

Spór o aborcję w kontekście kontrowersji wokół wymiaru etycznego medycyny

Marian Machinek MSF

Wprowadzenie

Chociaż powszechne w starożytności wyobrażenia na temat sposobu poczęcia i rozwoju życia człowieka były w porównaniu ze współczesną wiedzą bardzo prymitywne, to jednak spędzanie płodu już wtedy budziło poważne kontrowersje. Znany i często przywoływany w tym kontekście fragment przysięgi Hipokratesa, zgodnie z którym podanie kobiecie środka powodującego poronienie jest równoznaczne z czynem niegodnym lekarza i niemalże splamieniem sztuki medycznej [1]¹, wskazuje na obecność w ówczesnej kulturze silnego nurtu antyaborcyjnego. Dyskusja na ten temat nie milknie przez wieki, a współcześnie nabiera szczególnego wymiaru², który warto uczynić przedmiotem refleksji. Wiąże się ona bowiem z samym kształtem i rozumieniem medycyny.

¹„Nikomu, nawet na żądanie, nie dam śmiertelnej trucizny, ani nikomu nie będę jej doradzał, podobnie też nie dam nigdy niewieście środka poronnego. W czystości i niewinności zachowam życie swoje i sztukę swoją”.

²W Polsce dyskusja o aborcji rozgorzała na nowo po zgłoszeniu do laski marszałkowskiej w 2016 r. obywatelskiego projektu przygotowanego przez Instytut na rzecz Kultury Prawnej *Ordo Iuris*, przewidującego niemal całkowity zakaz aborcji. Zgodnie z uchwaloną w 1993 r. ustawą o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach przerwania ciąży — aborcję można przeprowadzić wtedy, gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej, gdy zachodzi wysokie prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu bądź też nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu lub też gdy ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego, np. gwałtu, ale także obcowania płciowego małoletnich. W myśl zgłoszonego projektu pozostałaby jedynie pierwsza z powyższych możliwości, natomiast dokonanie aborcji w pozostałych dwóch sytuacjach zagrożone miałyby być karą więzienia. Zasadniczo karana miałaby być też kobieta, jednak w tym wypadku sąd mógłby znacznie zmniejszyć wymiar kary lub całkowicie od niej odstąpić. W chwili zamknięcia niniejszego tekstu projekt znajdował się na etapie wstępnych konsultacji w sejmie.

Specyfika medycyny

Nie ulega wątpliwości, że medycyna jest nauką specyficzną. Z jednej strony ma wszystkie cechy konieczne, by zaliczyć ją do nauk przyrodniczych. Wiedza medyczna gromadzona jest dzięki właściwej dla tej grupy nauk metodzie empirycznej, z charakterystyczną dla niej obserwacją oraz doświadczeniem, a wyniki dociekań są intersubiektywnie sprawdzalne, można je potwierdzić lub falsyfikować. Ciało ludzkie, jego normalne funkcjonowanie wraz z zachodzącymi w nim procesami chorobowymi to wielkości mierzalne i podatne na obserwację, a więc także przewidywalne, przynajmniej do pewnego stopnia. Jednak to tylko jeden wymiar medycyny i kto chciałby w tym miejscu postawić kropkę, zubożyłby ją bardzo, a nawet ostatecznie określiłby jej sens zupełnie nieadekwatnie. Z drugiej strony bowiem medycyna jest niewątpliwie jedną z nauk humanistycznych. Wynika to wprost ze specyfiki przedmiotu jej zainteresowań. Posiadając ciało, albo precyzyjniej — będąc ciałem, człowiek jest jednocześnie nie tylko ciałem. Stanowi go również owa wewnętrzna przestrzeń, którą zwykło się nazywać sferą duchową albo po prostu duszą. Cokolwiek by sądzić na temat jej pochodzenia i istoty, jedno wydaje się pewne: narzędzia nauk przyrodniczych wydają się w jej badaniu raczej siermiężne i ostatecznie zupełnie nieprzydatne. Współczesny lekarz zdaje sobie sprawę, że nie może się jedynie skoncentrować na zaburzeniach cielesnych, gdyż nie leczy jakiegoś anonimowego serca, nerki czy mózgu, ale — poprzez pojedynczy organ — leczy żywego, całego człowieka. By móc w procesie leczenia poznać i uwzględnić tę wewnętrzną przestrzeń człowieka, trzeba sięgnąć po inne metody, właściwe dla nauk humanistycznych: filozofii, a także — biorąc pod uwagę specyfikę zadawanych przez chorych pytań — teologii. W tym sensie medycyna należy więc również do nauk humanistycznych.

Ta specyfika medycyny ukazuje się bardzo wyraźnie w wyjątkowości relacji, którą zwykło się określać jako terapeutyczną: relacji między lekarzem a pacjentem. To właśnie jej zdefiniowanie będzie decydowało o sposobie spojrzenia na tytułowy spór niniejszego przedłożenia — spór o aborcję. Jej etyczna ocena jest pochodną sposobu, w jaki będzie się definiowało istotę medycyny, a w jej ramach — istotę relacji terapeutycznej. O głębokich przemianach, jakie mają miejsce w medycynie, nie trzeba nikogo przekonywać. Szereg aspektów tych przemian należy uznać za nieuchronne. Do takich należą problemy związane z eksplozją kosztów w związku z rozwojem możliwości diagnostycznych i terapeutycznych, kwestie zarządzania dostępnymi środkami czy też nieuchronna fragmentaryzacja, wynikająca ze specjalizacji. Wśród dokonujących się przemian nie sposób nie dostrzec również wielu aspektów pozytywnych, do których należy na przykład myślenie całościowe, uwzględniające również elementy psychosomatyczne, czy też uwrażliwienie na samostanowienie pacjenta. Istnieje

jednak szereg niepokojących zmian, a wśród nich najpoważniejsze dotyczą samych podstaw etyki medycznej.

Dotychczasową koncepcję medycyny związaną z tradycją proveniencji hipokratejskiej nierzadko oskarżano o paternalizm, którego symbolem był obraz lekarza jako „boga w bieli”. Nie ulega wątpliwości, że tego typu nadużycia, uzależnione w ogromnej większości przypadków bardziej od osobowości lekarza niż samej koncepcji relacji terapeutycznej, rzeczywiście się zdarzały. Medycyna hipokratejska miała jednak jedną istotną zaletę: jasno formułowała wiodącą wartość, wokół której ogniskowała się relacja terapeutyczna, a którą były przywrócenie zdrowia i ochrona życia pacjenta. Właśnie koncepcja wiodącej wartości, rozumianej jako etyczny punkt odniesienia, przetrwała wieki i pozostała aktualna nawet wtedy, gdy zredukowano zagrożenie związane ze zbytnim paternalizmem i niedopuszczalnym uprzedmiotowieniem pacjenta. Dzięki temu relacja terapeutyczna była oparta na czymś, co można by określić jako wspólną przestrzeń etyczną, zobowiązującą zarówno lekarza, jak i pacjenta. Akceptacja tej wspólnej przestrzeni etycznej nie musiała być ani każdorazowo na nowo negocjowana, ani też specjalnie deklarowana, gdyż dla wszystkich było jasne: lekarz to ten, który chroni życie i usiłuje przywrócić zdrowie, a pacjent — ktoś, kto dla osiągnięcia tych celów powierza siebie lekarzowi. Właśnie z takiego nastawienia wyrosła najwyższa zasada etosu lekarskiego: *salus aegroti suprema lex esto*, do dzisiaj obecna w Kodeksie etyki lekarskiej (KEL)³.

Nie ulega wątpliwości, że pogłębione rozumienie owego *salus aegroti*, czyli dobra chorego, nie może być definiowane wyłącznie przez samego lekarza, ale dokonuje się ono w ścisłej interakcji z pacjentem i z poszanowaniem jego decyzji. Tendencja do zredukowania zbytniego nachylenia paternalistycznego doprowadza jednak czasem do tego, że w miejsce dyktatu „boga w bieli” postuluje się dyktat „boga bez stetoskopu”, czyli pacjenta, a główną wartością etyczną i punktem odniesienia nie jest już *salus aegroti*, ale *voluntas aegroti*. Ta zmiana prowadzi do zupełnie odmiennej wizji medycyny, którą można by nazwać „medycyną (spełniania) życzeń”. Nie jest to zmiana kosmetyczna, ale fundamentalna. Staje się ona widoczna także na poziomie języka. Nie mówi się już o (obiektywnym) dobru pacjenta, ale o jego (subiektywnym) interesie; nie ma już leczenia, ale jest po prostu usługa medyczna, którą świadczy nie lekarz, lecz usługodawca. Ostatecznie w miejsce etosu pojawiają się wytyczne, a od osobistej odpowiedzialności chronią system oraz procedury, których ścisłe stosowanie ma decydować o moralnej kwalifikacji lekarza. W ramach takiej

³1. Powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu; lekarz nie może posługiwać się wiedzą i umiejętnością lekarską w działaniach sprzecznych z tym powołaniem. 2. Największym nakazem etycznym dla lekarza jest dobro chorego — *salus aegroti suprema lex esto*. Mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady (KEL, art. 2 ust. 1–2).

koncepcji lekarz zostaje zredukowany do instancji spełniającej wolę pacjenta zgodnie ze standardami, czyli z zastosowaniem wiedzy medycznej i współczesnej techniki medycznej. Taka koncepcja medycyny, rozumiana radykalnie, nie bierze poważnie pod uwagę ani wiedzy i kompetencji lekarza, dzięki którym może (i powinien) on działać w niektórych sytuacjach nieszablonowo, ani też jego integralności moralnej jako osoby, a więc autonomicznego podmiotu. Rozpada się wspomniana wyżej wspólna etyczna przestrzeń, stanowiona przez wartości zdrowia i życia, która miałaby zobowiązywać zarówno lekarza, jak i pacjenta.

Te obserwacje, związane z dokonującymi się przemianami w rozumieniu podstaw medycyny, pozwalają zrozumieć współczesną odsłonę sporu o etyczny wymiar aborcji.

Prawo do aborcji?

Spór ten uwyrażnia się szczególnie w języku. Chodzi o coraz częściej stosowany zwrot „prawo do aborcji”. Aborcja jest częścią propagowanych od lat 60. XX wieku tak zwanych „praw reprodukcyjnych”. Gdyby chcieć je rozumieć w sensie „praw ochronnych” (niem. *Abwehrrechte*), ich prawomocności nie sposób byłoby zaprzeczyć. Decyzje prokreacyjne stanowią kwestię tak dalece intymną i dotyczącą moralnego samostanowienia każdej osoby, że każda ingerencja zewnętrzna w decyzje dotyczące tej sfery (zakładając oczywiście, że decyzje te nie naruszają podstawowych praw i godności innych osób) byłaby czymś niedopuszczalnym. Tak rozumiane prawa reprodukcyjne wyrażają się w stwierdzeniu, że państwo, a także inne instytucje i osoby nie mają prawa stawiać przeszkód bądź stosować przymusu wobec swoich obywateli w zakresie zakładania rodziny i posiadania potomstwa.

Wraz z przesunięciem akcentu w stronę wspomnianej wyżej medycyny życzeniowej pojawiło jednak nowe rozumienie praw reprodukcyjnych. Celem wielu kampanii społecznych jest uczynienie z nich już nie tylko praw ochronnych, ale także „uprawnień” (niem. *Anspruchsrechte*), których spełnienia jednostka może się domagać od państwa. Oznacza to nie tylko stworzenie odpowiednich warunków ustawowych dla decyzji prokreacyjnych, ale również (przynajmniej częściowe) zainwestowanie w tym celu logistycznych, materialnych i finansowych resursów, którymi dysponuje państwo. Wśród tak rozumianych „praw reprodukcyjnych” wymienia się także prawo do „legalnego i bezpiecznego przerwania ciąży”, które, jak się twierdzi, powinno być powszechnie zapewnione, respektowane i wspierane. Dotychczas postulaty tego typu formułowane były w formie tak zwanego miękkiego prawa (*soft law*), jak określane są różnego rodzaju deklaracje, postulaty, odezwy czy rekomendacje organiza-

cji lobbujących czy gremiów międzynarodowych⁴. Nagromadzenie tego typu teoretycznie niewiążących dokumentów ma jednak doprowadzić do tego, że „prawa reprodukcyjne — wraz z prawem do aborcji — staną się elementami twardego prawa (*hard law*), co sprawiłoby, że prawodawcy w poszczególnych państwach zostaliby zobligowani do dostosowania do nich lokalnych kodyfikacji prawnych. Jednocześnie usiłuje się jak najściślej powiązać prawo do aborcji z katalogiem podstawowych praw człowieka — jako uprawnienie wynikające wprost z tego katalogu. Przy takim rozumieniu odmowa dostosowania regulacji prawnych do tego wymogu przez pracowników służby zdrowia, a także odmowa wykonania aborcji czy też współdziałania w jej wykonaniu, byłaby traktowana jako naruszenie praw człowieka [2]⁵. To usytuowałoby lekarza (lub innego przedstawiciela zawodów medycznych) odmawiającego aborcji w roli przestępcy, i to traktującego pacjentkę ze szczególnym okrucieństwem przez naruszenie podstawowych praw człowieka. W przypadku takiego rozumienia prawa nie można by również powołać się na sprzeciw sumienia.

Patos praw reprodukcyjnych nabiera nowego wymiaru w kontekście wprowadzenia na rynek i upowszechnienia preparatów działających przeciwnieźdzeniowo, do których należy także tabletki ellaOne, znana także pod nazwą pigułki „po”⁶. W wielu wypowiedziach ginekologów i przedstawicieli przemysłu farmaceutycznego podkreśla się, że nie należy jej wymieniać w kontekście aborcji, gdyż „nie powoduje przerwania istniejącej ciąży”. Taki dobór słów jest nieprzypadkowy. Stoi za nim określona definicja ciąży, według której za początek ciąży traktuje się dopiero zagnieżdżenie embrionu w macicy. Wszystko, co dzieje się wcześniej — w pierwszych kilku dniach życia embrionu, gdy wędruje on w jajowodzie w kierunku macicy, intensywnie się rozwijając, a więc od zapłodnienia do zagnieżdżenia — nie podchodzi pod definicję ciąży. Powstały już embrion, a więc istota ludzka, która rozpoczęła swoje unikalne i jedyne

⁴O tym, jak dalece tego typu narracja zaczyna dominować w dyskursie publicznym, świadczy paleta argumentów przedstawianych w gwałtownej dyskusji wokół projektu zaostrzenia prawa aborcyjnego (zob. przyp. 2). Całkowity zakaz aborcji byłby, jak twierdzą jego przeciwnicy, aktem okrucieństwa wobec kobiet. Status nienarodzonego dziecka i okrutne okoliczności jego gwałtownej śmierci w wyniku przerwania ciąży są zupełnie nieobecne w tej narracji, natomiast wprowadzenie zakazu aborcji jest traktowane jako przykład traktowania kobiet ze szczególnym okrucieństwem. Stosuje się więc do niego powszechnie przyjęty zakaz tortur.

⁵Wydana przed ćwierćwieczem książka Michela Schooyansa opisująca mechanizmy związane z historią legalizacji przerywania ciąży w świecie, pozwala nadal dobrze zrozumieć toczące się również współcześnie debaty na ten temat.

⁶W początkach 2015 r. Komisja Europejska podjęła decyzję o zniesieniu obowiązku wydawania ellaOne wyłącznie na receptę i udostępnieniu jej w aptekach na życzenie konsumentów. Polskie władze zastosowały się do tej decyzji, wprowadzając jedynie ograniczenie wieku — 15 lat. Po zmianie władzy w 2016 r. nowy minister zdrowia zapowiedział cofnięcie pozwolenia na swobodny obrót specyfiku. Pozostałby on wprawdzie dostępny, ale wyłącznie na receptę.

życie, jest traktowany jako lekko zmodyfikowana (bo zapłodniona) komórka jajowa, której nie trzeba poświęcać wiele uwagi. Zabicie takiego wczesnego embrionu nie będzie więc także traktowane jako działanie wczesnoporonne. Kwestia aborcji znika tu zupełnie z pola widzenia jako problem moralny, a staje się sprawą prywatną, ograniczającą się do dostępności preparatu medycznego lub jej braku.

Nowe akcenty w argumentacji etycznej dotyczącej aborcji

Dyskusja o dopuszczalności aborcji była przez całe dziesięciolecie prowadzona, z jednej strony, w kontekście obowiązku państwa do ochrony życia wszystkich obywateli, z drugiej zaś — szacunku dla wyjątkowości sytuacji ciąży oraz okoliczności z nią związanych i konsekwencji, jakie za sobą pociąga. Obecna dyskusja etyczna, prowadzona w ramach wzrastającej popularności „medycyny (spełniania) życzeń”, przechyliła się coraz bardziej w kierunku wyakcentowania prawa kobiety do samostanowienia, powiązanego z negacją osobowego statusu dziecka poczętego. Obydwa te założenia wymagają krytycznej analizy.

Najpierw należy przyjrzeć się definicji prawa do samostanowienia. Nie ulega wątpliwości, że należy ono do podstawowych praw osoby i pozostaje w mocy — jak to już wyżej stwierdzono — również w odniesieniu do zachowań prokreacyjnych. Trudno też negować fakt, że nieplanowana bądź wręcz niechciana ciąża jest związana zazwyczaj z intensywną burzą emocjonalną i może stanowić poważną życiową próbę. Mimo tego nie można stwierdzić, że sprzeciw wobec aborcji narusza prawo kobiety do samostanowienia, gdyż prawo to nie pojawia się dopiero w momencie stwierdzenia ciąży. Właśnie na podstawie prawa do samostanowienia podejmowane są kontakty seksualne, które mogą doprowadzić do poczęcia dziecka. Poczęcie nie jest nieprzewidywalnym zjawiskiem naturalnym, ale wynikiem podjęcia decyzji o współżyciu, chociaż czasami wynikiem niezamierzonym lub niechcianym. Konsekwencją prawa do samostanowienia jest więc również to, że człowiek powinien przejąć odpowiedzialność za skutki swoich własnych decyzji [3]. Trudno zatem zobowiązywać ustawodawcę lub pojedynczego lekarza do przejęcia odpowiedzialności za czyjeś osobiste, wolne wybory. Poza tym żaden człowiek — w przeciwieństwie do rzeczy czy dóbr intelektualnych — nie może być przedmiotem uprawnień kogoś innego, ale ma samodzielne prawo do życia, które powinno być respektowane. Dotyczy to również dziecka poczętego. W szczególnie trudnych sytuacjach — na przykład w wypadku gwałtu, gdy nie można mówić o dobrowolnie podjętym współżyciu, czy kiedy dziecko jest poważnie upośledzone (w sytuacjach tych spontanicznie pojawia się współczucie wobec matki, która stała się ofiarą czynu przestępczego bądź na którą spadnie ciężar opieki nad chorym dzieckiem) — trzeba pamiętać, że dziecko nie jest tu agresorem, ale kolejną możliwą ofia-

rażącej sytuacji, w której się znalazło bez swojej winy. Sceptycy zapytają: czy jednak w stosunku do ludzkiego płodu można w ogóle używać pojęcia „dziecko” lub „osoba”?

Dotykamy tu drugiej z kwestii — pytania o status embrionu lub płodu ludzkiego. Tam, gdzie prawo kobiety do samostanowienia zostaje nadmiernie wyakcentowane, kwestia ta schodzi na dalszy plan albo w ogóle się nie pojawia, chociaż jest ona w sporze o aborcję bez wątpienia kluczowa. Postęp medycyny sprawił, że nie sposób już twierdzić, iż w przypadku embrionu czy płodu ludzkiego mamy do czynienia jedynie z „grudką komórek” lub częścią ciała matki. Musi być on określony jako genetycznie i funkcjonalnie odrębny od matczynego organizmu, który rozwija się mocą własnej dynamiki, chociaż pozostaje w znacznym stopniu zależny od organizmu matki i jest przezeń stymulowany w swoim autonomicznym rozwoju. By mimo wszystko móc uzasadnić etyczną prawomocność aborcji, stosuje się koncepcję tak zwanego stopniowanego statusu embrionu, określaną też jako gradualistyczna [4]⁷. W jej ramach uznaje się, że embrion ludzki jest wprawdzie istotą ludzką, jednak nie osobą ludzką, a więc podmiotem praw — osobą ludzką staje się dopiero w trakcie rozwoju. Mamy tu zatem do czynienia z koncepcją stopniowego wzrostu wartości, a więc także godności, wraz ze zwiększającą się masą ciała, specjalizacją narządów czy wykształcaniem zdolności.

Koncepcja stopniowanego statusu jest uwikłana w wewnętrzne aporie. Jej największą słabością jest fundamentalne pomieszanie płaszczyzn. Usiłuje się bowiem wyrazić pojęcia etyczne, takie jak wartość i godność, w kategoriach fizykalnych, niemalże „procentowych”. W ramach takiego podejścia godność człowieka, jego status osobowy, byłaby stopniowalna, analogicznie do wartości rzeczy. Człowiek byłby zatem najpierw swoistym „kandydatem na człowieka”, potem „czwórczłowiekiem”, „półczłowiekiem” — i tak dalej. Problemem jest także, że godność osobowa (szczególna wartość) jest czymś wtórnie dodanym, niezwiązanym ściśle z życiem istoty ludzkiej. Gdybyśmy taką koncepcję przyjęli w stosunku do początku życia ludzkiego, dlaczego nie zastosować jej analogicznie również do jego końca? Wtedy umierający byłiby już na przykład jedynie „czwórczłowiekami”, co pozwoliłoby nie przejmować się tak bardzo ich losem w ramach opieki paliatywnej. Godność ludzka związana jest jednak nie ze stopniem rozwoju, ale z samym faktem istnienia; jeśli istnieje życie konkretnej ludzkiej istoty, to zasługuje ono na ochronę.

Nie jest zatem prawdą to, że postulat ochrony dzieci poczętych bazuje jedynie na założeniach światopoglądowych, które wolno każdemu mieć i według nich postępować w przestrzeni prywatnej, natomiast kodyfikacje prawne po-

⁷Przedstawiając różne modele koncepcji gradualistycznych Włodzimierz Galewicz wskazuje m.in. na modele statycznej bądź też dynamicznej rangi pośredniej zarodka ludzkiego od poczęcia lub od pewnego momentu rozwoju.

winni opierać się na „neutralnej” etyce. Już samo wyrażenie „etyka neutralna” jest tu nonsensem. Żadna etyka nie jest możliwa bez odpowiedzi na fundamentalne pytanie, kim jest człowiek i jaka jest specyfika jego działania. Odpowiedź ta, obok rzetelnych faktów, będzie zawierała także elementy światopoglądowe. Bez tych elementów każda istota ludzka — nie tylko embrion i płód, ale także niemowlę, dorosły i starzec — to jedynie mniej czy bardziej rozwinięta gruda komórek.

Klauzula sumienia

Wobec prawa, które mimo wszystko dopuszcza aborcję, lekarz (i każdy inny przedstawiciel zawodu medycznego), który chce przestrzegać podstawowej zasady etycznej swojego zawodu — ochrony życia każdego pojedynczego człowieka — powinien móc się powołać na sprzeciw sumienia. Jak to formułuje KEL, lekarz ma obowiązek („powinien”!) postępowania „zgodnie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną” (KEL, art. 4 i 41)⁸. Rzecz ciekawa, że w KEL pojęcie sumienia nie zostało zdefiniowane. Można to interpretować bądź jako wyraz przekonania autorów kodeksu, że jest to pojęcie powszechnie rozumiane i akceptowane, bądź też jako wyraz jego kapitulacji wobec sporu o sumienie toczącego się w ramach refleksji etycznej [5–7]. Nie ulega wątpliwości, że w pojęciu sumienia zawiera się najbardziej fundamentalna zdolność ludzkiego rozumu i że działanie zgodnie z własnym sumieniem należy do najgłębszych potrzeb człowieka, a przymus zewnętrzny do działania z nim niezgodnego — do najbardziej brutalnych i odrażających naruszeń ludzkiej godności.

Wiadomo jednak, że wrażliwość sumień różnych ludzi bywa odmienna i że nierzadko nie wydają one takich samych ocen w odniesieniu do tych samych sytuacji konfliktu moralnego. Obok tego subiektywnie indywidualnego aspektu nie można więc zapominać o aspekcie obiektywnym. Nawet w kontekście faktycznego pluralizmu postaw moralnych można wskazać na obiektywizujące punkty odniesienia, którymi są na przykład fundamentalne wymagania szacunku wobec każdej osoby ludzkiej. Osąd sumienia jest sądem rozumu, a więc aktem poznawczym [8]. Mimo że prawda moralna nie jest mu dana w taki sam sposób, jak prawda o rzeczywistości fizycznej, to jednak również w przypadku tej pierwszej człowiek nie jest w stanie jej ustanowić, a może ją jedynie odkryć i zająć wobec niej stanowisko. Sumienie pozwala rozpoznać moralne koordynaty sytuacji, w której znajduje się osoba, i wydać werdykt o kwalifikacji moralnej zamierzonych lub dokonanych działań lub zaniechań. Różnica w osądzie

⁸Osobny problem to zdefiniowanie „współczesnej wiedzy medycznej”. W coraz większym stopniu na to, co określa się jako współczesne standardy medyczne, składają się nie tylko wiedza medyczna, ale także decyzje ideowo-polityczne oraz podyktowane przesłankami biznesowo-finansowymi.

sumień różnych osób w odniesieniu do tej samej lub podobnej sytuacji będzie zatem związana ze stanem ich świadomości moralnej, a ten może być uwarunkowany zarówno wychowaniem, a potem samowychowaniem, jak i uprzednio dokonanymi decyzjami, za które człowiek ponosi już odpowiedzialność. Postępując zgodnie z własnym sumieniem, człowiek nie jest świadomy jedynie tego, że znajduje się niejako w potrzebie własnej wrażliwości moralnej i nie ubolewa nad własną odmiennością, prosząc otoczenie tylko o jej uszanowanie, ale ma świadomość postępowania zgodnego z rozpoznaną prawdą moralną, a więc racjonalnego i właściwego obiektywnie, a nie tylko subiektywnie. Co więcej, suponuje on, że racjonalność tego postępowania powinna być czytelna także dla innych. Jak się zdaje, taka supozycja stoi także za wyżej przywołanym sformułowaniem z KEL, gdyż zestawione w jednym zdaniu obie te instancje — sumienie oraz współczesna wiedza medyczna — nie wydają się ze sobą konkurować, ale jedna wspiera drugą. Wrażliwość sumienia pomaga lekarzowi właściwie stosować współczesną wiedzę medyczną, wiedza ta z kolei dostarcza sumieniu lekarskiemu niezbędnych informacji do podjęcia odpowiedzialnych decyzji terapeutycznych.

Sprzeciw sumienia lekarza będzie więc, obok pragnienia zachowania integralności moralnej, wyrazem niezgody wobec oceny moralnej danego działania, jaką podzielił ustawodawca, nadając prawu taki, a nie inny kształt. W demokratycznym państwie taki sprzeciw, jeżeli nie narusza fundamentalnych praw innych osób, powinien być respektowany. Jest on wyrazem poszanowania konstytucyjnego prawa do wolności sumienia każdego obywatela, a także otwartości ustawodawcy na coraz to lepsze rozwiązania prawne, do których inspiracją bywają nierzadko postawy pojedynczych obywateli. Inaczej sytuacja wygląda w państwach totalitarnych, w których władza uzurpuje sobie prawo decydowania nie tylko o kształcie ustawodawstwa, ale także o moralności jednostek. Wiedza o takich uzurpatorskich zapędach władzy oraz sprzeciw wobec łamania sumień nie jest, jak by się mogło wydawać, zdobyczą współczesności, ale zdaje się należeć do najstarszych intuicji moralnych ludzkości. W mistrzowski sposób wyraził tę intuicję starożytny tragik Sofokles, zestawiając na scenie swojej tragedii, na niemal pięć wieków przed Chrystusem, dwa zachowania wobec niesprawiedliwego prawa: Ismeny i Antygony. Obie siostry mają świadomość, że wydany przez Kreona zakaz pogrzebania ich zmarłego brata, Polinejkesa, jest niesprawiedliwy, jednak zajmują wobec niego odmienną postawę. Ismena deklaruje swoją bezradność i uległość. W poczuciu bycia podległą władzy, jest gotowa „tych słuchać praw i gorszych jeszcze” [9]. Co więcej, pod zewnętrznym naciskiem dokonuje się jej osobista kapitulacja: nie tylko, jak twierdzi, „musi” poddać się temu zakazowi i czuje się nim spętana, ale także deklaruje wewnętrzną gotowość do poddania się władcy w każdej sprawie. Ostatecznie jednak uzasadnienie takiej postawy brzmi bardzo pragmatyczne: sprzeciw byłby działaniem ponad siły, co Ismena uznaje za nieracjonalne.

Jej siostra, Antygona, zajmuje diametralnie odmienną postawę. Choć w dialogu nie pada pojęcie sumienia, Antygona stała się ponadczasowym symbolem sprzeciwu wobec władzy właśnie ze względu na sumienie. Co więcej, stając przed zdumionym Kreonem i odpowiadając na pytanie o to, dlaczego śmiała się sprzeciwić władcy, znając jego zakaz, bohaterka wskazuje nie tylko na swój siostrzany obowiązek, jakiego wymaga miłość do brata (moglibyśmy to nazwać elementem subiektywnym jej postawy). Kluczem do jej sprzeciwu jest uznanie sprzeczności decyzji Kreona z prawami obwieszczonymi przez największego z bogów — Zeusa oraz boginię sprawiedliwości Dike. Wobec tych najświętszych boskich praw, które choć niepisane, to jednak są wieczne, wola Kreona nie jest zgoła święta. Ujawnia się tu aspekt obiektywny sprzeciwu Antygony. Dotyczy on bowiem nie tylko konsekwencji decyzji Kreona w stosunku do losu Antygony, ale również prawomocności tej decyzji jako takiej. Antygona przedkłada posłuszeństwo prawom bogów nad decyzje ludzkiego władcy, nawet jeżeli ma za to zapłacić życiem [9].

Przywołanie w tym miejscu arcydzieła Sofoklesa pozwala dostrzec znaczenie sprzeciwu sumienia lekarza oraz innego pracownika medycznego w sytuacji, gdy domaga się od niego dokonania aborcji lub współuczestniczenia w niej. Lekarz oczekuje od ustawodawcy szacunku dla jego sumienia, ale jednocześnie wyraża swój sprzeciw wobec prawa legalizującego aborcję. Zapewniającą prawo do sprzeciwu tak zwana klauzula sumienia jest instrumentem prawnym, który zapobiega łamaniu sumienia pracowników służby zdrowia. Warto w tym miejscu przywołać Rezolucję nr 1763 Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy z 7 października 2010 roku. W Rezolucji tej stwierdza się, że żaden szpital, placówka czy osoba nie mogą być przedmiotem jakiejkolwiek presji czy dyskryminacji ani ponosić żadnej odpowiedzialności w wypadku, gdy odmówią przeprowadzenia aborcji czy eutanazji lub wzięcia udziału w którymś z tych zabiegów⁹. Teoretycznie klauzula sumienia jest zapewniona także w ustawodawstwie obowiązującym w Polsce. Teoretycznie, gdyż w ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (art. 39)¹⁰ prawo do sprzeciwu sumienia zostało powiązane z obowiązkiem wskazania realnej możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza. Należy krytycznie zapytać ustawodawcę, czy takie sformułowanie nie zawiera w sobie wewnętrznej sprzeczności. Zachowując prawo

⁹ „No person, hospital or institution shall be coerced, held liable or discriminated against in any manner because of a refusal to perform, accommodate, assist or submit to an abortion, the performance of a human miscarriage, or euthanasia or any act which could cause the death of a human foetus or embryo, for any reason”.

¹⁰ Artykuł ten został przez Naczelną Izbę Lekarską zaskarżony do Trybunału Konstytucyjnego jako niezgodny z Konstytucją RP. W orzeczeniu z 7 października 2015 r. Trybunał Konstytucyjny orzekł, że w przypadku skorzystania z klauzuli sumienia i odmowy wykonania świadczenia lekarz nie ma obowiązku współpracować w zapewnieniu pacjentowi realnej możliwości uzyskania żądanej usługi. Za zbyt szerokie i nieprecyzyjne zostało także uznane ograniczenie prawa do sprzeciwu sumienia w przypadkach niecierpiących zwłoki [10, 11].

w takim kształcie, lekarz musiałby ostatecznie i tak uczestniczyć w dokonaniu czynów, które ze względu na sumienie odrzuca. Trudno inaczej określić jego pośredniczącą rolę, która w każdym innym przypadku musiałaby zostać zakwalifikowana jako współudział. Jako poważną niespójność należy ocenić zapewnienie lekarzowi, z jednej strony, prawa do sprzeciwu sumienia, a z drugiej — nałożenie na niego obowiązku zapewnienia dostępu do wprowadzanie legalnych, ale etycznie kwestionowanych przez niego świadczeń¹¹.

Obserwując dyskusję dotyczącą kształtu opieki medycznej w Polsce zwłaszcza w kontekście kontrowersyjnych etycznie świadczeń medycznych, można dostrzec niepokojącą tendencję do traktowania sumienia w kategoriach przeobrażenia moralnego, pewnej osobowościowej słabości, którą trzeba wprowadzić w pewnym zakresie tolerować, generalnie jednak należy ją uważać jako pewien istotny brak. Profesjonalizm lekarza (a więc także potencjalna możliwość awansu i kariery) wiązałby się z brakiem sprzeciwu sumienia i jego gotowością do wykonywania bez sprzeciwu wszystkich świadczeń, które zostały prawnie dopuszczone, niezależnie od oceny sumienia, która uznawana jest jako prywatna¹².

Zakończenie: jakiej medycyny pragniemy?

Mimo nieuchronnych i częściowo pozytywnych przemian w obszarze medycyny zmiany w jej podstawowym rozumieniu i etycznym wymiarze nie są wydarzeniami naturalnymi, na które nie mielibyśmy wpływu, ale wynikiem refleksji i sporu oraz efektem kampanii społecznych, wpływu grup lobbujących — i tym podobnie. Zmiany w prawie również nie spadają z nieba, ale są uchwalane w efekcie sporów parlamentarnych, prowadzonych nierzadko pod naciskiem ograniczoności resursów, standardów, rekomendacji czy rezolucji. Nie są to zmiany ani nieistotne, ani peryferyjne, ale dotyczą samego sedna zawodu lekarskiego. W stosunku do przyszłości medycyny w naszym kraju dwa pytania wydają się być fundamentalne: jedno dotyczy kierunku, w jakim pójdzie ustawodawstwo, oraz tego, czy prawo do aborcji stanie się w Polsce

¹¹Warto w tym miejscu raz jeszcze przypomnieć słowa Jana Pawła II, skierowane 18 czerwca 2001 r. do katolickich położników i ginekologów: „Konflikt między presją społeczną a nakazami prawego sumienia może prowadzić do dylematu: czy porzucić praktykę zawodu lekarskiego, czy pójść na kompromis kosztem własnych przekonań. Stając wobec takiego problemu, winniśmy pamiętać, że istnieje droga pośrednia, dostępna dla katolickich pracowników służby zdrowia, którzy pozostają wierni swemu sumieniu. Jest to droga sprzeciwu sumienia, który winien być respektowany przez wszystkich, zwłaszcza przez prawodawców” [12].

¹²Takie wrażenie można odnieść z lektury Stanowiska Komitetu Bioetyki przy Prezydium PAN nr 4/2013 z dnia 12 listopada 2013 r. ws. tzw. klauzuli sumienia [13] (zob. też zdanie odrębne wobec tego stanowiska s. prof. Barbary Chyrowicz [14]).

„twardym prawem”; drugie zaś — statusu lekarza i innych pracowników służby zdrowia, a przede wszystkim tego, czy zostanie im zagwarantowana pełna wolność sumienia w razie sprzeciwu wobec aborcji i innych działań niezgodnych z podstawowymi zasadami etosu pracownika służby zdrowia. Na kształt tych zmian i ich kierunek nie miały wpływu będzie miało samo środowisko lekarskie.

Piśmiennictwo

1. Przysięga Hipokratesa, <http://www.oil.org.pl/xml/oil/oil68/tematy/hipokr> [dostęp: 29.01.2015].
2. Schooyans M. Aborcja a polityka. Instytut Jana Pawła II KUL, Lublin 1991.
3. Schockenhoff E. Etyka życia. Podstawy i nowe wyzwania (tłum. K. Glombik). Wyd. Wydziału Teologicznego UO, Opole 2014: 494–501.
4. Galewicz W. Status ludzkiego zarodka a etyka badań biomedycznych, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2013: 192–195.
5. Stanisław P., Pawlikowski J., Ordon M. (red.). Sprzeciw sumienia w praktyce medycznej — aspekty etyczne i prawne. Wydawnictwo KUL, Lublin 2014.
6. Sinkiewicz W., Grabowski R. Medyczne, etyczne i prawne aspekty sprzeciwu sumienia w praktyce medycznej. Wyd. Komisji Bioetycznej Bydgoskiej Izby Lekarskiej, Bydgoszcz 2015.
7. Lynch F. Conflicts of Conscience in Health Care. MIT Press, London 2010.
8. Styczeń T. Wprowadzenie do etyki. Wyd. TN KUL, Lublin 1995: 110–112.
9. Sofokles. Antygona (tłum. M. Brożek). Ossolineum, Warszawa 1965.
10. <http://trybunal.gov.pl/rozprawy-i-ogloszenia-orzeczen/wyroki/art/8602-prawo-do-odmowy-wykonania-swadczenia-zdrowotnego-niezgodnego-z-sumieniem> [dostęp: 5.04.2016].
11. Królikowski M. Post scriptum. W: Sinkiewicz W., Grabowski R. (red.). Medyczne, etyczne i prawne aspekty sprzeciwu sumienia w praktyce medycznej: 157–162.
12. http://www.opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/jan_pawel_ii/przemowienia/ginekologizy_18062001.html [dostęp: 31.01.2015].
13. <http://www.bioetyka.pan.pl/images/stories/Pliki/Stalowisko%20KB%20nr%204-2013.pdf> [dostęp: 31.01.2015].
14. <http://www.bioetyka.pan.pl/images/stories/Pliki/4-2013-Chyrowicz.pdf> [dostęp: 31.01.2015].