

Marcin LIZUT

## CZY NALEŻY PRZEDŁUŻAĆ LUDZKIE ŻYCIE DO GRANIC MOŻLIWOŚCI?

Sesja naukowa „Przedłużanie życia jako problem moralny”  
Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Lublin, 30 XI 2007

Zagadnienie przedłużania życia, a ściślej rzecz biorąc moralny wymiar takich działań, był tematem sesji zorganizowanej przez Katedrę Etyki Szczegółowej 30 listopada 2007 roku na Katolickim Uniwersytecie Lubelskim Jana Pawła II. Była to dziewiąta sesja z cyklu „Etyka i technika”. Celem spotkań podejmowanych w ramach tego cyklu jest wymiana poglądów między przedstawicielami nauk szczegółowych a etykami. Badacze zajmujący się „techniką” przybliżają i wyjaśniają najnowsze osiągnięcia ze swoich dziedzin oraz wskazują na rodzące się wskutek rozwoju tych dyscyplin nowe problemy moralne. Etycy próbują natomiast pokazać, że do rozwiązywania tych problemów można zastosować istniejące teorie etyczne i wypracować szczegółowe normy. Nie oznacza to jednak, że rozstrzygnięcie problemów moralnych pozostawione jest jedynie etykom, gdyż – jak podkreśliła we wprowadzeniu do sesji jej inicjatorka s. prof. Barbara Chyrowicz – żaden człowiek nie może wycofać się z walki między dobrem a złem. Każda aktywność ludzka wymaga refleksji moralnej, a zatem również działania mające na celu przedłużenie życia winny być jej poddawane. Refleksji tej dokonują zatem

przede wszystkim lekarze i uczeni zaangażowani w rozwój medycyny, etycy natomiast mają ten proces wspierać. Ich wzajemnej pomocy i wymianie myśli służyła omawiana sesja.

Przedłużanie życia polega między innymi na opóźnianiu procesów starzenia. Wyjaśnieniem genetycznego aspektu tych procesów zajął się profesor Andrzej Paszewski z Instytutu Biochemii i Biofizyki Polskiej Akademii Nauk w wystąpieniu pod tytułem „Biologiczne teorie starzenia się organizmów”. Prelegent zwrócił uwagę, że procesowi starzenia podlegają komórki, a ich żywot sterowany jest przez DNA. DNA zaś ulega mutacjom, które mogą nastąpić w wyniku błędów replikacji bądź też pod wpływem działania czynników mutagennych, takich jak tlen. Organizm broni się przed tymi mutacjami, a mechanizmem przed nimi chroniącym jest występowanie telomerów, znajdujących się na końcu łańcuchów polimerów, w postaci których występuje DNA. Wraz z kolejnymi replikacjami komórek, a zatem wraz ze starzeniem się komórek, telomery się skracają. Ich długość jest więc swoistym wskaźnikiem starzenia się komórek. Profesor Paszewski wyróżnił dwa typy starzenia. Jednym



z nich jest proces oznaczający starzenie się komórek od czasu ich powstania (ang. senescence). Proces tego typu trwa już w życiu płodowym, a zatem można określić, jak bardzo komórki postarzały się od ich powstania do narodzin dziecka. Drugi typ starzenia (ang. aging) dotyczy tego okresu życia organizmu, kiedy następuje nagromadzenie efektów starzenia się poszczególnych komórek; czas ten nazywamy starością. Starzenie się komórek zależne jest od przebiegu ich metabolizmu: im szybszy jest metabolizm, tym szybciej przebiega starzenie. Kończąc swoje rozważania na temat genetycznego aspektu starzenia, profesor Paszewski podkreślił, że procesy starzenia zależne są od genów jedynie w dwudziestu pięciu procentach, co stwierdzono na podstawie badań bliźniąt. Zmiany w komórkach prowadzące do ich starzenia powodowane są zatem głównie przez inne czynniki, wśród których wymienia się otyłość i nadciśnienie. Okres wzmożenia procesów starzenia jest czasem, kiedy organizm traci wigor. Okres ten u zwierząt jest krótki, u ludzi natomiast jest wydłużany ze względów społecznych. Jeśliby kierować się argumentami zaczerpniętymi tylko z biologii, należałoby uznać, że organizm powinien żyć tak długo, jak długo zachowuje maksymalną wydolność rozrodczą. Przedłużanie życia po ustaniu lub znacznym spadku tejże wydolności wydaje się zbędne w aspekcie przedłużania istnienia gatunku. Podsumowując swoje wystąpienie, profesor Paszewski określił starzenie się jako wynik nagromadzenia uszkodzonych komórek i tkanek. Uszkodzenie komórek może wynikać z różnych powodów, a zatem nie można mówić o czymś takim, jak genetycznie zaplanowana śmierć. Można wymieniać

liczne procesy przyspieszające starzenie, jak i te, które je spowalniają, ale nie można rozdzielić dwóch ściśle ze sobą związanych procesów, którymi są życie i śmierć.

Po zapoznaniu się z biologicznym aspektem problemu przedłużania ludzkiego życia uczestnicy sesji mogli wysłuchać wykładu na temat medycznych działań służących temu celowi. Zagadnienie to poruszył profesor Tomasz Pasiński z Zakładu Humanistycznych Podstaw Medycyny Akademii Medycznej w Warszawie w wystąpieniu zatytułowanym „Jak długo mamy obowiązek żyć?”. Potwierdzając fakt wydłużenia się średniego czasu życia człowieka, prelegent podkreślił, że przyczyną tego zjawiska był przede wszystkim rozwój higieny, a nie specjalistyczne działania medyczne. Zauważył również, że na wyliczenie średniej długości życia istotny wpływ ma wskaźnik śmiertelności noworodków. Obserwowany w naszym kraju wzrost średniej długości życia jest wynikiem spadku śmiertelności wśród noworodków, nie zaś wynikiem tego, że starsi ludzie żyją znacznie dłużej niż w przeszłości. Profesor Pasiński wymienił główne zadania stawiane współczesnej medycynie: leczenie chorób i przedłużanie życia. Przedłużanie życia jako jeden z głównych celów medycyny to nowa koncepcja, gdyż w przeszłości przyjmowano, że nie warto przedłużać życia wszelkimi sposobami. Ojciec medycyny Hipokrates wskazywał, że w pewnych stanach człowiek zostaje pokonany przez chorobę i nie trzeba go dalej leczyć. O słuszności tego twierdzenia przekonani są także niektórzy współcześni badacze. Na przykład Daniel Callahan z instytutu The Hastings Center stanowczo twierdzi, że zadaniem



medycyny jest leczenie chorób i zmniejszanie cierpienia, a nie bezkrytyczne wydłużanie życia<sup>1</sup>. Profesor Pasierski wyraził pogląd, że należy rozwijać badania nad leczeniem młodszych pacjentów i pogodzić się z faktem, że nie można pokonać starości. Działania lekarzy powinny zatem sprowadzać się do wydłużania okresu pełnej sprawności, czyli przyczyniać się do kompresji chorobowości. Kompresja ta polega na tym, by maksymalnie wydłużając okres pełnej sprawności organizmu, skrócić czas, kiedy następuje wzmożone występowanie chorób. Pragnieniem ludzi jest bowiem, by żyć jak najdłużej w możliwie najlepszej kondycji fizycznej. Za czynniki najsilniej wpływające na opóźnianie procesu starzenia profesor Pasierski nie uważa zabiegów medycznych, ale działania profilaktyczne. I tak, osoba, która nie pali papierosów, zachowuje szczupłą sylwetkę i regularnie podejmuje wysiłek fizyczny, jest w stanie opóźnić procesy starzenia o siedem do dwunastu lat.

Istnieje jednak duża grupa zagadnień związanych z przedłużaniem życia za pomocą działań medycznych. Do najważniejszych profesor Pasierski zaliczył cierpienie pacjenta, modyfikację procesu umierania i uporczywą terapię. Pierwszy problem wynika stąd, że dla lekarza ważniejszy może być proces leczenia niż jakość życia pacjenta. Tymczasem każdorazowa decyzja o podjęciu terapii, która przedłuży życie pacjenta, ale spowoduje jego cierpienie, wiąże się z pytaniem, czy warto narażać na dodatkowe cierpienia człowieka, aby przedłu-

żyć jego życie o krótki czas. Wskazane przez profesora Pasierskiego przykłady pokazały, że oceniając tego typu sytuacje, trzeba brać pod uwagę nie tylko kryteria medyczne, jak wiek, odporność i siły pacjenta, ale także jego sytuację życiową, relacje rodzinne czy aktywność zawodową.

Drugi z wymienionych problemów, modyfikacja procesu umierania, polega na tym, że współcześnie cierpienie i śmierć oderwane są od zwykłego rytmu życia, chociaż kiedyś umieranie było częścią codzienności. Zmianę tę uwiadczenia dane na temat miejsca śmierci: w roku 1900 niemal sto procent populacji umierało we własnym domu, w roku 1950 – pięćdziesiąt procent, a w roku 2000 – poniżej dwudziestu procent. Szpitale stają się zatem miejscami, gdzie próbuje się leczyć pacjentów do samego końca. Takie rozumienie roli medycyny prowadzi do trzeciego z wymienionych problemów, którym jest uporczywa terapia. Badania wykazują, że większość chorych nie chce, by leczono ich wszelkimi możliwymi sposobami, gdyż obawiają się oni cierpienia i starają pogodzić ze śmiercią, występowanie praktyk określanych jako uporczywa terapia związane jest jednak nie tylko z wolą pacjentów, ale również z decyzją członków rodziny pacjenta i lekarzy. Problem polega na tym, by te dwie ostatnie grupy, godząc się z perspektywą śmierci pacjenta, chciały zapewnić mu jak najlepszą opiekę. Przykładem właściwego podejścia do tego problemu jest rozwiązanie stosowane w Stanach Zjednoczonych, gdzie rozwinięto sieć ośrodków opieki paliatywnej. Rozwój tej formy opieki skutkuje tym, że dwadzieścia pięć procent pacjentów umiera nie w szpitalach, ale w takich ośrodkach,

<sup>1</sup> Por. D. Callahan, *Setting Limits: Medical Goals in an Aging Society*, Georgetown University Press, Washington, DC, 1995, s. 62.



gdzie pozwala się im na spokojną śmierć. Zdaniem profesora Pasierskiego ważne jest, by rozwijać tego typu tendencje, a nawet doprowadzić do swoistej rewolucji w opiece paliatywnej, której celem nie będzie leczenie terminalnie chorych, ale uśmierzenie bólu przy uwzględnieniu potrzeb duchowych i psychicznych pacjentów. Osiągnięcie tego celu może doprowadzić do sytuacji, kiedy rzeczywiście można będzie mówić o dobrej śmierci. Dobra śmierć to śmierć zaakceptowana jako nieodłączna część ludzkiego losu, śmierć bez bólu, wśród bliskich, a zatem w najlepszych dla pacjenta warunkach.

Po przedstawicielach nauk szczegółowych głos zabrał etyk, dr Zbigniew Zalewski z Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, który w tytule swego wystąpienia również postawił pytanie: „Jak długo mamy obowiązek żyć?”. Czy jednak w ogóle mamy obowiązek żyć? Doktor Zalewski stwierdził, że można mówić o obowiązku życia, za którym to obowiązkiem przemawiają różnego rodzaju racje. Przede wszystkim są to racje religijne, na przykład: Bóg jest dawcą życia, a człowiek jedynie jego użytkownikiem; człowiek nie może odgrywać roli Boga. Drugi typ racji przemawiających za obowiązkiem życia ma charakter metafizyczny: człowiek jest niezbędnym elementem łańcucha bytów i nie wolno mu ingerować w naturalny porządek istnienia. Racji egzystencjalnej dostarcza z kolei twierdzenie, że skoro już zaistniałem, to powinienem trwać. Racje społeczne mogą natomiast być rozpatrywane bądź w wersji makro: konieczna jest swoista „sztafeta pokoleń”, w której kolejne pokolenie kontuuje dokonania poprzedników, bądź w wersji mikro: dzieci odwzajemniają

opiekę, jaką kiedyś sprawowali nad nimi rodzice, a zatem przyczyniają się do wydłużenia ich życia. Podobny charakter mają racje biologiczne, wskazujące na obowiązek podtrzymania gatunku. Na inny wymiar obowiązku życia wskazują racje prawne. Istnieje bowiem prawna ochrona życia, a także obowiązek ratowania życia, którego niedopełnienie pociąga za sobą sankcje prawne (zostaje on dodatkowo wzmocniony w przypadku osób wykonujących niektóre zawody). Ponadto prawo do życia jest prawem podstawowym. Komentując wszystkie wymienione racje, doktor Zalewski stwierdził, że mają one słabą moc argumentacyjną, gdyż niektóre z nich (np. religijne czy egzystencjalne) nie są przekonujące dla wszystkich ludzi, a w przypadku innych łatwo podać kontrracje na gruncie dziedzin, do jakich się odnoszą. Można zatem uznawać – zdaniem etyka z Uniwersytetu Jagiellońskiego – moc perswazyjną wymienionych racji, trudno natomiast zgodzić się, że mają one charakter rozstrzygający.

Jeśli zgodzimy się na istnienie obowiązku życia, pojawi się problem, jak długo mamy obowiązek żyć. Nie wystarczy stwierdzenie, że powinniśmy żyć do „naturalnej śmierci”, jest ono bowiem nieprecyzyjne – również śmierć z powodu choroby jest naturalna. Innym sposobem rozstrzygnięcia, jak długo mamy żyć, jest – zdaniem Zalewskiego – odwołanie się do dobrze przeżytego życia, do wypełnienia swego powołania czy misji życiowej. John Harris, przywołując argument „dobrze przeżytego życia”, wskazuje, że każdy człowiek otrzymuje pulę przysługującego mu dobra, którym jest życie i którego nie można za wszelką cenę przedłużać. Argument ten powstał ze względu na potrzebę sprawiedli-



wego rozdzielania środków medycznych – wedle Harrisa korzystniej jest przeznaczać środki dla tych pacjentów, którzy lepiej rokują. Harris określa również kryterium wieku, do którego powinno się przedłużać życie, i twierdzi, że tym granicznym momentem „przeżycia swego” jest siedemdziesiąt lat<sup>2</sup>.

Argument innego rodzaju, wskazujący na konieczność pogodzenia się z faktem śmiertelności, podawany jest przez Daniela Callahana, który zwraca uwagę, że dzisiejsza medycyna daje pacjentom i ich rodzinom fałszywe nadzieje na uleczenie, prowadząc wszelkie możliwe terapie nawet u najstarszych pacjentów i jakby zapominając, że człowiek jest istotą śmiertelną. Tymczasem trzeba przyjąć fakt, że śmierć jest naturalnym dopełnieniem życia. Podobnie jak Harris, Callahan podaje granice przedłużania życia. Jego zdaniem przeciętna żywotność organizmu to osiemdziesiąt pięć lat, a zatem do tego wieku winno się aktywnie walczyć ze śmiercią, a potem już tylko towarzyszyć pacjentowi w umieraniu<sup>3</sup>. W swoich rozważaniach Callahan odwołuje się do czynników ekonomicznych, wskazując, że w Stanach Zjednoczonych jedna trzecia nakładów na leczenie wydawana jest na pacjentów powyżej sześćdziesiątego roku życia, a połowę tej sumy pochłania opieka medyczna w ostatnim półroczu życia pacjenta. Zwraca on także uwagę, że chociaż medycyna uczyniła duże postępy w ratowaniu życia, ma problem z jego utrzymywaniem. Człowiek w podeszłym wieku, wyleczony z jednej cho-

roby, a tym samym uratowany od śmierci, w niedługim czasie zapada na inną chorobę, która również zagraża jego życiu. Tymczasem jakość jego życia w okresie między chorobami jest znacznie niższa niż u zdrowego młodego człowieka.

Zdaniem doktora Zalewskiego badania naukowe, których celem jest maksymalne przedłużenie ludzkiego życia, należy uznać za sprzeczne z zasadami moralnymi. Po pierwsze, badania tego typu naruszają rozumienie życia jako procesu kończącego się śmiercią, po drugie – są one niesprawiedliwe, gdyż wydaje się duże środki finansowe na działania o wątpliwej skuteczności, gdy tymczasem można by je przeznaczyć na likwidowanie innych problemów medycznych, na przykład chorób związanych z biedą.

Problemy poruszone w wystąpieniach prelegentów rozwijano w dyskusji, w której brali udział także goście zgromadzeni na sesji. Duże zainteresowanie wzbudził problem wartości życia omówiony najszerzej przez doktora Zalewskiego. Ks. prof. Andrzej Szostek z Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II zwrócił uwagę, że obowiązek życia może wynikać z jego oczywistej ważności i cenneści. Podobną tezę postawiła doktor Natasza Szutta z Instytutu Filozofii, Socjologii i Dziennikarstwa Uniwersytetu Gdańskiego, która wskazała na istnienie moralnej racji obowiązku życia (racji, której zabrakło wśród wymienionych przez doktora Zalewskiego), a mianowicie faktu, że życie jest wartością fundamentalną, a zatem – aby realizować inne wartości, trzeba żyć. W odpowiedzi doktor Zalewski stwierdził, że zadaniem filozofa nie jest stwierdzanie faktów, ale ich uzasadnia-

<sup>2</sup> Por. J. Harris, *The Value of Life. An Introduction to Medical Ethics*, Routledge, London-New York 1985, s. 35.

<sup>3</sup> Por. Callahan, dz. cyt., s. 25-30.



nie. Dlatego nie można twierdzić, że wartość życia jest samooczywista – trzeba próbować ją uzasadnić.

Wypowiedź doktora Zalewskiego skierowała dyskusję w stronę rozważań nad znaczeniem etyki i prac komisji etycznych dla działań medycznych i badań naukowych dotyczących przedłużania życia. Profesor Pasiński zwrócił uwagę, że jako lekarz sam codziennie musi rozstrzygać problemy etyczne związane z życiem i zdrowiem konkretnych ludzi. Tymczasem komisje etyczne zajmują się problemami na poziomie ogólnym. Ogólność ta prowadzi do uproszczeń, które komplikują i tak już z istoty skomplikowane zagadnienia. Jako przykład podał absolutyzację kategorii „świadomej zgody pacjenta”, zgody, która jest wymagana przed podjęciem ważnych działań medycznych. Absolutyzacja ta sprawia, że odpowiedzialność za podjęte działania spada na pacjenta, podczas gdy to lekarz jest specjalistą i winien mieć istotny wpływ na to, jakie leczenie zostanie podjęte. Profesor Pasiński zaproponował zatem, by decyzje o leczeniu zapadały w sytuacji współpracy i zaufania między pacjentem a lekarzem. Ksiądz profesor Szostek, broniąc racji istnienia komisji etycznych, przypomniał, że powstały one w wyniku nadużyć w działaniach lekarzy. Profesor Paszewski podkreślił jednak, że etycy nie powinni zajmować się rozwiązywaniem konkretnych spraw, ale wskazywać pewną drogę, styl postępowania. Nie do końca zgodziła się z tym siostra profesor Chyrowicz, która podkreśliła, że zadaniem etyka jest wskazanie słuszności konkretnego stanowiska i uzasadnienie jej odpowiednimi racjami. W konkretnym przypadku jednak decyzję podejmuje ostatecznie lekarz i choć nie zaw-

sze do końca jest pewny słuszności swojego działania, osiąga rozpoznanie, które pozwala mu pracować („pewność” praktyczną). Prof. Krzysztof Marczewski z Zakładu Etyki i Filozofii Człowieka Akademii Medycznej w Lublinie, praktykujący lekarz, stwierdził z kolei, że lekarze nie podejmują moralnej refleksji w każdym przypadku, ale kierują się określonymi algorytmami postępowania wyznaczonymi przez specjalne gremia, w skład których wchodzi także etycy.

Obok wątku dotyczącego znaczenia etyki dla praktyki medycznej w ramach dyskusji nawiązano do konkretnych argumentów przytoczonych przez doktora Zalewskiego. Ks. dr hab. Alfred Wierzbicki z Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II zwrócił uwagę, że w argumentacji Harrisa odnośnie do długości życia pomija się zdanie samego zainteresowanego. Nakładając sztywne ramy na długość życia ludzkiego, zapomina się o ważności życia konkretnego człowieka, o sensie jego egzystencji. Utylitaryści, których przedstawicielem jest Harris, biorą bowiem pod uwagę jedynie skutki działania, zewnętrzną stronę ludzkiej aktywności, podczas gdy etyka powinna sięgać głębiej i dostrzegać osobową godność człowieka. Doktor Zalewski, odpowiadając na wysunięte w dyskusji zastrzeżenia, podkreślał potrzebę obiektywizowania argumentów za przedłużaniem życia. Jego zdaniem wskazywanie na istnienie chęci życia nie może być traktowane jako argument rozstrzygający. „Pasja życia” bowiem może być rezultatem niezdolności pacjenta do pogodzenia się z faktem, że śmierć jest nieodłącznym elementem życia. Inaczej problem ten przedstawił profesor Pasiński, uznając zasadność



argumentów utylitarystycznych przy planowaniu polityki zdrowotnej, ale zarazem ich słabość w odniesieniu do decyzji dotyczących postępowania wobec konkretnego pacjenta, jego swoistej sytuacji i relacji z bliskimi. Potwierdził, że wskutek niemożności zaspokojenia wszystkich potrzeb społecznych w sferze zdrowia kryterium wieku pacjenta może być pomocne przy podejmowaniu konkretnych działań przez lekarzy. Sytuacje tego rodzaju powodują swoiste rozdarcie: z jednej strony lekarz chciałby zrobić dla każdego pacjenta wszystko, co jest możliwe, ale jako obywatel powinien wybierać do terapii tych pacjentów, którzy lepiej rokują na przyszłość. Rozdarcie sumienia lekarza między różnymi racjami działania wskazuje, iż niemożliwa jest jego całkowita bezstronność. Dlatego też relacji między pacjentem a lekarzem nie można określać jako kontraktu – trzeba w niej widzieć przy-  
mierze.

W podsumowaniu sesji siostra profesor Chyrowicz zauważyła, że do problemu przedłużania życia można podejść na trzy sposoby. Pierwszy sposób opiera się na założeniu, że kiedyś działania medyczne spowodują, że ludzie będą żyli długo i w dobrych warunkach zdrowotnych. Drugi sposób wiąże się z przekonaniem, że priorytetem jest długie życie człowieka, bez względu na jego jakość. Wówczas życie przybiera postać długiego umiarkowania. Trzeci w końcu sposób przedłużania życia ma miejsce wówczas, gdy leczy się wszystkie pojawiające się schorzenia. Wraz z upływem lat schorzeń tych jest coraz więcej i niemożliwe jest leczenie ich wszystkich. Wówczas długie życie przeistacza się w długi okres podupadania na zdrowiu. Najkorzystniejszą opcją wydaje się zatem pierwsza możliwość. Rozważania w ramach sesji wykazały bowiem, że nie chodzi tylko o to, by żyć długo, ale o to, by długiemu życiu towarzyszyło zachowanie dobrej kondycji.