

Colin HARTE

„POMOC – WSPÓŁDZIAŁANIE – SUMIENIE”

Konferencja zorganizowana przez Linacre Centre for Healthcare Ethics
Queens' College, Cambridge (Anglia), 24-26 VII 2003

The Linacre Centre for Healthcare Ethics, ośrodek założony w roku 1977 przy wsparciu biskupów Anglii i Walii, jest jedynym katolickim instytutem w Wielkiej Brytanii zajmującym się bioetyką¹. W roku 1997, dla podkreślenia dwudziestej rocznicy założenia Linacre Centre, zorganizowano międzynarodową konferencję w celu dokonania przeglądu najważniejszych zagadnień, które w ciągu dwóch poprzednich dekad stały się przedmiotem zainteresowania instytutu. Materiały z tej konferencji, opublikowane w pracy *Issues for a Catholic Bioethic* [Zagadnienia katolickiej bioetyki], stanowią trwały wkład w refleksję nad licznymi problemami z dziedziny bioetyki dotyczącymi jej aspektów kościelnych, antropologicznych, medycznych, prawnych i społecznych, o których katolicy powinni uzyskać informacje². Sukces konferencji z roku 1999 sprawił, że na rok 2000 zaplanowano drugie spotkanie naukowe, zatytułowane „The Great Jubilee and the Culture of Life” [Wielki Jubileusz

i kultura życia]. W trakcie sympozjum analizie poddano zarówno filozoficzne korzenie kultury śmierci, jak i jej przejawy w życiu społecznym, a także zwrócono uwagę na wielość sposobów pozwalających wszystkim ludziom włączyć się w budowanie kultury życia³.

Potrzeba rozważenia skomplikowanych i nierzadko trudnych do zrozumienia problemów z dziedziny bioetyki, które dostrzegają nie tylko katolicy, była tematem trzeciej międzynarodowej konferencji zorganizowanej przez Linacre Centre w dniach od 24 do 26 lipca 2003 roku w Queens' College w Cambridge, w Anglii. Zakres dyskutowanych zagadnień został zasygnalizowany już w tytule tej konferencji: „Pomoc, współdziałanie a sumienie: problemy moralne dotyczące opieki medycznej, prawa, nauki i polityki społecznej”.

Inspirujący wykład na rozpoczęcie konferencji wygłosił Donald Murray, biskup Limerick w Irlandii, przewodniczący Wspólnej Komisji Bioetycznej Katolickich Biskupów Wielkiej Brytanii i Irlandii. W swoim wystąpieniu biskup

¹ Zob. www.linacre.org (przyp. tłum.).

² Zob. *Issues for a Catholic Bioethics*, red. L. Gormally, The Linacre Centre, London 1999.

³ Zob. *Culture of Life – Culture of Death*, red. L. Gormally, The Linacre Centre, London 2002.

Murray nie ograniczył się do prezentacji zaproszonych prelegentów i tematów wystąpień, których uczestnicy konferencji mieli wysłuchać podczas obrad. Uznanie i sympatię słuchaczy wzbudziła troska wyrażająca się w słowach biskupa. Treścią fundamentalnej zasady moralnej – mówił prelegent – jest czynienie dobra i unikanie zła. To, czy ktoś może w uprawniony sposób wspomagać złe czyny innych lub angażować się w nie, zależy od możliwości stwierdzenia, czy samo jego działanie jest dobre. Stwierdzenie to, powracające w ciągu całej konferencji, zostało wypowiedziane po raz pierwszy właśnie przez biskupa Murray'a, który w swoim wykładzie w sposób szczególny podkreślił konieczność właściwego określenia przedmiotu rozważanego działania, od niego bowiem uzależniona jest kwalifikacja moralna działania. Biskup zacytował fragment encykliki *Veritatis splendor* Jana Pawła II: „Moralność ludzkiego czynu zależy przede wszystkim i zasadniczo od przedmiotu rozumnie wybranego przez świadomą wolę [...]. Aby określić przedmiot danego czynu, decydujący o jego jakości moralnej, należy przyjąć perspektywę osoby działającej. Przedmiot aktu chcenia stanowi bowiem czyn wybrany w sposób wolny. O ile jest on zgodny z porządkiem rozumu, sprawia, że wola jest dobra [...]” (nr 78). Prelegent przypominał, że interpretacja przytoczonego fragmentu i precyzyjne określenie przedmiotu działania były od chwili ogłoszenia encykliki *Veritatis splendor* przedmiotem burzliwej dyskusji, która i dzisiaj nie słabnie. Podkreślając doniosłość cytowanego fragmentu encykliki i konieczność właściwego rozumienia, na czym, zgodnie z nauczaniem zawartym w encyklice *Veritatis*

splendor, polega moralny charakter ludzkich działań, biskup Murray wskazał perspektywę kolejnych konferencyjnych wystąpień.

Po referacie biskupa Murray'a zabrał głos Anthony Fisher OP, który mówiąc na temat „Cooperation in evil: understanding the issues” [Współdziałanie w złu: istota problemu], ogólnie wprowadził słuchaczy w poruszaną problematykę. Ojciec Fisher był pierwszym dyrektorem Instytutu Jana Pawła II, który założono w Melbourne w Australii w roku 2000. Niespełna tydzień przed tegoroczną konferencją w Cambridge podano do wiadomości, że o. A. Fisher został mianowany biskupem pomocniczym w Sydney, kilkaset mil od Melbourne. W swoim referacie prelegent ukazał przede wszystkim, jak pojęcie współdziałania w złu rozumiane jest w tradycyjnym dyskursie filozoficznym. Za współdziałanie tego rodzaju uznaje się zazwyczaj udział w złym działaniu innej osoby (czy też innych osób). Jeśli, przykładowo, uczestniczę w złu dokonywanym przez innego człowieka i moje działanie jest ze swego przedmiotu złe lub gdy podzielam złą intencję działającego, moje współdziałanie w jego czynie jest niemoralne i nie można go zaakceptować; działanie takie tradycyjnie nazywano formalnym współdziałaniem w złu. Jednakże czyjeś dobre czyny mogą niekiedy towarzyszyć złemu działaniu innej osoby. Działanie człowieka, który pracując w elektrowni, przyczynia się do zapewnienia miastu stałego dopływu elektryczności, może towarzyszyć działaniom pracowników szpitali czy klinik w tym mieście, którzy dokonują aborcji i w dokonywaniu tych złych czynów są uzależnieni od dopływu elektryczności. Pracownik zakładu energetycznego nie

dokonyuje czynu wewnętrznie złego, zakładając, że swoim działaniem nie zamierza wspierać ludzi dokonujących aborcji. W takiej sytuacji jego działanie łączące się z dostarczaniem elektryczności można by określić jako rodzaj dozwolonej materialnej współpracy w złu. Aby precyzyjniej dookreślić, które przypadki materialnego współdziałania w złu są tradycyjnie uznawane za dozwolone, a które za zakazane, ojciec Fisher opisał w swym wystąpieniu różnice między pośrednim i bezpośrednim współdziałaniem w złu oraz między współpracą bezpośrednią a wspieraniem czyjegoś działania na odległość.

Po określeniu czynników, które konstytuują dozwolone materialne współdziałanie w złu, ojciec Fisher rozważył pięć istotnych dzisiaj problemów dotyczących tego zagadnienia: Czy można zezwalać na dokonywanie sterylizacji w szpitalach katolickich? Czy w programach opieki zdrowotnej, finansowanych przez Kościół katolicki, mogą się znaleźć wskazania do używania prezerwatyw jako środków służących zwalczaniu HIV i AIDS? Czy katolickie siostry zakonne, w trosce o to, aby osoby uzależnione od narkotyków nie były narażone na infekcje z powodu używania tych samych igieł, mogą organizować pomieszczenia, w których uzależnieni mogliby wstrzykiwać sobie narkotyki w sposób „bezpieczny”, używając nowych igieł? Czy katolickie organizacje obrońców życia winny wystawiać kobietom w ciąży zaświadczenia o odbyciu przez nie konsultacji, jeśli uzyskanie takiego zaświadczenia może się stać częścią procedury umożliwiającej kobiecie dokonanie aborcji w zgodzie z przepisami prawa? Czy ustawodawcy mogą poprzeć propozycję „niedoskonałego” prawa, które

zakazuje dokonywania aborcji w pewnych okolicznościach, a jednocześnie w innych przypadkach zezwala kobiecie na przerwanie ciąży?

Chociaż o. A. Fisher podkreślił konieczność oceny działania osoby współpracującej w dokonywaniu złego czynu, czyli potrzebę określenia, czy samo jej działanie jest dobre, to jednak, jak stwierdził, droga do wydania sądu w tej sprawie pozostaje sprawą szeroko dyskutowaną. W ortodoksyjnej katolickiej filozofii moralności – zauważył ojciec Fisher – zasadniczo obecne są dzisiaj dwa podejścia do określania moralnego charakteru ludzkich czynów. W pierwszym z tych podejść akcentuje się tak zwane znaczenia naturalne działań, w drugim zaś – zamierzony cel działającego. Na przykład nauczanie przedstawione w encyklice *Humanae vitae* w kwestii oceny moralnej aktu seksualnego zdaje się być oparte na rozumieniu naturalnych znaczeń ludzkich czynów. Chociaż w swoim wystąpieniu ojciec Fisher wydawał się opowiadać za stanowiskiem w etyce opartym na teorii intencji, to jednak sam zauważył, że teoria ta wzbudza kontrowersje⁴.

Ojciec Fisher nie przeprowadził, niestety, pogłębionej analizy wszystkich wymienionych przypadków współdziałania ze złem. Jego konkluzja, iż katolicy nie mogą uczestniczyć w działaniach opisanych w pierwszych czterech punktach, została oparta na orzeczeniach wydanych przez Stolicę Apostolską, nie zaś na szczegółowych analizach samych tych zagadnień. Z pewnością interesujące byłoby zastosowanie przez

⁴ Por. A. Fisher OP, *Cooperation in Evil*, „Catholic Medical Quarterly”, February 1994, s. 16.

ojca Fishera teorii głoszącej istnienie naturalnych znaczeń ludzkich działań oraz teorii intencji do problemu wydawania zaświadczeń o konsultacji odbytej w konfliktowej sytuacji związanej z ciążą. Jak wiadomo, kwestia ta najwięcej kontrowersji wywołała w Niemczech. W roku 1997, podejmując próbę oceny tego zagadnienia, Germain Grisez, którego teoria intencjonalnego działania zyskała znaczną popularność, argumentował, że pracownicy punktów konsultacyjnych mogą wydawać kobietom zaświadczenia o odbyciu przez nie konsultacji, gdyż w ten sposób współdziałają jedynie materialnie, czyli w sposób dozwolony, w dokonywaniu przez kobietę zabiegu przerwania ciąży⁵. Rok później papież Jan Paweł II w liście skierowanym do biskupów niemieckich poprosił, aby nie zezwalali oni kościelnym ośrodkom poradniczym ani żadnym innym instytucjom związanym z Kościołem katolickim na wydawanie kobietom zaświadczeń o rozmowie przeprowadzonej w konfliktowej sytuacji związanej z ciążą. Chociaż decyzja Papieża oparta była na przekonaniu, że wydawanie zaświadczeń „rzuca cień na jasne i zdecydowane świadectwo Kościoła i jego poradni”⁶, to jednak, jak się wydaje, pozostawiła otwarte pytanie o to, czy katolik mógłby wydać zaświadczenie tego rodzaju, pracując w ośrodku konsultacyjnym niezwiązanym z Kościołem. Podobnie można zauważyć, iż pozostałe problemy wymie-

nione przez ojca Fishera zasadniczo dotyczą działań związanych z aktywnością Kościoła. Kwestią nierozstrzygniętą pozostaje na przykład to, czy katolicy mogą uczestniczyć w świeckim programie, którego celem jest zapewnienie osobie uzależnionej odpowiednich warunków do „bezpiecznego” wstrzykiwania sobie narkotyku? Czy Stolica Apostolska obawia się głównie tego, że Kościół katolicki byłby kojarzony z funkcjonowaniem takiego programu, czy też istnieje bardziej zasadniczy powód jej sprzeciwu, wynikający z uznania samego działania za nieetyczne? Udzielenie odpowiedzi na powyższe pytania byłoby znacznie łatwiejsze, gdyby ojciec Fisher dokonał bardziej szczegółowych analiz kontrowersyjnych pod względem moralnym sytuacji, które przywołał.

Na początkowym etapie konferencji wystąpienia prelegentów dotyczyły teoretycznego tła, na którym widzieć należy problemy sumienia pojawiające się w sytuacji pomocy czy współdziałania w czynieniu zła. Profesor Luke Gormally, były kierownik Linacre Centre, podkreślił, że dla oceny każdej sytuacji współdziałania konieczne jest uwzględnianie nie tyle efektów końcowych dokonywanych czynów, co zbadanie, czy same w sobie są one moralnie dobre. Istotą działania moralnego nie jest po prostu kształtowanie zdarzeń, ale postępowanie, które przesądza o dobru bądź złu działającej osoby. Kolejny z prelegentów – profesor Martin Stone z Katolickiego Uniwersytetu w Louvain w Belgii – nakreślił tło historyczne problematyki współdziałania w czynieniu zła i wskazał na znaczenie siedemnastowiecznych dyskusji między probabilizmem a probabilioryzmem dla kwestii rozważanej podczas konferencji.

⁵ Por. G. Grisez, *The Way of the Lord Jesus*, t. 3, *Difficult Moral Questions*, Franciscan Herald Press, Chicago 1997, s. 380-385.

⁶ Jan Paweł II, *List do biskupów niemieckich w sprawie kościelnych poradni rodzinnych*, „L'Osservatore Romano” wyd. pol. 19(1998) nr 4, s. 11.

W wielu dalszych wystąpieniach odniesiono się do szczegółowych problemów etyki medycznej, ujawniających się w ostatnim czasie, oraz szukano dróg wyjścia z sytuacji moralnie dwuznacznych, w jakich nierzadko znajdują się pracownicy służby zdrowia. Przewodniczący National Catholic Bioethics Center [Ogólnokrajowego Katolickiego Ośrodka Bioetyki] w Stanach Zjednoczonych, dr John Haas, mówił na temat: „Cooperation problems in Catholic healthcare provision” [Problemy współdziałania związane ze świadczeniem usług medycznych przez katolików]. Jego zdaniem, w ostatnich latach problemy te stały się bardziej złożone dla katolickich instytucji. Dwadzieścia lub trzydzieści lat temu problem pojawiał się na poziomie oceny, jakie zabiegi mogą, a jakie nie mogą być wykonywane w szpitalach katolickich, a oficjalne wypowiedzi Kościoła, na przykład stwierdzenie, że w katolickich szpitalach nie można dokonywać sterylizacji, dawały dyrektorom tych szpitali jasne wytyczne. Prof. Richard Myers z Ave Maria Law School w Michigan w Stanach Zjednoczonych stwierdził, że powodem pojawienia się dużej liczby obecnych problemów jest w wielu krajach proponowanie i uchwalanie ustaw, które nie respektują zasad etycznych obowiązujących w instytucjach katolickich. W swoim wystąpieniu zatytułowanym „US law and conscientious objection in healthcare” [Prawo Stanów Zjednoczonych a sprzeciw sumienia pracowników służby zdrowia] zauważył, że w ciągu roku poprzedzającego konferencję w prasie amerykańskiej pojawiło się wiele artykułów na temat potrzeby podjęcia przez wszystkich obywateli amerykańskich wspólnego wysiłku na rzecz wprowadze-

nia regulacji prawnej, zgodnie z którą pracownicy służby zdrowia, nie wyłączając osób wierzących, mieliby obowiązek oferowania pacjentom wszelkich środków antykoncepcyjnych, również tych, które działają poronnie. W stanie Massachusetts na przykład przedłożono ustawę, w której domagano się, aby wszystkie szpitale, a zatem również szpitale katolickie, umożliwiały ofiarom gwałtów zażycie pigułki o nazwie „dzień-po”. Myers stwierdził, że na pielęgniarki i farmaceutów wywierana jest – za pomocą środków dyscyplinarnych, łącznie z groźbą utraty miejsca pracy – coraz mocniejsza presja, aby rozprowadzali oni środki antykoncepcyjne (również te o działaniu aborcyjnym) i pigułki „dzień-po” nawet wówczas, gdy w sumieniu wyrażają oni sprzeciw wobec działań tego typu. W zawodach związanych ze służbą zdrowia pracownicy o nastawieniu pro-life dają ważne świadectwo i przyczyniają się do rozwijania autentycznej kultury życia⁷. Niezwykle pomocne byłoby – podsumował swoje wystąpienie Myers – wprowadzenie regulacji prawnych, które zapewniłyby katolikom i wszystkim pracownikom o nastawieniu pro-life prawo do niepodejmowania działań sprzecznych z ich sumieniem, a instytucjom religijnym gwarantowały możliwość odmowy współdziałania w czynnościach, które naruszają uznawane przez nie zasady.

Problemy, z jakimi pracownicy służby zdrowia spotykają się w Stanach Zjednoczonych, różnią się od trudności pojawiających się w wykonywaniu tej samej profesji w Wielkiej Brytanii. Doktor Charlie O'Donnell, lekarz specjalis-

⁷ Por. t e n ż e, Encyklika *Evangelium vitae*, nr 95.

ta na oddziale reanimacji i intensywnej opieki medycznej, prowadzący również wykłady dla studentów medycyny na temat prawa lekarza do niepodejmowania działań sprzecznych z wyznawanymi przez niego zasadami etycznymi czy religijnymi, przedstawił w swoim wystąpieniu zalecenie, jakie daje studentom. W trakcie kształcenia medycznego mogą się oni znaleźć w sytuacji, w której zostaną nieoczekiwanie poproszeni o włączenie się w działania nieetyczne. Doktor O'Donnell radzi im, aby z wyprzedzeniem, jeszcze przed pojawieniem się kłopotliwych sytuacji, które mogłyby prowadzić do konfrontacji, wyrazili oni swoje zastrzeżenia etyczne co do pewnych praktyk. Zgodnie z jego doświadczeniem, jeśli studenci wyrażą takie zastrzeżenia już na samym początku cyklu kształcenia, jeśli uczynią to spokojnie i z życzliwością, to później są w stanie uniknąć trudności.

Ustawa z roku 1967, zezwalająca na dokonywanie aborcji w Wielkiej Brytanii, zawiera klauzulę, zgodnie z którą osoby zgłaszające sprzeciw sumienia nie mogą być zmuszane do udziału w zabiegach przerywania ciąży. Doktor O'Donnell stwierdził, iż sprzeciw sumienia wobec samej aborcji, jak i wobec innych kwestii rodzących podobne zastrzeżenia jest zasadniczo akceptowany w środowisku lekarskim. Nie oznacza to jednak, że lekarze katoliccy mają możliwość awansu zawodowego we wszystkich dziedzinach medycyny. Zarówno oni, jak i inne osoby przeciwnie dokonywaniu zabiegów przerywania ciąży nie mogą bowiem pracować na wyższych i bardziej odpowiedzialnych stanowiskach na oddziałach położniczych i ginekologicznych. Nie jest to skutkiem dyskryminacji lekarzy pro-life, ale konsekwencją społecznej akceptacji aborcji i innych nieetycznych praktyk, które w szpitalach są wykonywane na tyle rutynowo, że ordynatorzy oddziałów nie są skłonni zatrudnić lekarza niezdolnego do wykonywania zobowiązań przez ten oddział przyjętych (to znaczy nie wykonującego wszystkich zabiegów, które na danym oddziale są wykonywane). Prelegent porównał tę sytuację do trudności, z jaką miałby do czynienia on sam – jako ordynator oddziału reanimacji – gdyby lekarz ubiegający się o zatrudnienie na jego oddziale oświadczył, że jako świadek Jehowy nie może uczestniczyć w dokonywaniu transfuzji krwi. Doktor O'Donnell stwierdził, że biorąc pod uwagę fakt, że transfuzje krwi są rutynowym działaniem stosowanym podczas reanimacji i w intensywnej opiece medycznej, nie mógłby przyjąć takiego lekarza do pracy. Powodem odmowy nie byłaby chęć dyskryminacji lekarza ze względu na wyznawaną przez niego wiarę, lecz fakt, że nie byłby on w stanie wykonywać zabiegów, które na oddziale reanimacji są niezbędne.

Nawet jeśli zgodzilibyśmy się ze stwierdzeniem O'Donnella, że lekarze katoliccy i pozostali lekarze, którzy nie godzą się na dokonywanie aborcji, nie są dyskryminowani jako lekarze, to jednak faktem pozostaje, że dziedziny położnictwa i ginekologii przestały być dla nich dostępnymi ścieżkami kariery zawodowej. Jeśli zaś utrzymają się obecne tendencje do akceptowania niemoralnych praktyk medycznych związanych z tak zwanym prawem człowieka do decyzji o końcu swojego życia i jeśli ponadto tendencje te przybiorą postać prawa stanowionego, to katoliccy lekarze i pielęgniarki oraz pozostałe osoby broniące prawa człowieka do życia mo-

gą zasadnie oczekiwać, że w pewnym momencie zostaną skutecznie wykluczeni z kolejnych dziedzin medycyny, takich jak geriatryka czy intensywna opieka medyczna.

W Wielkiej Brytanii podstawową opiekę medyczną sprawuje najczęściej miejscowy lekarz rodzinny. Lekarzem takim jest dr Mike Delaney, który podczas konferencji mówił o tym, jak lekarze katoliccy, a także inni lekarze o prawym sumieniu, mogą rozwiązywać różnorodne problemy, które pojawiają się w ich praktyce zawodowej. Ponieważ lekarze w Wielkiej Brytanii nie są zobowiązani do stosowania żadnego leczenia, które w ich mniemaniu jest nieetyczne lub niewskazane, ani też nie mają obowiązku odsyłania pacjentów do innych lekarzy, którzy leczenie takie są skłonni zalecić, lekarz rodzinny może wykonywać swój zawód w sposób prawy. Środowisko lekarskie na ogół przestrzega czterech zasad biomedycznych: 1. szacunku dla autonomii pacjenta, 2. dobroczynienia, 3. nieszkodzenia i 4. sprawiedliwości⁸. Możliwość osądzenia, co w danym przypadku jest dla pacjenta dobre, pozwala moralnie prawym lekarzom odmówić na przykład próśbom pacjentek o skierowanie ich na zabieg przerwania ciąży lub o przepisanie im środków antykoncepcyjnych z tego względu, że działania tego rodzaju nie leżą w interesie samych pacjentek. Wraz z rosnącą dostępnością sztucznej prokreacji, lekarze coraz częściej napotykają pacjentów, którzy pragną skorzystać z nieetycznych metod, na przykład z zapłodnienia *in vitro*, w celu posiadania

potomstwa. Również praktyka pobierania komórek rozrodczych od osób chorych na nowotwory przed poddaniem tych osób terapii, która może spowodować utratę płodności, przysparza lekarzom wielu problemów. Doktor Delaney mówił o tym, iż jako lekarz katolicki stara się prowadzić swoich pacjentów kierując się tym, co jest rzeczywiście dobre, to znaczy pozostając w zgodzie z nauczaniem Kościoła na temat środków, które pomagają człowiekowi osiągnąć szczęście w tym świecie i w świecie przyszłym. Pacjenci często jednak nie podzielają jego poglądu na to, co jest faktycznie „dobro-czynne”, a wówczas informuje ich on o przysługującym im prawie do zasięgnięcia porady u innego lekarza i odstępuje od opieki medycznej w sytuacji, gdy pacjent nie chce z niej dłużej korzystać.

Lekarzom rodzinnym, którzy pracują z niewielką liczbą pacjentów, łatwiej jest uniknąć angażowania się w niemoralne praktyki aniżeli pracownikom służby zdrowia wykonującym pracę zespołową w szpitalach. S. Carol Taylor, dyrektor Ośrodka Bioetyki Klinicznej w Georgetown University w Stanach Zjednoczonych, podjęła podczas konferencji temat: „Cooperation problems in nursing: integrity and moral distress” [Problemy współdziałania w zlu i praca pielęgniarek: prawość a moralna rozpacz]. Stan „moralnej rozpacz” pojawia się w sytuacjach przymusu, gdy pielęgniarki uczestniczą w złych działaniach podejmowanych przez innych z powodu lęku przed tym, co mogłoby się stać, gdyby odmówiły współdziałania. Lęk ten może dotyczyć sytuacji osobistej lub łączyć się z pracą w określonej instytucji, jego podłoże miewa charakter ekonomiczny lub psychiczny, bezpo-

⁸ Zob. T. Beauchamp, J. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, Oxford 1989.

średni lub pośredni. W swoim wystąpieniu siostra Taylor nawiązała do pracy autorstwa B. R. McFarland-Icke, zatytułowanej *Nurses in Nazi Germany* [Pielęgniarki w nazistowskich Niemczech], i ukazała, że pewne czynniki, które doprowadziły do udziału pielęgniarek w nazistowskim programie eutanazji, mogą ponownie zaistnieć w czasach współczesnych, jeśli dobrowolna eutanazja stanie się przyjętą praktyką medyczną. Prelegentka w szczególności dyskutowała z poglądem, który sprzyja współdziałaniu w czynach wymierzonych przeciwko ludzkiemu życiu, iż pielęgniarki i pozostały personel medyczny powinni zajmować postawę neutralną w kwestii wartości, oraz że służba chorym zawsze wymaga od nich akceptacji wartości przyjmowanych przez pacjentów. Siostra Taylor podkreśliła, iż prawdziwe zaangażowanie pielęgniarek na rzecz dobra pacjentów jest możliwe tylko wówczas, gdy szanowana jest moralna integralność pielęgniarek, a zatem gdy mają one prawo do zachowania wierności wartościom, które uznają za nienaruszalne.

Kwestia wspomaganego samobójstwa oraz dobrowolnej eutanazji była przedmiotem wystąpienia zatytułowanego „Cooperation problems in care of suicidal patients” [Problemy współdziałania w zlu w opiece nad pacjentami pragnącymi popełnić samobójstwo], które wygłosiła dr Helen Watt, dyrektor Linacre Centre. Czym innym jest branie udziału w wycofywaniu się z leczenia osoby, w przypadku której dalsza terapia jest nieskuteczna i skrajnie dla niej uciążliwa, a czymś zupełnie innym przerwanie terapii dokonane na prośbę pacjenta, który ma intencję samobójczą. Kluczowe znaczenie dla prawnej regula-

cji tej kwestii miała decyzja podjęta przez Sąd Najwyższy Wielkiej Brytanii w marcu 2002 roku w sprawie czterdziestotrzyletniej kobiety, znanej jedynie jako „Pani B”, która w wyniku choroby popadła w poważne kalectwo i musiała korzystać z respiratora. Mimo iż osoba ta dzięki pomocy respiratora mogłaby żyć jeszcze przez wiele lat, zwróciła się ona jednak do Sądu Najwyższego o wydanie orzeczenia, które potwierdziłoby jej prawo żądania, aby odłączono urządzenie podtrzymujące oddychanie. Sąd Najwyższy odpowiedział pozytywnie na jej prośbę, respirator został odłączony i kobieta zmarła. Zajmując stanowisko w tej sprawie, przedstawiciel Konferencji katolickich biskupów Anglii i Walii, abp Peter Smith z Cardiff, stwierdził, że orzeczenie Sądu Najwyższego było zgodne z nauczaniem Kościoła. Przeciwnie stanowisko zajęli jednak ks. Gino Concetti, etyk watykański, oraz bp Elio Sgreccia, wiceprzewodniczący Papieskiej Akademii Życia. Takie właśnie zagadnienia stanowiły tło dla wystąpienia dr Watt, w którym omówiona została sytuacja czterech hipotetycznych pacjentów podejmujących w szpitalu decyzję o odmowie dalszego leczenia, przy czym poszczególne przypadki odróżniał stopień i zakres intencji samobójczej. Odnośnie do każdego z nich dr Watt zasygnalizowała, jaki rodzaj działania – jej zdaniem – winien być podjęty zarówno przez lekarza odpowiedzialnego za leczenie, jak i przez cały personel pielęgniarski.

Od roku 1997, kiedy w Szkocji sklonowano owcę Dolly, zastosowanie technologii klonowania jest przedmiotem kontrowersji w ustawodawstwach wielu krajów świata. Neil Scolding, przewodniczący Linacre Centre i profesor neu-

rologii klinicznej w Bristolu w Wielkiej Brytanii, w swoim wystąpieniu zatytułowanym „Cooperation problems in science: use of embryonic/foetal material” [Problemy współdziałania w nauce: wykorzystanie w badaniach ludzkich embrionów i płodów] opisał kierunki rozwoju badań naukowych nad komórkami macierzystymi i przedstawił problemy współdziałania w zlu, które pojawiają się w nauce w związku z wykorzystywaniem do badań ludzkich embrionów i płodów. Chociaż klonowanie, które miałyby na celu wytworzenie nowego człowieka, czyli tak zwane klonowanie reprodukcyjne, zostało powszechnie potępione, to jednak kwestia etycznej oceny i prawnej dopuszczalności klonowania ludzkich embrionów dla celów badawczych (tak zwanego klonowania terapeutycznego) wywołała poważną dyskusję.

Zagadnienie klonowania było również tłem dla dwóch kolejnych konferencyjnych wystąpień, w których podjęto temat sposobów kształtowania polityki państw w istotnych kwestiach etycznych. W pierwszym z tych wykładów, zatytułowanym „The Church in the US: dilemmas in public policy on cloning and stem cell research” [Kościół w Stanach Zjednoczonych: dylematy opinii publicznej w kwestii klonowania i badań z wykorzystaniem komórek macierzystych], Richard Doerflinger z Sekretariatu Inicjatyw Pro-life Konferencji katolickich biskupów Stanów Zjednoczonych mówił o tym, jaką rolę w wysiłkach na rzecz ukształtowania właściwego stanowiska opinii publicznej w kwestii klonowania i badań z wykorzystaniem komórek macierzystych odgrywa w USA Kościół katolicki. Chociaż prezydent Stanów Zjednoczonych

George W. Bush powszechnie uważany jest za obrońcę życia, to jednak jego aprobata dla częściowego finansowania przez rząd amerykański badań nad komórkami macierzystymi uzyskiwanymi z embrionów ludzkich, wyrażona w sierpniu 2001 roku, wywołała konsternację w szeregach organizacji pro-life. Profesor Robert George z Princeton University, który jest członkiem Rady Bioetyki powołanej przez prezydenta Busha, w wystąpieniu „The politics of moral advising: lessons from the President’s Council on Bioethics” [Korzystanie z doradztwa w kwestiach moralnych: wnioski z działań prezydenckiej Rady Bioetyki] wyjaśnił, że zasadniczą przyczyną tej decyzji prezydenta było jego nierozsądne dążenie do tego, aby postrzegano go jako prezydenta „otwartego”, które znalazło wyraz w powołaniu do Rady Bioetyki nie tyle osób prezentujących godne zaufania poglądy w kwestiach moralnych, czyli osób na których rozsądną radę prezydent mógłby zawsze liczyć, ile naukowców i etyków reprezentujących wiele różnych stanowisk. Ostateczna decyzja prezydenta Busha w sprawie finansowania badań z wykorzystaniem komórek macierzystych była kompromisem, który nikogo nie zadowolił.

W swoim wystąpieniu R. Doerflinger poruszył między innymi również kwestię udzielania poparcia w głosowaniu tak zwanym niedoskonałym ustawom. Czy parlamentarzysta, który znajduje się w sytuacji uniemożliwiającej mu całkowite wyeliminowanie z systemu prawnego ustaw zezwalających na dokonywanie przerywania ciąży, powinien głosować za ustawą „niedoskonałą”, czyli wprowadzającą zakaz dokonywania aborcji w większości przypadków,

gdy wie on jednocześnie, iż ta sama ustawa w pewnych okolicznościach daje kobietom prawo do przerwania ciąży? Wyrażając opinię powszechnie przyjmowaną w Stanach Zjednoczonych, a także w wielu innych krajach, Doerflinger utrzymywał nie tylko, że parlamentaryzista może głosować za taką ustawą, ale że tak właśnie naucza papież Jan Paweł II w numerze 73. encykliki *Evangelium vitae*⁹.

Autor kolejnego wystąpienia, Colin Harte, przedstawił referat „Problems of principle in voting for unjust legislation” [Problem normy etycznej w głosowaniu za niesprawiedliwymi ustawami], w którym pokazywał, iż wiele ustaw uznawanych za niedoskonałe – w rzeczywistości większość z nich – to ustawy wewnętrznie niesprawiedliwe, a zatem udzielanie im poparcia podczas głosowania w parlamencie również jest z konieczności działaniem wewnętrznie niesprawiedliwym. W wystąpieniu tym jako przykład prawa wewnętrznie niesprawiedliwego, czyli prawa któremu nie można udzielić słusznego poparcia, została przywołana ustawa uchwalona w Polsce w roku 1993, w której zasadniczo zakazano dokonywania aborcji, tolerując jednak możliwość przerwania ciąży przez kobietę znajdującą się w tak zwanych szczególnych okolicznościach, zachodzących między innymi w przypadku

niepełnosprawności dziecka nienarodzonego i w sytuacji, gdy dziecko poczęte zostało w wyniku gwałtu.

Profesor John Finnis z Uniwersytetu w Oxfordzie, w wystąpieniu zatytułowanym „Just and unjust acts of cooperation in altering unjust law” [Sprawiedliwe i niesprawiedliwe współdziałanie w poprawianiu niesprawiedliwych ustaw] przedstawił odmienną ocenę głosowań nad tak zwanymi niedoskonałymi ustawami. Już tytuł referatu wskazuje na stanowisko zajmowane przez Finnisa w sprawie problemu współdziałania, który pojawia się wówczas, gdy w parlamentarnym głosowaniu udziela się poparcia poprawce „restryktywnej”, czyli na przykład propozycji: „Dokonywanie aborcji jest dozwolone do szesnastego tygodnia od poczęcia (i zakazane w późniejszym czasie)”, mającej zastąpić poprzedni zapis, w którym dokonywanie aborcji było dozwolone do dwudziestego czwartego tygodnia ciąży. Ponieważ Finnis w swoich wcześniejszych tekstach podkreślał znaczenie czynnika współdziałania dla oceny takiej sytuacji, w czasie konferencji postawiono mu pytanie: z jakim złym działaniem (przez kogo podejmowanym?) współdziała parlamentarzysta udzielający swojego poparcia poprawce „restryktywnej”? Odpowiadając, profesor z Oxfordu stwierdził, iż parlamentarzyści, którzy bronią prawa do życia nienarodzonych, głosując za propozycją nie w pełni zreformowanej ustawy i czyniąc przedmiotem swojego działania wyłącznie wprowadzenie zakazu dokonywania aborcji po upływie szesnastu tygodni od poczęcia się dziecka, współdziałają [w sensie sprawiedliwym – P. Ś.] z parlamentarzystami, którzy za przedmiot swojego działania obierają zarówno zachowanie w ustawie

⁹ Zob. C. Harte, *Challenging a Consensus: Why „Evangelium vitae” does not Permit Legislators to Vote for „Imperfect Legislation”*, w: *Culture of Life – Culture of Death*, s. 322-342. [Zob. też krótszą wersję tego artykułu: tenże, *Wyzwanie dla konsensu: dlaczego „Evangelium vitae” nie pozwala prawodawcom głosować za niedoskonałym prawem*, tłum. P. Ślęczka SDS, „Ethos” 16(2003) nr 1-2 (61-62), s. 192-213 – przyp. red.].

istniejącego przyzwolenia na dokonywanie aborcji przed upływem szesnastu tygodni ciąży, jak i wprowadzenie do ustawy zakazu dokonywania aborcji w późniejszym okresie ciąży. Przy takim „złagodzeniu” stanowiska poparcie parlamentarzystów dla nowej ustawy, wyrażane przez nich w głosowaniu, staje się wewnątrznie niesprawiedliwe, gdyż sam przedmiot ich działania jest z pewnego istotnego względu niesprawiedliwy.

Dyskusja z profesorem Finnisem była okazją do wymiany argumentów w kwestii, co do której utrzymuje się poważna różnica stanowisk. Aby móc uwzględnić nowe aspekty sporu, zauważone w trakcie długiej dyskusji, toczącej się zarówno przed rozpoczęciem konferencji, jak i po jej zakończeniu, autorzy referatów zdecydowali, że w publikacji, która obejmie materiały z konferencji, a wydanie takiej pozycji zaplanowano na rok 2004, zamieszczą poprawione teksty swoich wystąpień. Autor tego sprawozdania w swoim poprawionym referacie będzie się domagał, aby Finnis osądził, czy pewne teoretycznie możliwe sposoby poprawiania niesprawiedliwych ustaw – łącznie z tym, który zastosowano w ustawodawstwie polskim w roku 1993 – są sprawiedliwe, czy też należy je uznać za wewnątrznie niesprawiedliwe. Rozstrzygnięcie tej kwestii jest bowiem konieczne, jeśli chcemy właściwie ocenić, czy słuszne jest udzielenie poparcia w głosowaniu któremuś ze sposobów dokonywania zmian w prawie. Chociaż Finnis nie zmienił stanowiska, jakie od początku dyskusji zajmował w sporze o ocenę moralną tak zwanych niedoskonałych praw, to jednak – w stosunku do pierwotnie stosowanej argumentacji – w jego referacie popra-

wionym dla potrzeb wydawniczych zauważamy pewną zmianę: w tytule tekstu przeznaczonego do publikacji nie pojawia się już termin „współdziałanie”. W pierwotnej wersji swojego referatu, zaprezentowanej podczas tegorocznej konferencji, Finnis twierdził, że jego oponent (autor niniejszego sprawozdania) jest poruszony, a wręcz oburzony prezentowanym przez niego ujęciem całej kwestii konfliktu, pojawiającego się w sumieniach parlamentarzystów o nastawieniu pro-life, którzy udzielają poparcia „niedoskonałej” ustawie, częściowo w kategoriach intencji i efektu ubocznego, a częściowo w kategoriach współpracy formalnej i materialnej. Znamienne jest, iż w referacie przeznaczonym do publikacji Finnis wydaje się przyjmować zarzut, że początkowo nieprecyzyjnie formułował istotę konfliktu sumienia parlamentarzystów znajdujących się w rozważanej sytuacji. Tytuły dwóch ostatnich części jego referatu przybrały bowiem postać: „Intencja jest ważna, nie stanowi jednak głównego problemu w sporze” oraz „Współdziałanie: coś rzeczywistego, nieistotnego jednak dla dyskutowanej kwestii”. Profesor Finnis zakończył swoją argumentację stwierdzeniem, iż parlamentarzyści, którzy udzielają poparcia w głosowaniu tak zwanym restryktywnym propozycjom ustaw, postępują słusznie, nawet jeśli wcześniej nie znajdują oni argumentu pozwalającego w pełni uzasadnić podjęcie takiej właśnie decyzji.

*

Pierwszym punktem codziennego programu konferencji była Msza święta odprawiana w anglikańskiej kaplicy w Queens' College. Do szesnastego wie-

ku, czyli do czasów reformacji, codziennie sprawowano w niej Eucharystię, gdyż była to oczywiście kaplica katolicka. Wśród kapłanów, którzy przed pięciuset laty celebrowali Msze święte na tym miejscu, był zapewne ks. John Fisher, rektor kolegium w latach 1505-1508. Z pewnością nie przypuszczał on wtedy, że po upływie niespełna trzydziestu lat, już jako biskup Rochester, zapłaci więzieniem i – w roku 1534 – egzekucją za odmowę złożenia przysięgi lojalności, której zażąda od niego zrywający więź z papieżem król Henryk VIII. John Fisher, w czasie uwięzienia podniesiony do godności kardynalskiej, doczekał się kanonizacji w roku 1935.

Chociaż wyjeżdżając z Cambridge uczestnicy konferencji zapewne nie obawiali się, że staną w swoim życiu wobec tak dramatycznych wyborów moralnych, jak niegdyś John Fisher, to jednak

– podobnie jak wszyscy chrześcijanie – winni pamiętać o powszechnym wezwaniu do dawania „przejrzystego, bezkompromisowego świadectwa prawdzie dotyczącej dobra”¹⁰. Dla katolików ceną tego świadectwa może być niekiedy konieczność podjęcia decyzji o rezygnacji z wykonywania pewnych zawodów (lub z kontynuowania kariery) w służbie zdrowia i w instytucjach użyteczności publicznej. Nie można wykluczyć, iż w pewnych okolicznościach cena ta okaże się szczególnie wysoka. Niewątpliwie postać św. Johna Fishera była dla uczestników konferencji symbolem, który przypominał im ważną prawdę: gdy broni się wolności sumienia, trzeba być przygotowanym na zapłacenie każdej wymaganej ceny.

Tłum. z języka angielskiego
Piotr Ślęczka SDS

¹⁰ Jan Paweł II, Encyklika *Veritatis splendor*, nr 91.