemű.

Kimerülten nézünk egymásra. Negyedóra múlva jön egy újabb „roham", de ezt már el tudjuk takarítani helyben, törlőkendővel is. Pillanatok alatt elalszik – rám viszont vár a takarítás.

Amikor belépek a vécébe, először fel sem fogom, hogyan leszek képes mindent kitakarítani. MINDENT. A csempével kezdem. Takarítani mindig felülről lefelé kell – így tanultam anyámtól. Egy egész tekercs papírtörlővel és szórófejes takarítószerrel esek neki a már félig odaszáradt masszának. Fásult közönnyel, automata üzemmódban takarítok. Lekapcsol a tudatom, hogy védjen.

A fél flakont elhasználom, a papírtörlő is fogytán van. Még szerencse, hogy eszembe jut: ne próbáljam lehúzni a vécén a koszos papírtörlőt. Most már csak egy dugulás hiányozna ehhez az éjszakához. Szatyorba dobálok mindent. A mosógépet bepakolom, de elindítani nem merem: iszonyúan hangos, ez a Hajdú már negyven éve szolgálja a családunkat.

Elfogadható állapotba kerül minden helyiség (bár másnap még teszek egy kört, és a padló fugáit is kisikálom). Hajnali három is elmúlik, mire végzek – csakhogy képtelen vagyok elaludni. Dolgozik bennem az adrenalin, és folyton neszelek, nem hallok-e valamit anyám felől.

Bűn, ha azt remélem, hogy nem fog felébredni?

Még mindig ugyanaz a hajnal. A két és fél órás küzdelmünk után anyám alszik, de időről időre hallom az asztmás köhögését. Fél ötkor újra hány. Megint vért.

A lavórt eléri, így most nem vár ránk újabb ruha- és ágyneműcsere. A rosszullét után visszahanyatlik az ágyra.

Odamegyek hozzá, megsimogatom.

– Szeretlek, és tudom, hogy te is szeretsz – mondom.

Csak bólintani van ereje. Lehunyja a szemét, és kizár a világából. Mondom neki, hogy itt vagyok, szóljon, ha bármiben segíthetek. Bólint. Kijövök.

Most itt ülök néhány méterre tőle, és írom ezeket a sorokat.

Anyám itthon akar meghalni. Nem hajlandó kórházba menni, és nem fogad el életét meghosszabbító kezelést. Ez az akarata. Ez a végakarata. Már évekkel ezelőtt írásba foglalta, majd két tanú előtt aláírta: ha megáll a szíve, ne élesszék újra, ne tegyék gépre.

Nem tudom, miért foglalkozott ezzel ilyen alaposan már nagyjából hetvenévesen, tíz évvel a férje halála után, amikor még láthatóan jó színben volt. Az életvégi rendelkezését nem akarom utólag a depressziójával magyarázni. Azt viszont ma már látom, hogy a depresszió akkoriban is jelen volt az életében.

Mostanra tisztában vagyok azzal, hogy a depresszió nem mindig sírásban vagy tompaságban jelentkezik. Saját tapasztalatból tudom, milyen jól lehet maszkolni, rejtegetni a külvilág elől.

Aki depresszióval él, kifelé lehet akár mindig mosolygós, harsány és magabiztos is. A gyengeséget nem mutathatjuk meg. A depresszió pedig gyengeségnek számít, tehát bűn, vagy legalábbis titkolni való dolog. Ezt is anyámtól tanultam. Nem engedhetjük, hogy más megtudja.

Utólag, számtalan megnyilvánulására visszagondolva már látom, milyen mélyre került. Ő is tudta, mégsem volt képes elfogadni.

Amikor a férje halála után antidepresszánst írtak fel neki, nagyon hamar kihátrált a terápiából. A teste lehet gyenge, de a lelke és a szelleme nem szorulhat segítségre. A gyógyszert nem segítségként fogadta. Félt tőle és kritikának érezte, mintha az megkérdőjelezné az önmagáról alkotott képének alapját: azt, hogy akaratereje és esze eddig is mindenen átsegítették.

Szörnyű a tehetetlenség. Szörnyű elfogadnom, hogy menni akar, és újra meg újra kimondja: „Már nincs értelme semminek. Nekem így, erre az életre már nincs szükségem."

Nézem, amint alszik. Nézem, ahogyan emelkedik és süllyed a takaró. Sokat mondogattuk mostanában: aki alszik, annak addig semmi sem fáj. Úgyhogy az alvás jóbarát, menedék.

Alszik, és én nem tudom, azért imádkozzam-e magamban, hogy pár óra múlva felébredjen, vagy azért, hogy már soha ne ébredjen fel.

A szerzőről

Kéky Kira újságíró, egészségügyi szakújságíró és televíziós szerkesztő-riporter. Pályája során több ezer online cikket és televíziós anyagot készített. A Magyar Televízió számára dokumentumfilmet forgatott orosz hadifoglyokról, Akik soha nem tértek vissza címmel. Írásaiban és YouTube-csatornáján nyíltan beszél betegségről, kiszolgáltatottságról, családi

traumákról és más, gyakran tabusított tapasztalatokról. A könyv megírása saját sémái felismeréséhez és megváltoztatásához is elvezette. A haldoklás dicsérete című traumaregénye 2024-ben elkészült; megjelenését azóta a szerző maximalizmusa, ADHD-ja és gondosan ápolt önbizalomhiánya késlelteti. Ez az első részlet, amely egy folyóiratban jelenik meg: az önbizalomhiány ezúttal alulmaradt a közlési vággyal szemben – nem kis részben dr. Ureczky Eszter szerkesztő kitartó noszogatásának köszönhetően.

DR. MIKLAI KAMILLA RÓZSA

Beszámoló „Az életvégi döntések gyakorlati, etikai és jogi útvesztői” című konferenciáról (MTA, 2026. augusztus 25.)

Összefoglalás ♦ *Jelen beszámoló az MTA Lendület Értékek és Tudomány Kutatócsoport, valamint az SZTE SZAOK Magatartástudományi Intézet által szervezett, „Az életvégi döntések gyakorlati, etikai és jogi útvesztői” című, 2026.08.25-én a Magyar Tudományos Akadémián megrendezésre került workshop legfontosabb tudományos és gyakorlati következtetéseit foglalja össze. Az életvégi döntések témaköre a modern orvostudomány, a jogtudomány és a bioetika egyik legkomplexebb területe, melynek keretei, fogalmai és gyakorlati megvalósulása a mai napig heves vitákat vált ki. A rendezvény hiánypótló jellegéről tanúskodik, hogy fő fókuszában többek közt olyan kérdések álltak, mint az eutanázia, pallatív ellátás, terminális szedáció, hospice vagy az emberek döntési autonómiája. Az összefoglaló célja, hogy bemutassa a jogtudomány, az orvostudomány, az egészségügyi szakdolgozói szakma, valamint az akadémiai és szakmai közélet képviselői között kibontakozott multidiszciplináris diskurzust, amely megvilágította a hazai szabályozási környezet hiányosságait és a gyakorlati megvalósítás kihívásait. Az érdeklődők a teljes konferenciát a Magyar Tudományos Akadémia YouTube csatornáján nézhetik meg.*

Kulcsszavak: életvégi döntések, eutanázia, palliatív ellátás, betegjogok, orvosi etika, hospice, terminális szedáció, méltóságterápia, élő végrendelet

Report on Conference "End-of-life decisions and their practical, ethical, and legal complexities" (MTA, August 25, 2026)

Summary ♦ *This summary report is based on the conference titled "End-of-life decisions and their practical, ethical, and legal complexities" held on August 25, 2026, at the Hungarian Academy of Sciences (MTA). The topic of end-of-life decisions is one of the most complex areas of modern medicine, law, and bioethics, and its framework, concepts, and practical implementation continue to spark heated debates to this day. The fact that the event addressed such sensitive issues as euthanasia, palliative care, terminal sedation, hospice care, and individuals' decision-making autonomy attests to its role in filling a gap in the field. The purpose of this summary is to present the multidisciplinary discourse that unfolded among representatives of the legal profession, the medical profession, the healthcare workforce, and the academic and professional communities, which shed light on the shortcomings of the domestic regulatory environment and the challenges of practical implementation. Those interested can watch the entire conference on the Hungarian Academy of Sciences' YouTube channel.*

Keywords: end-of-life decisions, euthanasia, palliative care, patient rights, medical ethics, hospice care, terminal sedation, dignity therapy, living will

Köszöntő

A rendezvény Dr. Tari Gergely köszöntő beszédével vette kezdetét, ezt követte a Karsai Dániel Alapítvány kuratóriumi elnökasszonya, Dr. Frank Evelyn ügyvédnő megnyitó beszéde, melyben elsősorban kiemelte, hogy Karsai Dániel küzdelme az életvégi döntésekhez való jogért alapjaiban és visszafordíthatatlanul formálta át a magyar társadalom gondolkodását, így lehetővé téve többek közt ezt a konferenciát, melynek legfőbb feladatát a fogalmak, illetve az egyéni-orvosi-jogi felelősség és az állami kötelezettségek tisztázásában jelölte ki. Legfontosabb jövőbeli célként az emberközpontú megközelítést tűzte ki; a különböző emberi sorsok (betegek, családtagok) és a szakmai álláspontok (orvosok, jogászok, egyéb szakemberek) kölcsönös megértését, valamint a méltó és embert szolgáló döntések elősegítését. Ennek elengedhetetlen eszköze a nyílt és őszinte társadalmi, illetve szakmai párbeszéd.

Mi az eutanázia? Az életvégi döntésekkel kapcsolatos fogalmak útvesztőjében – Dr. Barcsi Tamás és Dr. Tari Gergely előadása

Az I. szekció nyitó előadásában Dr. Barcsi Tamás, a Pécsi Tudományegyetem tanszékvezető egyetemi docense és a MTA Lendület Értékek és Tudomány Kutatócsoport tudományos munkatársa, illetve Dr. Tari Gergely, a Szegedi Tudományegyetem egyetemi adjunktusa és a Kutatócsoport tudományos munkatársa az életvégi döntésekkel kapcsolatos fogalmak, különösen az eutanázia fogalmának tisztázására vállalkoztak. Kiemelték, hogy az eutanázia fogalma a magyar szakirodalomban, etikában, egészségügyi gyakorlatban és jogban sem egységes, ezért a kérdésről folytatott érdemi szakmai párbeszéd alapvető feltétele a fogalmak pontos meghatározása. Az előadók áttekintették az eutanázia hagyományos kategóriáit, így az aktív és passzív, valamint az önkéntes, nem önkéntes és kényszer jellegű formákat, ugyanakkor hangsúlyozták, hogy ezek a kategóriák több szempontból is vitathatók. Különösen problematikus a passzív eutanázia fogalma, hiszen az életfenntartó kezelés meg nem kezdése vagy visszavonása önmagában nem jelenti azt, hogy az orvos idézi elő a beteg halálát.

Az előadás kitért a magyar jogi szabályozásra is, amely jelenleg lehetővé teszi az életfenntartó vagy életmentő kezelések visszautasítását, illetve az előzetes egészségügyi nyilatkozat megtételét. Az Alkotmánybíróság 22/2003. (IV. 29.) határozata az emberi élethez és méltósághoz való jogból vezette le az önrendelkezési jogot, és különbséget tett az önkéntes aktív és passzív eutanázia között. A határozat szerint az aktív eutanázia az önrendelkezési jog olyan területe, melyet az állam az intézményvédelmi kötelezettségére hivatkozva nemcsak korlátozhat, de el is vonhat, mivel nem biztosítható megfelelően a beteg döntésének befolyásmentessége. Az előadók álláspontja szerint az eutanázia fogalmának lényegi eleme a beteg önrendelkezésén alapuló, kifejezetten a halál előidézésére irányuló szándék, ezért a nem önkéntes beavatkozások és a kezelés visszautasítása nem sorolhatók ide.

Az előadás végén a szerzők egy morális alapokon nyugvó munkadefiníciót is megfogalmaztak, amely szerint eutanáziáról olyan gyógyíthatatlan, súlyos szenvedéseket átélő beteg esetében beszélhetünk, aki megfelelő tájékoztatást követően, többször és átgondoltan megerősíti halál iránti kérelmét, a beavatkozás pedig kifejezetten az ő érdekében, a halál előidézésére irányuló egyértelmű szándékkal történik. Ez a szándéketikai keret kizárja a passzív eutanázia kategóriáját, és egyértelműen elhatárolja az eutanáziát a kezelés önkéntes visszautasításától, a szakmailag indokolatlan vagy hatástalan kezelés elhagyásától, a forráshiányból eredő kezeléselmaradástól, valamint a palliatív ellátás előre látható, de nem szándékolt következményeként bekövetkező haláltól.

A jogi és klinikai megközelítések találkozásai az életvégi döntésekben – Dr. Busa Csilla előadása

Dr. Busa Csilla, a Pécsi Tudományegyetem Hospice-Palliatív Tanszékének tudományos főmunkatársa előadásában az életvégi döntések jogi és klinikai megközelítésének kapcsolatát vizsgálta. Kiemelte, hogy a jog és a klinikai gyakorlat eltérő fogalomrendszere és szemlélete gyakran bizonytalanságot okoz az egészségügyi szakemberek számára, ezért különösen fontos a két szemlélet közelítése. Az életvégi döntések körébe azok a kezeléssel kapcsolatos döntések tartoznak, amelyek súlyos, életkilátásokat korlátozó betegségben szenvedő, életük végéhez közeledő betegek ellátását érintik. Ebben a körben felmerülhet az életmentő vagy életfenntartó kezelés visszautasítása, a palliatív szedáció, az orvos által asszisztált öngyilkosság vagy az eutanázia, ugyanakkor az életvégi döntések jelentős részét maga az orvos hozza meg, amikor szakmailag nem indokolt, hasztalan vagy hiábavaló kezelések megkezdésének mellőzéséről, korlátozásáról vagy visszavonásáról dönt.

Az előadás egyik központi kérdése az orvos és a beteg döntési jogkörének elhatárolása volt. Az orvos szakmai kompetenciája a terápiás módszer megválasztása, illetve a szakmailag nem indokolt kezelés megtagadása. A beteg részt vesz a kezelési döntésben, a cselekvőképes beteg pedig visszautasíthat kezeléseket, vagyis szubjektív szempontok – mint élethelyzete, értékrendje, világnézeti vagy vallási meggyőződése – alapján dönthet arról, hogy vállalja-e egy adott kezelés terheit. Így az orvos a szakmai szempontok alapján kijelöli a lehetséges kezelések körét, ezen belül viszont a beteg döntési szabadsága érvényesül.

Külön figyelmet érdemel a cselekvőképesség és a döntési képesség kérdése, mivel a két fogalom nem használható teljesen azonos értelemben, ugyanakkor mindkettő alapját a belátási képesség képezi, ami azt jelenti, hogy egy egyén képes a cselekedetei következményeinek a felismerésére. Egészségügyi kontextusban alapesetben azt mondhatjuk, hogy aki cselekvőképes, vagyis nem cselekvőképtelen, az döntésképesnek tekinthető.

Busa Csilla részletesen kitért az életmentő és életfenntartó kezelések visszautasításának jogi feltételeire is. A súlyos és gyógyíthatatlan, megfelelő kezelés mellett is rövid időn belül halálhoz vezető betegség esetén van lehetőség a kezelés visszautasítására. A „rövid időn belül” kritérium jogszabályban nem pontosított, a klinikai gyakorlat számára bizonytalanságot okoz, ennek tisztázásában a szakmai irányelveknek fontos szerepük lenne. A beteg az ellátás során, illetve előzetes egészségügyi rendelkezés formájában is meghatározhatja, hogy későbbi döntésképtelen állapotában milyen kezeléseket kíván vagy nem kíván igénybe venni. A

köznyelvben elterjedt „élő végrendelet” kifejezés helyett pontosabb lehet a „cselekvőképtelenség esetére vonatkozó előzetes egészségügyi rendelkezés” használata.

Az előadás másik fontos témaköre a palliatív szedáció, az orvos által asszisztált öngyilkosság és az eutanázia fogalmi elhatárolása volt. A palliatív szedáció a beteg tudati szintjének szándékos és arányos csökkentését jelenti gyógyszerek alkalmazásával, a refrakter (csillapíthatatlan) szenvedés csökkentése érdekében, míg az orvos által asszisztált öngyilkosság esetében az orvos a beteg önkéntes és kompetens kérésére szándékosan segít a végrehajtásban; biztosítja azokat a gyógyszereket, amelyeket a beteg maga alkalmaz a halála előidézése céljából. Az eutanázia ezzel szemben kívánságra végrehajtott ölés; a beteg önkéntes és kompetens kérésére, az orvos által gyógyszerek alkalmazásával szándékosan végrehajtott halálba segítés. Ennek a meghatározásnak központi eleme a szándék: az eutanázia célja a beteg halálának szándékos előidézése, következésképp kizárólag aktív cselekvés lehet. Ez kizárja többek közt az orvosszakmai döntésnek minősülő, szakmailag nem indokolt kezelések mellőzését, visszavonását, korlátozását; a betegjognak minősülő életmentő vagy életfenntartó kezelés visszautasítását; az úgynevezett „indirekt” eutanáziát, ahol a szenvedés enyhítésére alkalmazott gyógyszeradag növelés előrelátható, de nem szándékolt következménye lehet a beteg halálának siettetése (bioetikában a kettős hatás elve), illetve a palliatív szedációt, mivel annak célja a szenvedés enyhítése, a halál pedig természetes, nem a kezelés szándékolt következménye.

A kritikus állapotú betegek életvégi döntési folyamatának nehézségeiről – Dr. Zubek László előadása

Dr. Zubek László, a Semmelweis Egyetem Intenzív Terápiás Klinikájának általános igazgatóhelyettese az életvégi döntések egészségügyi gyakorlatban megjelenő problémás kérdéseit vizsgálta, különös tekintettel a kezeléskorlátozásra és az intenzív ellátás kihívásaira. Magyarországon az uniós országokhoz képest kiemelkedően magas a kórházban bekövetkező halálozások aránya, miközben az akut és intenzív ellátórendszer sok esetben nincs megfelelően felkészülve az életvégi döntések kezelésére. Az intenzív terápiás lehetőségek fejlődésével egyre több esetben hosszabbítható meg a beteg élete, viszont ez önmagában nem tükrözi a kezelés célját és sikerességét, mivel az életnek nemcsak az időtartama, hanem minősége is meghatározó. Az intenzív osztályokon nem eutanáziaként, hanem kezeléskorlátozásként kategorizálják a kritikus állapotú, később elhunyt betegek kezelésének meg nem kezdését, visszavonását, illetve a haldokolásuk megrövidítését. Az „End-of-life practice score” pontrendszer arra lett kidolgozva, hogy vizsgálja az intenzív osztályokon az életvégi

döntéshozatalt, amelynek fontos alkotó elemei többek közt a rendszeres családi megbeszélések, a napi tanácskozás a megfelelő ellátási szintről – a beteg esetleg túlkezelt, alulkezelt vagy megfelelően kezelt –, a nyitottabb intenzív osztályos működés, palliatív ellátási és etikai konzultációk, valamint az írásos szakmai irányelvek, protokollok és jogszabályok. Magyarországon ezek a döntési és támogatási keretek jórészt hiányoznak, ami növeli az egészségügyi dolgozók elleni támadások veszélyét, illetve a szakmai és jogi bizonytalanságot.

Dr. Zubek külön kitért az esendőség (frailty) jelentőségére is, amely az intenzív osztályos betegek túlélési esélyeinek egyik fontos prognosztikai tényezője. A Hungarian Frailty Study (HUF) eredményei alapján a súlyosabb esendőség szoros összefüggést mutat a kedvezőtlen túlélési eredményekkel, ami ismét felveti a szakmailag indokolatlan, úgynevezett hasztalan kezelések kérdését. Ez a kettősség az életvégi döntések egyik lényeges alapelve: a beteg autonómiájának tiszteletben tartása mellett a kezelések szakmai indokoltságát is folyamatosan vizsgálni kell. Ennek támogatására többek között a nemzetközi gyakorlatban alkalmazott POLST-típusú dokumentáció, a társadalmi párbeszéd, valamint a szélesebb körű tájékoztatás, a palliatív konzultáció szabályozása, a jogi-etikai-orvosi szabályozó keret megteremtése, illetve a szakmai irányelvek frissítése.

Öngyilkosságban közreműködés – az életvégi döntések tipológiája büntetőjogi szempontból – Dr. Filó Mihály előadása

A szekció utolsó előadója, Dr. Filó Mihály, az ELTE Jogtudományi Karának egyetemi docense előadásában az életvégi döntések büntetőjogi megítélését vizsgálta, különös tekintettel a bioetikai és büntetőjogi fogalmak eltérésére, valamint az öngyilkosságban való közreműködés európai szabályozási modelljeire. Az előadás alapját képező tanulmány a Kharón Thanaológiai Szemlében olvasható.[1] Előadásában Filó Mihály kiemelte, hogy az öngyilkosság önmagában nem büntetendő, ugyanakkor a más személy általi közreműködés büntetőjogi megítélése országonként eltérő. A Karsai-ügy is jelzi, hogy e területen a tagállamoknak jelentős mérlegelési mozgástere van. Az utóbbi években egy eltolódás volt megfigyelhető a teljes tiltást kimondó modellektől, a viszonylagos megengedést jelző modellek irányába. Az előadás végkövetkeztetése szerint az európai térben szigorúnak számító magyar szabályozás esetleges liberalizálásakor komparatív szempontokat is figyelembe kell venni az öngyilkossághoz kapcsolódó orvosi magatartások büntetőjogi megítélésének újragondolásakor.

[1] https://kharon.hu/lapszam/XXX_2026-2

Hol a méltóság mostanában? – Dr. Hegedűs Katalin előadása

A II. szekciót Dr. Hegedűs Katalin, a Méltóságért Alapítvány kuratóriumának elnöke nyitotta meg, aki előadásában az emberséges bánásmódot, a beteg emberi méltóságának megőrzését és az orvos-beteg kommunikáció jelentőségét hangsúlyozta. Kiemelte, hogy a hospice-ellátás és a kapcsolódó szakmai eredmények ellenére a szemléletváltozás továbbra is lassú, amit a betegpanaszok magas száma jelez; különösen az emberi méltóság sérelmével és a nem megfelelő kommunikációval kapcsolatos panaszok.

Az előadás központi gondolata Harvey Max Chochinov munkásságához kapcsolódott, amely szerint a méltóság elvesztésének érzése erős indikátora a halálvágynak; így az egyik leggyakrabban említett ok az eutanáziát vagy asszisztált öngyilkosságot kérelmezők körében. Ezért a haldokló betegek ellátásában kiemelt jelentősége van annak, hogy a beteg ne tehernek, hanem továbbra is értékes, önálló és tiszteletre méltó embernek érezze magát. Ennek támogatására szolgál többek között az úgynevezett „méltóság kérdés” és a Chochinov által kidolgozott méltóságterápia, amely kommunikációs eszközök a beteg számára lehetőséget adnak arra, hogy életét összefoglalja és annak értelmet adjon. Mindez az élet lezárásához fontos erőforrássá válhat, a hozzátartozók számára segítheti a gyászfeldolgozást és kapcsolódási lehetőséget teremthet a beteghez, a beszélgetést vezető szakember számára pedig érzékenyítő szerepet tölt be, hiszen fejleszti az empátiát, a kommunikációt és az önreflexiót. A méltóság megőrzése nem feltétlenül igényel nagy beavatkozásokat: a figyelmes meghallgatás, a megfelelő kommunikáció és az emberhez való odafordulás a mindennapi betegellátásban is jelentős változást eredményezhet.

Terminális szedáció – meghatározások és kihívások – Dr. Kőmüves Sándor előadása

Dr. Kőmüves Sándor, a Debreceni Orvostudományi Kar adjunktusa és a Kutatócsoport munkatársa előadásával egy pillanatképet kívánt mutatni a terminális szedáció körül zajló nemzetközi vitáról és a palliatív terápiás szemléletmód értelmezéséről, mindezt filozófiai szemléletmódban. Az előadás alapját képző cikk „Egzisztenciális szenvedés és palliatív szedáció” címmel a Kharón Thanatológiai Szemlében olvasható[2].

A szedáció fogalma önmagában nem azonos a terminális, illetve palliatív szedációval, utóbbiak meghatározásához ugyanis további normatív kritériumok kapcsolódnak. Ezek közül az egyik legfontosabb a gyógyszerhatás jellege, vagyis a szedáció a gyógyszer kívánt

[2] https://kharon.hu/lapszam/XXX_2026-1/tanulmany

farmakológiai hatása legyen; további lényeges szempont a refrakteritás, amely szerint a szedáció végső lehetőségként jelenik meg, miután a rendelkezésre álló egyéb kezelési lehetőségek eredménytelennek bizonyultak. Ide kapcsolódik az arányosság követelménye is, ami egyrészt a szedáció mélységére, másrészt annak időtartamára vonatkozik; a beavatkozás ne legyen mélyebb, illetve hosszabb annál, mint ami a szenvedés vagy a kezelendő tünet megfelelő enyhítéséhez szükséges. További vitatott kérdés a beteg várható élettartama, a mesterséges táplálás és hidratálás megítélése, valamint a szándék: egyes megközelítések szerint kizárólag a szenvedés enyhítése lehet a cél, míg más értelmezések elfogadják, hogy a halál esetleges meggyorsítása előre látható, de nem szándékolt következményként megjelenjen.

Az előadás a különböző definíciókat egyfajta spektrumként mutatta be. Ennek egyik végén a palliatív ellátás filozófiájára épülő megközelítések – például az EAPC (European Association for Palliative Care) definíciója – állnak, amelyek a szedációt kizárólag a refrakter szenvedés arányos enyhítésének eszközeként értelmezik. A spektrum másik végén azok a megközelítések találhatók, amelyek a terminális szedációt, a légzésdepresszióval, valamint a mesterséges táplálás és hidratálás megvonásával kombinálva egyfajta „lassú eutanáziaként” értelmezik. A különbség ebben az esetben nem elsősorban a szándékban, hanem a halál siettetése következtében beállt halálozás gyorsaságában áll.

A normatív kritériumokkal kapcsolatban kiemelt problémaként jelent meg az egzisztenciális szenvedés szedációs indikációként való értékelése és terápiája. Bár az EAPC újabb keretrendszerében ez már megjelenik, továbbra sincs olyan egységes munkadefiníció az egzisztenciális szenvedés meghatározására, amely alapján annak fennállása a klinikai gyakorlatban azonosítható lenne.

Az előadás központi következtetése szerint a terminális szedáció szabályozásának alapja nem pusztán egy megfelelő definíció megalkotása, hanem annak előzetes meghatározása, hogy milyen normatív és etikai kritériumok szerint kívánjuk értékelni a gyakorlatot. A hagyományos, szigorú kritériumrendszer mellett egyre inkább megjelenik egy liberálisabb megközelítés igénye is, amely nagyobb szerepet biztosítana a beteg preferenciáinak és autonómiájának. Magyarországon a szedáció gyakorlata és szabályozása jelenleg nem tekinthető kellően tisztázottnak, ezért fontos cél a tipikus életvégi helyzetek, tipikus esetek szakirodalmi bemutatása és elemzése. Az előadás során Kőmüves Sándor e problémakör interdiszciplináris feldolgozásához kapcsolódva mutatta be „Bevezetés az életvégi döntésekbe” című monográfiáját is, amely interdiszciplináris megközelítésben vizsgálja, hogy az egyes normatív célkitűzések miként működhetnek a gyakorlatban, külön fejezetet szentelve a magyarországi helyzet értékelésének.

Tévhitek és valóság: A palliatív szedáció helye a méltó életvégi ellátásban – Dr. Stánicz Gábor előadása

Dr. Stánicz Gábor, a Petz Aladár Egyetemi Oktató Kórház adjunktusa, általános orvosigazgató-helyettes és a Széchenyi István Egyetem PhD-hallgatója előadásában gyakorló orvosként szerzett tapasztalatai alapján a palliatív szedáció definiálásának és gyakorlati alkalmazásának kérdéseit vizsgálta. Előadása alapját képző tanulmánya „A refrakter szenvedés kezelése: a palliatív szedáció keretei és hozzáférhetősége” címmel a Kharón Thanatológiai Szemlében olvasható[3]. A bevezetésben kiemelte az EAPC meghatározásának három kulcselemét: a refrakter szenvedést, az arányosságot és a várható élettartamot. A refrakter szenvedés nemcsak testi, hanem pszichés vagy egzisztenciális eredetű is lehet. A beteg képes a szenvedés elviselhetetlenségének megítélésére a saját énképe szerint, míg annak meghatározása, hogy az adott állapot más módon kezelhető-e, az ellátószemélyzet feladata; a kettő összevetéséből születik meg a döntés.

Az arányosság elve szerint a szedációhoz a legalacsonyabb szükséges dózist kell alkalmazni, amely az adott beteg számára elfogadható tüneti kontrollt biztosítja, a beteg kontaktusképességének lehető leghosszabb idejű megtartásával. Vagyis a palliatív szedáció nem szükségszerűen folyamatos és mély szedáció, hanem lehet intermittáló (váltakozó) is, amely a beavatkozás kezdeti szakaszában sok esetben előnyösebb. Amennyiben a szenvedés valóban refrakter, a szedáció a tünetekhez igazodik és arányos, a folyadékpótlásról, a táplálásról, a fájdalomcsillapításról és más terápiás részletekről pedig egy független, külön döntés születik.

A döntési autonómia megőrzésében és tiszteletben tartásában az előzetes tervezésnek kiemelt szerepe van. Ez nem mindig valósulhat meg, hiszen olyan akut, sürgősségi helyzetek is kialakulhatnak, amelyekben a gyors döntéshozatal elengedhetetlen a szenvedés enyhítése érdekében, azonban az ilyen döntést is átláthatóan, megfelelően dokumentálva kell meghozni. Stánicz Gábor szerint fontos a palliatív szedációval kapcsolatos tévhitek eloszlatása is: a palliatív szedáció nem tekinthető az eutanázia rejtett formájának, a cél, eszköz és kimenetel is eltérő. Megítélésénél ugyanazokat az alapvető szempontokat kell figyelembe venni, mint más orvosi beavatkozások esetében: meg kell határozni a reális terápiás célt és az orvosi indikációt, biztosítani kell a tájékozott beleegyezést, majd a beavatkozást megfelelő szakmai és technikai feltételek mellett kell végrehajtani. Következésképp a palliatív szedáció végső, ultima ratio

[3] https://kharon.hu/lapszam/XXX_2026-1

jellegű, amennyiben a szenvedés más módon nem enyhíthető, az eljárásnak pedig nincs elfogadható, kivitelezhető alternatívája.

Végül az előadás a palliatív szedációhoz való tényleges hozzáférés problémájára is rámutatott. A beteg szenvedésének csillapításához fűződő joga csak akkor érvényesülhet, ha az eljárás megfelelő személyi, tárgyi, szakmai és finanszírozási feltételek mellett valóban elérhető. Magyarországon ugyanakkor továbbra is hiányosságok tapasztalhatók az erőforrások biztosítása, valamint a szakmai kompetenciák és felelősségi körök egyértelmű meghatározása terén.

Az Etikai Kódex szerepe, jelentősége az életvégi döntésekben – Dr. Böszörményi-Nagy Géza előadása

A harmadik szekció első előadója, Dr. Böszörményi-Nagy Géza, a Magyar Orvosi Kamara alelnöke előadásában arra kereste a választ, hogy az etikai értékrend ismerete hogyan tud hozzájárulni a döntéshozatalhoz, amikor az orvosok az életvégi döntések elé kerülnek. Előadásában felidézte, hogy a Magyar Orvosi Kamara 1997-es missziós nyilatkozata az etikai küldetés alapjaként a függetlenséget, az erkölcsi érdekvédelmet, a hivatás tisztaságának őrzését és az orvoskar tekintélyének védelmét határozta meg. Ugyanakkor az etikai eljárások hosszú időn keresztül kevéssé voltak átláthatók a szakma és a nyilvánosság számára, ami hozzájárult ahhoz a társadalmi vélekedéshez, mely szerint az orvosok etikai ügyekben összezárnak, egymást védik, az ügyeket eltussolják. Ennek ellensúlyozására 2023-ban döntés született arról, hogy az etikai eljárások adatai, tanulsága és üzenetei anonimizált formában nyilvánosságra hozhatók. Röviddel ezután a jogszabályi változás elvonta a Kamarától az etikai rendelkezések jogát, és a kötelező kamarai tagságot megszüntette.

A Magyar Orvosi Kamara Etikai Kódexe 2012. január 1-jén lépett hatályba, és hosszú időn keresztül az etikai eljárások elsődleges normatív alapját jelentette. A kódex tartalmazza az elvárt magatartások, normák gyűjteményét, illetve az íratlan törvényeket és az ajánlásokat is. A kódex a kamara etikai testületeinek egyfajta belső igazságszolgáltatási alapdokumentuma, ezért nagyon fontos a felhasználóbarát megfogalmazás, hogy az etikai bizottságok az egyes eseteket megfelelően azonosítani tudják a kódexben meghatározott normákkal. Az orvosi etika alapvető értékei között kiemelt helyen szerepel az emberi élet és méltóság tisztelete, amely az életvégi döntések esetében különösen összetett etikai mérlegelést igényel.

Az Etikai Kódex több kirívóan súlyos etikai vétséget is nevesít, köztük a kínzást, a kegyetlen, embertelen, megalázó bánásmódot, az öngyilkosságban való segítségnyújtást, az aktív eutanáziát, az élet szándékos kioltását és a hálapénz kikényszerítését.

Az Etikai Kódex egyértelmű különbséget tesz az eutanázia és a terminális palliatív medicina között, illetve rögzíti, hogy a palliatív ellátás a beteg vagy a törvényes képviselő beleegyezése mellett alkalmazható. Ugyancsak rögzíti, hogy nem minősül eutanáziának, ha a beteg a megfelelő tájékoztatást követően, a jogszabályokban meghatározott feltételek fennállása mellett visszautasítja az életfenntartó kezelést és ennek következtében a halál a betegség természetes lefolyása szerint következik be.

Az előadás fő következtetése szerint az alapvető normatív keret megvan, viszont a konkrét gyakorlati segítség és a részletes iránymutatás hiányzik. Ez azért is fontos, mivel az etikai döntéshozatalt nem kizárólag az etikai kódex, hanem az orvosi etika alapelveinek ismerete, a jogi és szakmai szabályozás, valamint az egyes orvosok személyes és kulturális háttere, a személyes morálja is befolyásolja.

Összefoglalva: az etikai értékrend és az etikai kódex passzív ismerete szükséges, de nem elégséges feltétele az etikus orvoslásnak, hiszen az szakmai kötelezettség. A gyakorlatban a passzív együttműködés mellett aktív erkölcsi érvelésre és empatikus szakmai tevékenységre is szükség van, illetve a továbbképzésben is nagyobb hangsúlyt kellene kapnia az etikai oktatásnak.

Ki dönt az élet végén? Az életvégi döntések határai és lehetőségei – Dulibán Lászlóné előadása

Dulibán Lászlóné, a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara munkatársa előadásában több évtizedes hospice-gyakorlatára és tapasztalatára támaszkodva mutatta be az életvégi döntések szerepét. Az előadás központi kérdése, hogy ki dönt az élet végén. A beteg, a hozzátartozó, az orvos, vagy végső soron a jog határozza meg, hogyan döntünk? A beteg megfelelő tájékoztatásának fontossága abban áll, hogy a beteg részt vehessen a saját életét érintő döntésekben, ezzel kapcsolatban érzelmileg elkötelezett lehessen és felelősséget tudjon vállalni a betegséggel kapcsolatos események során. Egyszóval megőrizheti méltóságát, szuverenitását, egyéniségét. A döntésképes beteg megfelelő tájékoztatás birtokában dönthet arról, hogy mely beavatkozásokba egyezik bele, illetve a jogszabályokban meghatározott feltételek mellett bizonyos ellátásokat vissza is utasíthat. Az orvos szerepe ugyanakkor nem merül ki a beteg vagy a család kívánságainak végrehajtásában: szakmai, etikai és jogi felelősséggel tartozik. A hozzátartozók szintén fontos szereplői a folyamatnak; félelmeik, reményeik és kívánságaik nem feltétlenül esnek egybe a beteg akaratával.

Az önrendelkezéshez nem elegendő önmagában az, hogy a betegnek joga van dönteni. A döntési jog gyakorlásának feltétele az is, hogy a beteg képes legyen feldolgozni mindazt, amiről

döntenie kell. A betegközpontú ellátás így nem csupán az információ átadását jelenti, hanem az érzelmi megterhelés kezelését, a döntési folyamat támogatását és a biztonságot nyújtó kezelési terv kialakítását is. Az egészségügyi szakemberek feladata annak biztosítása, hogy a beteg minden szükséges információt, megfelelő időt és megfelelő szakmai segítséget megkapjon ahhoz, hogy valóban saját értékei mentén dönthessen.

Életvégi döntések közjegyzői eljárásokban Magyarországon – Dr. Tóth Gábor Márton előadása

Dr. Tóth Gábor Márton közjegyző a szekció utolsó előadásában az életvégi döntések egy sajátos, a konferencia korábbi előadásaihoz képest eltérő aspektusát mutatta be. Kiemelte, hogy az életvégi döntések meghozatalához számos olyan jognyilatkozat kapcsolódik, amelyek megtételében a közjegyzőnek is szerepe van. Ezek között megkülönböztethetők az akut, vagyis rövid időn belül felhasználható nyilatkozatok, például az egészségügyi ellátás visszautasítása, a beleegyezés és a visszautasítás jogának gyakorlására kijelölés és kizárás, meghatalmazás.Másrészt léteznek a preventív, vagyis jogmegóvó jellegű, jövőbeli helyzetekre szóló rendelkezések, így az élő végrendelet (living will), más néven speciális előzetes jognyilatkozat, a gyámnevezés, az embrióadományozás vagy letét, illetve a szerv vagyszövet eltávolítása halottból. Fontos megjegyezni, hogy az Egészségügyi Törvényben szabályozott speciális előzetes jognyilatkozatot nem szabad összekeverni a Polgári Törvénykönyv szerinti általános jellegű előzetes jognyilatkozattal, amely elsősorban arra az esetre szolgál, ha az érintett személy a jövőben elveszítené cselekvőképességét, illetve gondnokság alá kerülne.

Az életvégi jognyilatkozatok fontos, már tárgyalt kérdése a cselekvőképesség és a döntési képesség megítélése. Ezzel kapcsolatban az állapotcselekvőképtelenség megállapítása problémás, mivel sokszor csak utólag, egy esetleges jogvita során kell megállapítani, hogy a jognyilatkozat megtételekor fennállt-e olyan állapot, amely kizárta az érintett személy döntési képességét.

Az Alkotmánybíróság 24/2014. határozata nyomán megszűnt az a korábbi követelmény, amely a speciális előzetes jognyilatkozat érvényességét időben korlátozta, illetve pszichiáter szakorvosi szakvéleményhez kötötte. Ez azért is jelentős, mivel a cselekvőképesség fennállásának jogi megállapítása alapvetően bírósági hatáskör, míg az orvos kompetenciája a személy mentális állapotának, belátási képességének szakmai megítélésére. Ma már csak annyi áll a törvényben, hogy a nyilatkozatot a beteg bármikor, cselekvőképességére és alaki kötöttségre tekintet nélkül visszavonhatja.

Az Alkotmánybíróság többségi határozatában arra az álláspontra jutott, hogy a közjegyzői eljárás alkalmas arra, hogy a beteg belátási képességét felmérje és a döntéseinek következményeit is átláthassa. Az előadó szerint - habár a közjegyző megfelelően fel tudja mérni a jogi szempontból releváns körülményeket, például a cselekvőképességet, a gondnokság fennállását, valamint jognyilatkozatottételi képességet -, mindazonáltal az orvosi következményekről való tájékoztatás már nem tartozik a jogász szakember kompetenciájába. A közjegyző nem tudja szakmailag megmagyarázni, hogy valamely kezelés visszautasítása milyen fájdalommal, tünetekkel, időtartammal vagy egyéb egészségügyi következményekkel járhat. A gyakorlatban további problémát jelenthet az adatvédelem kérdése: ha a közjegyzőnek olyan beteggel kell jognyilatkozatot felvennie, aki egészségi állapota miatt nem tudja elhagyni a kórtermet, így biztosítani kell az adatok bizalmas kezelésének feltételeit és a személyiségi jogai védelmét.

Az önmagában nem elegendő, hogy egy személy jogszerűen és megfelelő formában előzetes rendelkezést tett: annak a megfelelő időben el is kell jutnia ahhoz az egészségügyi szolgáltatóhoz. Ezért olyan, az egészségügyi informatikai rendszerhez integrált regiszterre, vagyis nyilvántartásra lenne szükség, amely a nyilatkozatok hozzáférhetőségét biztosítja. Hiszen egy regiszterhez nem kötött jognyilatkozat sorsát az dönti el, aki először megtalálja a fiókban.

Záró gondolatok

Az egyes szekciók kérdéseit és válaszait, valamint a keretasztal-beszélgetéseket az összefoglaló a terjedelmi kötöttségre tekintettel nem tartalmazza, az érdeklődők a fent említett YouTube-csatornán tudják azt elérni. Meglehetősen nehéz feladat ennyi különböző diszciplínából származó gondolatot, megállapítást és definíciót egy fonalra felfűzni és összefoglalni azok eredményét. Annyi bizonyos, hogy az életvégi döntések kérdése nem szűkíthető le az eutanázia jogi megítélésére, mivel érinti a beteg önrendelkezését, emberi méltóságát, szakmai felelősséget, etikai megfontolásokat és mindezek gyakorlati megvalósulását. Azért a jogi szabályozás nem elég, szükség van a megfelelő oktatásra, az ellátórendszer szakmai és intézményi feltételeinek megteremtésére, a betegek megfelelő tájékoztatására és a döntéseik tiszteletben tartására. A konferencia egyik fontos tanulsága, hogy az életvégi döntések rendezése csak multidiszciplináris megközelítésben lehet teljeskörű.

Forráslista:

1) Az életvégi döntések gyakorlati, etikai és jogi útvesztői (1. rész) https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.youtube.com/watch%3Fv%3DmK7Oe4ZZGec&ved=2ahUKEwiO3cysvMqWAxUBIRAIHeLgE9sQwqsBegQIFRAB&usg=AOvVaw1Sd-ZI4McyB40sktTvk60a
2) Az életvégi döntések gyakorlati, etikai és jogi útvesztői (2. rész) https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.youtube.com/watch%3Fv%3Drssff_kjls8&ved=2ahUKEwiO3cysvMqWAxUBIRAIHeLgE9sQwqsBegQIGBAB&usg=AOvVaw2RtVww_C3XYUrmt63g32WU
3) Az életvégi döntések gyakorlati, etikai és jogi útvesztői (3. rész) https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.youtube.com/watch%3Fv%3Du0ckaIHJUXg&ved=2ahUKEwiO3cysvMqWAxUBIRAIHeLgE9sQwqsBegQIFxAB&usg=AOvVaw0McRU4XuxSvi2M4i4GkeY9
4) Az életvégi döntések gyakorlati, etikai és jogi útvesztői (4. rész) https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.youtube.com/watch%3Fv%3DLncq1dVrfgM&ved=2ahUKEwiO3cysvMqWAxUBIRAIHeLgE9sQwqsBegQIFhAB&usg=AOvVaw0r8JSUGzxREOIOuJiU5YTC

Dr. Miklai Kamilla Rózsa
PhD hallgató
Pécsi Tudományegyetem, Állam-és Jogtudományi Kar
email: dr.miklaikamilla20@gmail.com

KÖNYVAJÁNLÓ

Singer Magdolna: Felépülés a gyászból

Vallomások a megbékélés útjáról

HVG Könyvek, 2026

Singer Magdolnának óriási élettapasztalata van. Átélte a veszteségek csaknem minden formáját, emellett gyásztanácsadóként, mentálhigiénés szakemberként is sok-sok embert kísért már a „megbékélés útján”. Ezt talán másokról is el lehetne mondani, de Singer Magdolnának van még egy erénye: fantasztikusan ír! A gyászolók történetei olyan bensőséges formában jelennek meg nála, mint egy-egy ballada vagy színdarab. Megelevenednek előttünk, ott vagyunk a történetet mesélő mellett, ahogy Magdi is, akinek mesélnek. Sokszor meg is szólítják őt, mintegy kitekintve a történetből, oldva a feszültséget, üzenve nekünk: nem kell egyedül lennünk, ha elvesztünk valakit és szenvedünk.

Kit is veszítettek el ezek az emberek? Szülőket, házastársat, testvért, gyereket, unokát, magzatot, azonos nemű párt, társállatot… Végigkísérhetjük a szerettük elvesztése előtti és utáni küzdelmeket, majd azt is, ki milyen stratégiát választott vagy kínlódott ki a rengeteg fájdalom, küzdés nyomán. Van, aki újabb közösséget talált, más a transzcendenciában vigasztalódott, esetleg várost vagy országot váltott. De közülük mindenki elment Magdihoz, hogy valakinek elmondhassa a történetét, hogy valaki meghallgassa őt. És Magdi jelen volt, meghallgatott és segített akár egy-egy szóval. Mindenki gazdagabban ment el tőle. Ahogy Magdi írja: „Legtöbben eljutottak valamilyen formában az elfogadásig, mások úgy érzik, a gyász mindig velük marad, csupán megtanulnak együtt élni vele.” (14-15, o.)

Mi, olvasók is sokat tanulunk ezekből a történetekből. Számomra például még nyilvánvalóbbá vált, hogy az emberek sajnos nem tudnak mit kezdeni a gyászolóval, sokszor elmenekülnek mellőle vagy akár rendkívül durván és érzéketlenül viselkednek vele (ld. pl. a gyermekét elvesztett Kinga apósát a Hajszál híján gyilkossá váltam című történetben). A családot összetartó anya halála pedig összetöri a családi rendszert, amit aztán nagyon nehéz összerakni, mint az Itt maradtam a két fiúval című történetben, amelynek plusz érdekessége, hogy az apa és a két fiú, Marci és Tomi szemszögéből is látjuk az anya halála utáni családi helyzetet, az együttélésüket a gyásszal, a különböző stratégiák kialakítását.

A másik, talán még fontosabb üzenete a könyvnek az, hogy amennyiben tehetjük, legyünk jelen a búcsúzó családtagunk mellett. Szívemből beszélt az a két gyászoló, aki erre világított rá: „Az emberek többsége hárítja a jelenlétet a haldokló mellett, pedig, aki nem néz szembe a halálfélelmével. és nem vállalja be, hogy igenis nem hagyja magára a távozó szerettét, az nemcsak a haldoklóval szemben követ el súlyos mulasztást, hanem kihagyja életének nagy lehetőségét is…” (75.o.) „A szüleim betegsége világított rá, hogy a jelen, a jelenlét a legfontosabb.” (243.o.)

Aki megtehette, hogy jelen tudott lenni, aki nem futamodott meg, annak a gyásza is könnyebb. Legyünk tehát a haldokló és a gyászoló mellett, ahogy Magdi is jelen volt és leírta nekünk ezt a tanulságos húsz történetet. Hiszen minél többet olvasunk a halálról, haldoklásról és gyászról, annál kevésbé lesz tabu.

Dr. Hegedűs Katalin PhD
habil.egyetemi docens
Semmelweis Egyetem, Általános Orvosutdományi Kar
Magatartástudományi Intézet

KÖNYVAJÁNLÓ

Nagy Zsolt: Gyásztörténetek

Veszteségből növekedés

L'Harmattan Kiadó, 2026

A gyászolók számára írt ismereterjesztő könyvek – szerencsére egyre több ilyen születik - általában a gyász pszichés folyamatának ismertetése által és a megküzdéssel kapcsolatos tanácsadással segítik a veszteséget elszenvedett olvasót. Nagy Zsolt könyve élethelyzetek összeomlásából, hozzátartozó halálának gyászából, válásból, betegségből felépült emberek vallomásait gyűjti össze. Huszonöt személy mesél ürességről, kiégésről, fájdalomról, reménytelenségről, kétségbeesésről és arról az útról, amit bejártak, hogy eljussanak a megbékélésig. Általuk első kézből hallhatunk arról, mit is jelent valójában ilyen belső küzdelem.

Példát mutatnak, hogy igenis lehet komoly veszteségek ellenére is tovább élni, új értelmet találni és fokozatosan újraépíteni, sőt, meghaladni korábbi önmagunkat.

A vallomásra vállalkozó személyek nem csupán életük legmeghatározóbb, tragikus eseményéről mesélnek, hanem bepillantást engednek az életútjuk során bekövetkezett sorsfordító változásokba is. Találkozhatunk egy látássérült nővel, aki sokat tanult hátrányos helyzetéből adódó nehézségekből és képes teljes életet élni, egy karját elvesztett sportolóval, aki dacolva a lehetetlennel, profi kosárlabda edzővé vált, egy nővel, aki nagymamája ápolása után az idősgondozásban találta meg a hivatását, egy drogfüggőségből felépülő fiatalemberrel, aki ma már tapasztalati segítőként hasznosítja tapasztalatait és prevenciós előadásokat tart. Várva várt kisbabájukat, gyermeküket, házastársukat elveszített emberek megérintő módon mesélnek gyászukról és arról, hogyan voltak képesek megbirkózni a tragédiájukkal, pedig úgy tűnt számukra, hogy ez teljességgel lehetetlen. Szó esik daganatos betegségből való felépülésről és az azt követő személyiségváltozásról, társállat elvesztésének gyászáról, munkahelyi veszteségek tanulságairól, autista gyermek nevelésében rejlő nehézségekről és ajándékokról.

A könyvben olyan hétköznapi hősök szerepelnek, akikkel könnyen azonosulunk, ezért elhisszük, hogy adott helyzetben mi is képesek leszünk helyt állni. Van a kötetben azonban két kivételes erővel rendelkező ismert személy is. Egyikük mindannyiunk kedves „ismerőse",

Mosolyka, akinek gyerekkorában azt jósolták, nem éri meg a felnőttkort, és lám nem csak itt van 36 évesen, de blogot ír, tanít, tükröt tart az embereknek, hogy lássák, mennyi szépség és öröm van az életünkben. A másik személy Rakonczai Gábor extrém sportoló, Guinness világrekorder, akinek a teljesítményét lehetetlen még csak megközelíteni is, azonban az a tapasztalat, amelyet a halál közelsége során szerzett, mindannyiunk számára tanulságos ajándék. *„És amikor ezt tényleg felfogod, a végességből hirtelen az élet értelme is megjelenik. Rájössz, mennyire felfoghatatlanul értékes, törékeny és múlandó maga a létezés, nem csak nekünk, embereknek, hanem mindennek, ami él, a növényeknek, az állatoknak, mindennek. Annak megélése, hogy itt vagyunk, gondolkodunk, alkotunk, szeretünk, segítünk egymásnak, a semmiből hozunk létre dolgokat, elképesztően értékes állapot.”*

Singer Magdolna
író, mentálhigiénés szakember, gyásztanácsadó
magdolna.singer@gmail.com