ISSN 1392-7450
SOTER 2007.24(52)

Agnė ŠIRINSKIENĖ
Mykolo Romerio universitetas

Bendradarbiavimo kitam nusikalstant problema vykdant ŽIV prevencijos programas

Bendradarbiavimo kitam nusikalstant klausimas vykdant ŽIV prevenciją yra mažiau tyrinėtas nei kitos bendradarbiavimo sritys. Tačiau ši analizė yra labai svarbi: ŽIV prevencijos programos paveikia labai didelį adresatų skaičių, jose dalyvauja daug vaikų ir jaunimo, į programų kūrimą įtraukiami ne tik medikai, bet ir socialiniai darbuotojai, mokytojai bei kiti specialistai. Straipsnio tikslas – analizuoti bendradarbiavimą kitam nusikalstant ŽIV prevencijos kontekste. Straipsnyje apibrėžiama bendradarbiavimo kitam nusikalstant sąvoka, formos, jos nagrinėjamos ŽIV prevencijos kontekste. Aptariami bendradarbiavimą sunkinantys veiksniai. Taip pat pabrėžiama politinės atsakomybės svarba priimant sprendimus ŽIV prevencijos srityje.

The question of HIV prevention and the cooperation in evil receives less attention from the bioethicists than other areas of cooperation. However, the issue is very important from both scientific and social points of view, as HIV prevention addresses a huge number of people, especially children and young people, and the implementation of programs is being done not only by health care workers, but also involves social workers, teachers and other specialists. The article analyses the concept of the cooperation in evil and various forms of such cooperation in the context of HIV prevention. The question of political responsibility in the process of decision-making and HIV policy development is also being discussed.

Įvadas

Žmogiškieji veiksmai nėra reiškiniai, kurie prasideda ir baigiasi, nepaveikdami žmogaus. Jie taip pat „neatsitinka“ asmeniui, o labiau yra išorinė laisvų ir tikslingų žmogaus pasirinkimų išraiška[1], pasibaigianti vienokiu ar kitokiu rezultatu. Žmonijos praktika rodo, kad žmonės, kaip socialios būtybės, nėra izoliuoti sociume ir, siekdami užsibrėžto rezultato, veikia drauge ir bendradarbiauja. Tačiau bendradarbiavimas, nors ir būdamas visuomenės bendrojo gėrio kūrimo garantu, ne visada yra nukreipiamas bendrajam visuomenės gėriui sukurti ar asmens gėriams puoselėti. Čia ir iškyla bendradarbiavimo kitam nusikalstant problema bei poreikis apibrėžti šio bendradarbiavimo formas bei leistinumo ribas.

Bioetikos srityje išsamios mokslininkų analizės jau sulaukė bendradarbiavimas kitam nusikalstant ir atliekant abortą, embriono kamieninių ląstelių tyrimus, eutanaziją ar savižudybę padedant gydytojui. Čia bendradarbiavimas kitam nusikalstant dažniausiai nagrinėjamas analizuojant paciento, gydytojo ir kito medicinos personalo darbuotojo santykį.[2] Bendradarbiavimo kitam nusikalstant klausimas vykdant ŽIV prevenciją yra tyrinėtas kur kas mažiau, nėra atlikta Lietuvos Respublikoje vykdomų ŽIV prevencijos programų analizė bendradarbiavimo kitam nusikalstant aspektu. Tačiau ši analizė yra labai svarbi: ŽIV

prevencijos programos paveikia labai didelį adresatų skaičių, jose dalyvauja daug vaikų ir jaunimo, į programų kūrimą įtraukiami ne tik medikai, bet ir socialiniai darbuotojai, mokytojai bei kiti specialistai. Įvertinus minėtą problematiką, keliamas toks straipsnio tikslas – analizuoti bendradarbiavimą kitam nusikalstant ŽIV prevencijos kontekste. Darbe keliami uždaviniai – apibrėžti bendradarbiavimo kitam nusikalstant sąvoką bei jo formas ir nagrinėti jas ŽIV prevencijos kontekste; įvardinti bendradarbiavimą kitam nusikalstant sunkinančius veiksnius. Tyrimo metodas: mokslinių bioetikos ir moralės teologijos veikalų bei prevencijos programas apibrėžiančių dokumentų analizė.

Bendradarbiavimo kitam nusikalstant formos

Tenka pripažinti, jog vykdant ŽIV prevenciją akivaizdžiai siekiama gero tikslo – išvengti ŽIV infekcijos perdavimo tarp intraveninius narkotikus vartojančių ar atsitiktinius lytinius santykius besirenkančių asmenų. Vadinasi, išvengti ir bereikalingų mirčių, ir, be abejo, tų ekonominių, socialinių problemų, kurias sukelia didėjantis užsikrėtusiųjų ŽIV skaičius. Todėl, analizuojant programų rengėjų lūkesčius ir pripažįstant jų gerumą ir pagrįstumą, tampa aišku, jog moralinę problemą ir etinę įtampą kelia ne tai, kad norima užkirsti kelią ŽIV infekcijos plitimui, bet tai, kiek glaudžiai prevenciniai veiksmai yra susiję su narkotikų vartojimu ne gydymo tikslais, nesantuokiniais lytiniais santykiais, galimu jų skatinimu, ir pasekmėmis, kurias visa tai sukelia. Vadinasi, vertinant prevencinių programų etinį priimtinumą, reikia analizuoti, ar jų vykdymo metu yra bendradarbiaujama kitam žmogui nusikalstant, t. y. ar yra bendradarbiaujama darant blogį.

Bendradarbiavimas kitam nusikalstant (*kitaip* – bendradarbiavimas blogyje) yra apibrėžiamas kaip vieno asmens dalyvavimas moraliai nepateisinamuose kito asmens veiksmuose.[3] Natūralu, kad šis dalyvavimas atskirais atvejais yra nevienodo laipsnio ir bendradarbiaujantysis gali nusikalsti mažiau arba net iš viso nenusikalsti. Dėl šių priežasčių, siekiant nustatyti bendradarbiavimo sunkumą tradicinėje moralės teologijoje, yra skiriamas *formalus* ir *materialus* bendradarbiavimas. *Formaliu* vadinamas toks bendradarbiavimas, kai tiek veikiantysis asmuo, tiek bendradarbiaujantis moraliai neleistiname veiksme veikia su ta pačia bloga intencija ir vienodai pritaria daromam blogiui. Tai yra, bendradarbiautojas sąmoningai siekia padėti pagrindiniam veikėjui atlikti moraliai blogą veiksmą ir dalinasi su juo tais pačiais ketinimais. Todėl, vertinant iš moralės pozicijų, formalus bendradarbiavimas visada yra moraliai neleistinas: „Krikščionys, kaip visi geros valios žmonės, griežto sąžinės įpareigojimo pašaukti formaliai nebendradarbiauti praktikose, kurios, tegu ir leistos pilietinių įstatymų, prieštarauja Dievo įstatymui. Moralės požiūriu visada tikrai nepateisinama formaliai bendradarbiauti su blogiu. <…> Tokio bendradarbiavimo negalima pateisinti nei apeliuojant į kitų žmonių laisvę, nei nurodant faktą, jog jo reikalauja ar jį leidžia pilietiniai įstatymai. Kiekvienas moraliai atsako už veiksmus, kuriuos jis atlieka; niekas negali būti nuo šios atsakomybės atleistas ir jos pagrindu visus teis pats Dievas (*Rom* 2, 6; 14, 12)“.[4] Atkreiptinas dėmesys, jog šiame Enciklikos *Evangelium vitae* teiginyje pažymima, kad formalaus bendradarbiavimo negalima pateisinti ir veiksmų teisėtumu, kai veiksmo reikalauja ar veiksmą įgalina įstatymas, nes formalaus bendradarbiavimo neleistinumas kyla ne iš įstatymo buvimo ar jo nebuvimo. Dar daugiau,

formaliam bendradarbiavimui blogyje skatinantis įstatymas subjekto, kuriam yra adresuotas, neįpareigoja jį vykdyti. Tai ypač svarbu vertinant prevencijos programas, kurios yra legalios, o jų taikymas tampa rekomenduotinu ar net privalomu švietimo ar sveikatos priežiūros įstaigoms.

Formaliu bendradarbiavimu kitam nusikalstant būtų galima laikyti „žalos mažinimą", t. y. tas programas, kurios nekovoja su rizikingu elgesiu – ŽIV plitimo priežastimi, bet padeda išvengti rizikingo elgesio pasekmių. Tokioms „žalos mažinimo" programoms galėtume priskirti:

- švirkštų keitimo programas, jei jos vykdomos pritariant narkotikų vartojimui ir siekiant jį palengvinti, reklamuoti;
- metadono programas, jei jos vykdomos su tikslu suteikti pakaitinę terapiją tol, kol asmuo neturi lėšų kitoms narkotinėms medžiagoms, arba su tikslu saugų narkotikų vartojimą panaudoti kaip argumentą narkotinių medžiagų legalizavimui;
- „saugaus" sekso propagavimą ŽIV prevencijos kontekste, turint tikslą palengvinti ir paskatinti nesantuokinius paauglių lytinius santykius, kuriant vartotojus ir rinką kontracepcijos pramonei ar pan.

Tam, kad tokį tikslą turinčios prevencijos formos yra moraliai nepateisinamos, pritaria net ir tie teologai, kurie šiaip jau yra linkę pritarti „mažesnio blogio" pasirinkimui prevencijoje. Jie taip pat pripažįsta, jog būtų moraliai neleistina narkotikus vartojantiems asmenims legaliai pardavinėti narkotines medžiagas ir teisintis, esą legaliai parduodant yra nepritariama nelegaliam narkotikų vartojimui. Juk nesvarbu, ar narkotikai legalūs, ar ne – jų vartojimo rezultatas yra tas pats.[5] Kita vertus, „žalos mažinimo" programos dažniausiai nedeklaruoja tikslų, kurie būtų susiję su narkotikų vartojimo skatinimu ar kontracepcijos pramonės plėtimu, taigi ne visų žalos mažinimo programų vykdymą galima vadinti formaliu bendradarbiavimu.

Tai ir įneša nemažai sumaišties į moralinį tokių programų vykdymo vertinimą, kadangi materialaus bendradarbiavimo apibrėžimas bei tokio bendradarbiavimo leistinumo ribų nustatymas yra gerokai sudėtingesnis. *Materialus bendradarbiavimas* yra labiau susijęs su veiksmo objektu ir bendradarbiavimu palengvinant paties nemoralaus veiksmo atlikimą nei su intencija, kaip yra formalaus bendradarbiavimo atveju.[6] Tada, kai veiksmo objektas yra tas pats, nors jo siekdami asmenys gali ir neturėti bendros intencijos, materialus bendradarbiavimas yra *tiesioginis*. Šis tiesioginio materialaus bendradarbiavimo prilyginimas formaliam bendradarbiavimui kyla dėl to, kad praktiškai yra sunku įsivaizduoti situaciją, kurioje asmuo sąmoningai atliktų blogą veiksmą savo valia nenusprendęs ir neturėdamas tikslo to veiksmo atlikti.[7] Juolab, kad yra veiksmų, kuriuos pats objektas padaro blogais nepriklausomai nuo intencijos ir aplinkybių.

Kai bendradarbiaujantis tiesiogiai neprisideda prie veiksmo atlikimo, tačiau pasirenka tokius veiksmus ar sukuria tokias aplinkybes, kurių dėka kitas galės įvykdyti nemoralų veiksmą arba tam veiksmui bus paskatinamas, turime *netiesioginį materialų bendradarbiavimą*. Vertinant šį bendradarbiavimą kitam nusikalstant yra svarbios dvi su bendradarbiaujančiu asmeniu ir jo aplinka susijusios aplinkybės: nebendradarbiavimo pasekmių baimė ir bendradarbiavimo atgarsiai aplinkoje, pvz., skandalas, papiktinimas ar pan. Tai veiksniai, galintys pasunkinti ar palengvinti materialai bendradarbiaujančio asmens

moralinę atsakomybę. Tačiau šie veiksniai niekada nepakeičia paties atliekamo veiksmo moralumo.[8]

Prielaidas materialiai nusikalsti sudarantis veiksmas savyje gali būti net geras ar neutralus. Pastaruoju atveju bendradarbiaujama kitam nusikalstant tik tada, kai pagrindinio veikėjo atliekamas nemoralus veiksmas būna iš anksto numatytas. Būtent dėl to, sprendžiant apie bendradarbiaujančiojo veiksmo moralumą, O'Donellis siūlo naudotis dvigubos pasekmės principu. Tada būtų vertinama, ar dvigubos pasekmės principas padėtų nustatyti pusiausvyrą tarp vienos šalies bendradarbiavimo būtinumo ir nusikaltimo sunkumo, kurį kita šalis atliks pasinaudodama bendradarbiavimu.[9] Vadinasi, yra galimi atvejai, kai netiesioginis materialus bendradarbiavimas bus leistinas. Bet ar toks leistinumas atsiranda „mažinant žalą"? Manytina, jog ne. Taip yra dėl keleto priežasčių.

Kaip žinia, bendradarbiavimo blogis glūdi pačioje programų prigimtyje, nes kai narkotikus vartojantiems asmenims švirkštai duodamai keitimo programos metu, yra aiškiai žinoma, jog šie asmenys su jais švirkšis kvaišalus ir tai darys tikrai ne gydymo tikslais. Lygiai taip pat reklamuojant prezervatyvą „saugiam" seksui, yra suvokiama, kam jis skirtas, kitaip reklama būtų beprasmė. Todėl tiek švirkštų keitimas, tiek ir saugaus sekso reklama yra labai glaudžiai susiję su nemoraliais veiksmais – narkotikų vartojimu ne gydymo tikslais, neatsakingais lytiniais santykiais. Keitimas ir reklama suteikia arba siūlo priemonę, kuri narkotikų vartojimą padaro galimą (švirkštų atvejis) arba palengvina nesantuokinius santykius (prezervatyvų reklama). Tokį netiesioginį materialų bendradarbiavimą blogyje apsunkina ir tai, kad tiek švirkštų keitimas, tiek prezervatyvų reklama nėra tikrai būtini, nes apsisaugoti nuo ŽIV galima renkantis kitas efektyvesnes ir nesukeliančias moralinės įtampos prevencines priemones (pvz., reabilitacijos bendruomenės narkomanams, lytiškumo ugdymo programos paaugliams). Remiantis materialaus bendradarbiavimo kriterijais, tenka pripažinti, kad šio bendradarbiavimo laipsnis ir atsakomybė už jį priklausys ir nuo to, kokias pasekmes šios prevencinės programos turi ir kokias pareigas bendradarbiaujantis asmuo užima programų rengime, vykdyme, jų finansavime, nes kiekvienas žmogaus įpareigojimo sustabdyti narkotikų vartojimą ar kitą daromą blogį laipsnis nėra vienodas. Tad natūralu, kad palankios žalos mažinimui aplinkos kūrimas politiko sprendimu bendradarbiavimo kitam nusikalstant atžvilgiu bus sunkesnis veiksmas, nei, pavyzdžiui, valytojos darbas švirkštų keitimo punkte.

Dėl išskirtinės svarbos politinė atsakomybė ir bendradarbiavimo problema aptariama ne tik pavienių teologų darbuose, bet ir Vatikano ar vyskupų konferencijų pasisakymuose. Jau 2001 metų kovo 29 dieną Vatikano delegacijos atstovas Jungtinėse Tautose Dominigue Rézeau pabrėžė, jog atskirų valstybių politine valia saugų narkotikų švirkštimąsi remiančios „gatvės klinikos" pamina žmogaus orumą bei prieštarauja tarptautinėms sutartims, kurios griežtai pasisako prieš nelegalius narkotikus bei narkotikų vartojimą ne gydymo tikslais.[10] Tad panašu, kad sąlyginai galima kalbėti ne tik apie asmenų ar jų grupių, bet ir apie ištisų valstybių bendradarbiavimą nusikalstant.

Politinė atsakomybė ir bendradarbiavimas kitam nusikalstant prevencinių programų metu susiduria ir tada, kai žalos mažinimo programas lydi tarptautinių institucijų spaudimas. Tarptautinės organizacijos dažnai iškelia sąlygą, kad prezervatyvų pasiūlos užtikrinimas yra privalomas siekiant gauti tarptautinių fondų lėšas AIDS prevencijai. Panašių

bendradarbiavimo problemų kyla ir valstybėse, turinčiose katalikiškas gydymo įstaigas, kai šios įstaigos netenka valstybės biudžeto dotacijų arba galimybių pretenduoti į dalyvavimą konkursuose dėl to, kad nevykdo žalos mažinimo programų.[11] Bendradarbiavimas ir pasidavimas tokiam spaudimui katalikiškoms gydymo įstaigoms reikštų jų identiteto praradimą, o raginimas bendradarbiauti veiksmuose, kuriems prieštarauja moraliniai įsitikinimai, prieštarauja ir sąžinės laisvės principui.[12] Todėl šio bendradarbiavimo kitam nusikalstant atveju, kaip ir visais kitais atvejais, asmenims, dirbantiems sveikatos apsaugos sistemoje, būtų etiška užtikrinti galimybę atsisakyti dalyvavimo moraliai nepriimtinų veiksmų planavime, parengime bei vykdyme. Kaip primena *Evangelium vitae*, tuos, kurie atsisakydami bendradarbiauti remiasi savo sąžine, privalu apsaugoti nuo bet kokių neigiamų teisinio, drausminio, finansinio ar profesinio pobūdžio padarinių.[13] Tad apibendrinant bendradarbiavimo formas tenka pažymėti, kad jos atsiskleidžia ne vien pavienių asmenų veikloje, bet, kas svarbiausia, – ir labai plačiame socialiniame kontekste, kuris apima net tarpvalstybinius santykius. Kita vertus, teologų darbuose dar tebėra diskutuojama dėl bendradarbiavimo blogyje apimties. Šios diskusijos toliau ir bus nagrinėjamos, kritiškai vertinant jų argumentus.

Žalos mažinimą kaip bendradarbiavimą kitam nusikalstant pripažįsta ne visi teologai, ir diskusija dėl bendradarbiavimo yra gana aštri. Pavyzdžiui, savo veikaluose dažnai svarstantis AIDS sukeltas bioetines problemas teologas J. Fulleris pritaria, kad narkotikų vartojimas ne gydymo tikslais yra moraliai nepriimtinas. Tačiau J. Fulleris taip pat pripažįsta ir tai, jog esamu momentu yra svarbiau užkirsti kelią infekcijos plitimui, nei paisyti moralinių narkotikų vartojimo aspektų. Pasak šio teologo, švirkštų keitimo programos yra reikalingos ir etiškai priimtinos, nes jos *čia ir dabar* esančiai situacijai pateikia optimalų sprendimą.[14] R. McCormickas švirkštų keitimą sulygina su pagalba girtam vairuotojui. Visi pripažįsta, jog žmogus vairuoti girtas negali. Todėl parvairuodami to žmogaus mašiną namo, mes neremiame jo girtuokliavimo, bet sumažiname grėsmę, kurią vairuodamas neblaivus jis gali sukelti. Pasak R. McCormicko, tas pats įvyksta ir dalinant švirkštus: narkomanijai yra nepritariama, tačiau mažinama grėsmė užsikrėsti ŽIV.[15]

Svarbu atkreipti dėmesį ir į tai, kad švirkštų keitimą remiantys bioetikos specialistai kartu įžvelgia, jog švirkštų keitimas nėra būtinas, kad žmonės galėtų vartoti narkotikus, nes esant švirkštų keitimo programai ar ne, narkotikai vis tiek bus vartojami.[16] Šis pastebėjimas J. J. Ferrerui leidžia kalbėti apie tai, kad švirkštų keitimas, kaip bendradarbiavimas kitam nusikalstant, yra moralus, tačiau pamirštamas faktas, kad švirkštas vis dėlto yra pagrindinis narkotikų vartojimo įrankis, be kurio narkotikus vartojantis asmuo negali išsiversti. Bendradarbiavimą kartais bandoma pateisinti ir prevencijos tikslais. Tada, remiantis plačiai žinomo teologo B. Häringo autoritetu, daroma išvada, jog bendradarbiavimas yra ne tik leidžiamas, bet netgi privalomas, nes visuomenė turi rasti efektyvias priemones, kurios gali apriboti epidemijos plitimą ir sumažinti jos pasekmes.[17] Būtent dėl pastarosios minties švirkštų keitimo šalininkus galima susieti su utilitarizmu, ir tokios pastangos pamatuoti galutinį rezultatą pagal vieną mastelį yra labai trikdančios, nes tada daug žmogiškų vertybių norima paversti viena vertybe – nauda. Šių skaičiavimų akivaizdoje sunku pasverti tikrąją naudą visuomenei ir pavojų konkrečiam žmogui, kuris, pavyzdžiui, susigundęs tariamu narkotikų vartojimo saugumu, vis tiek bus infekuotas ar mirs nuo per-

dozavimo. Dėl utilitaristinio mąstymo žmogaus kaip unikalus asmens vertė tokiu atveju lieka nuošalėje, o pirmumo teisė atitenka išankstiniam pasekmės numatymui. Moralumo matu tampa ne žmogaus buvimas asmeniu, bet tai, kas čia ir dabar įvairiomis prasmėmis yra naudinga. Todėl galima daryti išvadą, jog bendradarbiavimas kitam nusikalstant ŽIV prevencijos programų metu labai iškreipia teisingą santykį tarp asmenų ir naudą paverčia asmenų santykio matu. Utilitaristinė pasaulėžiūra sukuria prielaidas ir papildomiems veiksniams, kurie apsunkina bendradarbiavimą blogyje.

Bendradarbiavimą blogyje vykdant ŽIV prevencijos programas sunkinantys veiksniai

ŽIV prevencijos kontekste nagrinėjant bendradarbiavimą kitam nusikalstant galima išskirti ir papildomus veiksnius, kurie padidina bendradarbiavimo sunkumą. Tai: mažas prevencijos programų ištyrimo laipsnis, dalyvavimas kėsinantis į asmens gėrius ir nesąžiningumas programų adresato atžvilgiu.

1. **Mažas ŽIV prevencijos programų ištyrimo laipsnis.** ŽIV prevencijos programos, ypač švirkštų keitimo programos, taikomos palyginti labai neseniai. Ilgalaikio jų efekto dar niekam nėra tekę pajusti. Tad ilgalaikes pasekmes galima tik prognozuoti, remiantis analogiškų prevencinių programų efektyvumu, pavyzdžiui, švirkštų keitimu hepatito B prevencijoje. Šios programos buvo vykdomos 7–8 dešimtmečiais, t. y. dar iki ŽIV infekcijos atsiradimo. Kelis dešimtmečius Italijoje trukę tyrimai parodė, jog hepatito B švirkštų keitimo programos nėra pajėgios sustabdyti.[18] Vadinasi, yra tikėtina, jog į ŽIV prevenciją orientuotas programas ištiks toks pat likimas. Šią tendenciją liudytų ir dalis dabar atliekamų tyrimų. 1997 metais Vankuveryje atliktas nuo 1988 metų vykusios švirkštų keitimo programos vertinimas. 1988 metais pradedant švirkštų keitimo programą ŽIV infekuotų narkotikų vartotojų tebuvo vos 1–2 procentai, o 1997 metais jų skaičius buvo išaugęs iki 23 procentų. Nepaisant to, kad net 92 procentai tirtų narkomanų nuolat naudojosi švirkštų keitimo programų paslaugomis, infekuotais vien per 1996 metus tapo net 18,6 procento tyrimo dalyvių.[19] Taigi narkotikų vartojimas nesumažėjo, o ŽIV infekuotų asmenų skaičius išliko gana aukštas, nors Vankuverio švirkštų keitimo programa ilgą laiką buvo vadinama pavyzdine. Kaip pripažįsta Pasaulinės narkotikų politikos instituto direktorius E. A. Vothas, pasaulyje nėra įrodymų, kad švirkštų keitimas būtų veiksmingesnis nei švietimo ir ugdymo programos, o Vankuverio tyrimas yra gera to iliustracija.[20] Mokslininkas, ilgus metus dirbęs R. Reagano, B. Clintono ir J. Busho patarėju, yra išreiškęs susirūpinimą dėl to, kad ir Lietuvoje pradėtas švirkštų keitimas.[21] Šis įspėjimas yra labai svarbus ir tuo, kad Lietuvoje pasirinktas švirkštų keitimo programų modelis mažai kuo skiriasi nuo taikyto Vankuveryje.

Heidelbergo universiteto (Vokietija) specialistų vertinimu, Lietuvoje dar nėra atlikta jokių išsamesnių „žalos mažinimo“ programų veiksmingumo tyrimų.[22] Tad tolesnė programų plėtra, neįsitikinus jų efektyvumu, turėtų būti ribojama. Tačiau 2003 metais, neturint jokio mokslinio pagrindimo, imta kalbėti ir apie „mobilias paslaugas“, kurios būtų orientuotos į paauglius nuo 10 metų amžiaus ir, atveždamos ŽIV prevencijoje dirbančius žmones į vaikų ir jaunimo susibūrimo vietas, užtikrintų jiems „saugaus sekso“ priemonių,

švirkštų prieinamumą (pvz., projektas „Jaunimui palankios paslaugos Lietuvoje“).[23] Ši tendencija neturi precedento pasaulyje, kadangi paprastai yra stengiamasi riboti „mobilių paslaugų“ prieinamumą, nustatant amžiaus cenzą, pvz., 21 metus, arba pasirenkant vietas, kuriose nesilanko nepilnamečiai, pvz., nustatomi atstumo apribojimai rengiant mobilias paslaugas vietovėse, kur yra mokyklos.[24] Problemiška ir tai, kad visiems „mobilių paslaugų“ vartotojams garantuojamas konfidencialumas, taigi nepilnamečių narkotikų vartotojų tėvai gali net nesužinoti apie vaikų priklausomybę arba apie jų hospitalizavimą perdozavus, jei tai prieštaraus nepilnamečio interesams. Tai susiaurina tėvų teises ir kartu nepagrįstai padidina ne tik moralinę, bet ir teisinę sveikatos apsaugos sistemoje dirbančio asmens atsakomybę. Juk medikas bus tas, kuris ir interpretuos „interesus“, ir vienas apsispręs, pranešti tėvams ar ne. Tokį pasirinkimą dar labiau apsunkintų „interesų“ sąvokos platumas, kai nepilnamečio interesas yra suprantamas kaip „ištisas kompleksas jo auklėjimo, raidos, materialiųjų ir kitokių priemonių, kurios turi padėti jam tapti subrendusia, savarankiškai gyventi visuomenėje pasirengusia asmenybe“.[25] „Komplekso“ įvertinimas, apimantis labai platų veiksnių spektrą, yra labai sudėtingas procesas. O sąvokos platumas visada paliks tėvams galimybę užginčyti sprendimą laikytis konfidencialumo. Tad panašu, kad „mobilios paslaugos“ Lietuvoje sukels dar nemažų diskusijų. Apibendrinant tenka pripažinti, jog bendras programų neištyrimas ir moksliniais duomenimis nepagrįstas konfidencialumo laikymasis, visuotinis mobilių paslaugų prieinamumas apsunkina bendradarbiavimą blogyje, kadangi paveikia labiausiai pažeidžiamos grupės – nepilnamečių interesus.

2. Dalyvavimas kėsinantis į asmens gėrius ir nesąžiningumas programų adresato atžvilgiu. Asmens nutarimu, pagrįstu žmogaus laisve apsispręsti, prasidėjęs narkotinių medžiagų vartojimas pažeidžia kiekvieno žmogaus pareigą saugoti savo sveikatą ir gyvybę. Kaip savižudybės, taip ir narkotikų vartojimo atveju su gyvybe elgiamasi kaip su privačia, asmeniui priklausančia nuosavybe ir paneigiama gyvybės, kaip didžiausios žmogaus dovanos, kuria disponuoti nei pats asmuo, nei aplinkiniai neturi jokios teisės, samprata.[26] Todėl narkotikų vartojimas ne gydymo tikslais yra rimtas asmens gėrio, gyvybės pažeidimas. Asmuo, kuris pats sąmoningai ne gydymo tikslais vartoja narkotikus arba sudaro sąlygas tai daryti kitam asmeniui, elgiasi nemoraliai.

Kadangi narkotikai yra nukreipti prieš asmens gėrį, todėl žmogus nėra moraliai laisvas pasirinkti ne gydymo tikslais vartoti narkotikus ar jų vartojimo būdą. Taigi teisė į narkotikus neegzistuoja. Egzistuodama ji prieštarautų visuomenės gerovei ir interesams. Neleistina kalbėti ir apie žmogaus teisę į narkotines medžiagas dėl to, kad jis be jų jau nebegali gyventi. Būtent pakaitinės narkotinės medžiagos ir yra teikiamos metadono programų metu, kai siekiant, kad žmogus nenaudotų nelegalių narkotinių medžiagų, jam teikiamos legalios medžiagos. Todėl pripažinus žmogui teisę gauti metadoną, paminama žmogaus teisė į realią pagalbą priklausomybės atveju ir jo galimybė gauti adekvačią sveikatos priežiūrą. Taip pat teisę į realią pagalbą pamina ir bandymai liberalizuoti lengvuosius narkotikus, dažnai lydintys švirkštų keitimo programas.

Nereikia pamiršti, jog pasiūlant narkotikus vartojančiam asmeniui švirkštą, o prezervatyvą – galimai lytiškai aktyviam paaugliui, yra lyg susitaikoma su tuo, jog jis yra bejėgis ir jau nebegali atsisakyti savo veiksmų: mesti vartoti narkotikus, susilaikyti nuo lytinių santykių iki vedybų. Kartu taip pat pripažįstama, jog ir visuomenė niekuo negali

padėti, tik pakeisti jo panaudotą švirkštą ar dalinti prezervatyvus. Todėl ***švirkštų keitimas ar „saugaus sekso reklama“ yra nesąžiningas veiksmas asmens atžvilgiu***. Amerikiečių teologas G. Grisezas siūlo sąžiningumą narkotines medžiagas vartojančio asmens bei jo aplinkinių atžvilgiu laikyti vienu iš kriterijų, kurio įvykdymas leistų kalbėti apie moralinį programos priimtinumą.[27]

Programų nesąžiningumą vartotojo atžvilgiu paaštrina ir tai, kad, priešingai nei reabilitacijos priemonės, švirkštų keitimo programos nebando ištraukti narkotines medžiagas vartojančio asmens iš jam įprastos aplinkos, susitaiko su jo primetamu bendravimo būdu. Tuo tarpu, kaip pažymi su narkotikus vartojančiais asmenimis dirbantys medikai ir psichologai, vietos, aplinkos pakeitimas ir nesitaikstymas su narkotikus vartojančio asmens primetamu bendravimo būdu yra viena iš sėkmingo narkomanijos gydymo prielaidų.[28] Naujoje aplinkoje asmuo yra atskirtas nuo daugelio dirgiklių, kurie asocijuojasi su jo priklausomybe, ir tik šių dirgiklių pašalinimas padeda žmogui sugrįžti į „realų pasaulį“.[29] Net patys švirkštų keitimo programos rengėjai prisipažįsta, jog „žalos mažinimo koncepciją dalinant švirkštus išvystė AIDS prevencijos programos, o pasinaudojo narkotikų prekeiviai arba atvirkščiai – subtiliai pasiūlė narkotikų prekeiviai ir pasinaudojo AIDS programos“.[30] Kartais nauji švirkštai net paliekami narkotikų pardavimo punktuose. Lietuvoje „savanoriai užmezgė ryšius su narkotikų pardavimo „taškais“. Susitarę su „taškų“ savininkais jie palieka švarius švirkštus ir adatas, informacinės medžiagos, todėl atėję pirkti narkotikų klientai gauna ir naujus švirkštus, ir dalį informacijos“.[31] Tad naudojimasis švariais švirkštais tikrai neskatina žmogaus atsisakyti savo žalingų įpročių (o skatinimas yra vienintelis sąžiningas santykis su narkotikų vartotoju), priešingai – netgi toliau palaiko jo ryšius su nusikalstamu pasauliu. Čia bendradarbiavimas blogyje, kaip moralinė kategorija, jau persipina su teisine kategorija – bendradarbiavimu vykdant nusikalstamas veiklas.

Išvados

1. ŽIV prevencijos programos, susijusios su „žalos mažinimu“ keičiant švirkštus narkotikų vartotojams ar reklamuojant „saugų seksą“, yra etiškai nepriimtinas bendradarbiavimas kitam nusikalstant: naudojant narkotines medžiagas, renkantis nesantuokinius lytinius santykius. Kaip etiškai nepriimtinos, šios prevencijos formos turi užleisti vietą lytiškumo ugdymui ir kitokioms narkotikų prevencijos formoms arba pirminei narkotikų vartojimo prevencijai ir narkotikus vartojančių asmenų reabilitacijai.

2. ŽIV prevencijos kontekste bendradarbiavimą kitam nusikalstant ypač apsunkina mažas ŽIV programų ištyrimo laipsnis, etiškai problematiškų programų adresavimas labiausiai pažeidžiamoms visuomenės grupėms – vaikams ir paaugliams, programų rodoma nepagarba asmens gėriams, ypač asmens gyvybei ir sveikatai, bei nesąžiningumas programos adresatų atžvilgiu, kai pasiūlant narkotikus vartojančiam asmeniui švirkštą, o prezervatyvą – galimai lytiškai aktyviam paaugliui, yra tarsi susitaikoma su tuo, jog jis yra bejėgis ir jau nebegali atsisakyti savo veiksmų.

3. Kuriant ir vykdant ŽIV prevencijos programas yra ypač svarbi politinė atsakomybė, kadangi politikoje dalyvaujantys žmonės nustato programų gaires, atrinkimo ir finansavimo strategijas, kurios pačius politikus gali įtraukti į bendradarbiavimą kitam nuskals-

tant ir skatina ar net nulemia kitų ŽIV prevenciją vykdančių subjektų etiškai nepriimtinus veiksmus bei formuoja atitinkamą visuomenės mentalitetą.

NUORODOS

[1] *May W. E.* Catholic Bioethics And The Gift Of Human Life. Washington: Our Sunday Visitor Publ. Division. 2000. P. 23.

[2] *Furton E. J.* Vaccines Originating in Abortion // Ethics & Medics. 1999. Vol. 24. Nr. 3. P.3–4; *Spar D. L.* The Baby Business. Boston: Harvard Business School Press. 2006; *Keown J.* Euthanasia, Ethics and Public Policy. Cambridge: Cambridge University Press. 2005; *Griese O. N.* Catholic Identity in Health Care: Principles and Practice. Braintree: The Pope John XXIII Medical-Moral Research and Education Centre. 1987; *O'Donnell Th. J.* Medicine and Christian Morality. New York: Alba House. 1998.

[3] *O'Donnell Th. J.* Ten pat. P. 30–31.

[4] *Jonas Paulius II*. Enciklika *Evangelium vitae*. Vilnius: Aidai. 1995. Nr. 74.

[5] *Ferrer J. J.* Needle Exchange in San Juan, Puerto Rico: A traditional Roman Catholic Casuistic Approach // Catholic Ethicists on HIV/AIDS Prevention (ed.J.F.Keenan). New York: Continuum. 2000. P. 187.

[6] *Griese O. N.* Ten pat. P. 359.

[7] *O'Donnell Th. J.* Ten pat. P. 31.

[8] *O'Rourke K.* Cooperation and "Hard Cases". A Continuing Debate // Ethics and Medics. 1998. Vol. 23. Nr. 9. P. 1.

[9] *O'Donnell Th. J.* Ten pat. P. 32.

[10] Vatican Opposes Drug-Injection Centers // http://www.zenit.org. 2001 03 10.

[11] *Campos C.* A Catholic Hospital in India is Asked to Cooperate with an HIV Prevention Program // Catholic Ethicists on HIV/AIDS Prevention (ed. J. F. Keenan). New York: Continuum 2000.

[12] Europos žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencija // Žin., 1995. Nr. 37–913, 9 str.

[13] *Evangelium vitae*. P. 74.

[14] *Fuller J.* AIDS Prevention: A Challenge to the Catholic Moral Tradition // America. 1993. Nr. 175. P. 13-20.

[15] Needle Exchange saves Lives // America. 1998. Nr. 179. P. 3.

[16] *Ferrer J. J.* Ten pat. P. 187.

[17] Ten pat. P. 188.

[18] *Brettle R. P.* HIV and Harm Reduction for Injection Drug Users // AIDS. 1991. Nr. 5. P. 129; *Tempesta E., Giannantionio M.* The Italian Epidemic: a Case Study // AIDS and Drug Misuse (ed. J. Strang, G. V., Stimson). London: Routledge. 1990. P. 112.

[19] *Strathdee S. A., Patrick D. M., Currie S. L, Cornelisse P. S., Rehot M. L., Montagnier J. S.* Needle Echange is not Enough: Lessons From The Vancouver Injecting Drug Use Study // AIDS. 1997. Nr. 11. P. F59–F65.

[20] *Harvey E., Strathdee S. A., Patrick D. M., Ofner M., Archibald C. P., O'Shaughnessy M.V.* A qualitative investigation into an HIV outbreak among injecting drug users in Vancouver, British Columbia // AIDS care. 1998. Vol. 10. Nr. 3. P. 313–21.

[21] *Voth E. A.* Laiškas p. G. Jakubčioniui. 2000. Asmeninis archyvas.

[22] *Galieva N., Sax S.* Implementation of Harm Reduction Projects in Lithuania. Isn't it Time to Stop and to Think? // European Conference on the Methods and Results of Social and behavioural Research on AIDS "European Approach Towards AIDS: Research, Policy, Prevention and Care". September 19–21, 2002. Vilnius: Publishing House of the Lithuanian AIDS Centre. 2002. P. 39.

[23] Projektas „Jaunimui palankios paslaugos Lietuvoje" 2003. www.vvspt.lt. 2004 05 30.

[24] *US Department of Health and Human Service*. Substance Abuse Treatment. A Treatment Improvement Protocol. Rockville 2005. TIP 42.

[25] *Mikelėnas V., Keserauskas Š., Smirnovienė Z., Mizaras V., Bakanas Al.* Lietuvos Respublikos Civilinio kodekso komentaras. Šeimos teisė. 3 knyga. Vilnius: Justitia. 2002. 3.164 4.

[26] *Širinskienė A., Narbekovas A.* Švirkštų narkotikus vartojantiems asmenims programų prieštaringumas // Sveikatos mokslai. 2002. Nr.1 (17). P. 64.

[27] *Grisez G.* The Way of the Lord Jesus. Difficult Moral Questions. Quincy: Franciscan Press. 1997. Vol. 3. P. 829.

[28] *Širinskienė A., Narbekovas A.* Ten pat. P. 65.

[29] *May G. G.* Priklausomybė ir malonė. Vilnius: Katalikų pasaulis. 2004. P. 129.

[30] Vilnius prieš narkotikus. Vilnius: Lietuvos AIDS centro leidykla. 2000. Nr. 6. P. 6.

[31] *Krikščiukaitytė B.* AIDS prevencija ir savanoriai „gatvių darbuotojai" // Tarptautinis kongresas „Narkomanija ir AIDS – vienykime atsaką (Vilnius, 2000 m. rugsėjo 19 d.). Vilnius: Lietuvos AIDS centro leidykla. 2000. P. 26.

LITERATŪRA

1. *Brettle R. P.* HIV and Harm Reduction for Injection Drug Users // AIDS. 1991. Nr. 5.
2. *Campos C.* A Catholic Hospital in India is Asked to Cooperate with an HIV Prevention Program // Catholic Ethicists on HIV/AIDS Prevention (ed.J.F.Keenan). New York: Continuum 2000.
3. Europos žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencija // Žin., 1995. Nr. 37–913.
4. *Ferrer J. J.* Needle Exchange in San Juan, Puerto Rico: A Traditional Roman Catholic Casuistic Approach // Catholic Ethicists on HIV/AIDS Prevention (ed. J. F. Keenan). New York: Continuum. 2000.
5. *Fuller J.* AIDS Prevention: A Challenge to the Catholic Moral Tradition // America. 1993. Nr. 175.
6. *Furton E. J.* Vaccines Originating in Abortion // Ethics & Medics. 1999. Vol. 24. Nr. 3.
7. *Galieva N., Sax S.* Implementation of Harm Reduction Projects in Lithuania. Isn't it Time to Stop and to Think? // European Conference on the Methods and Results of Social and behavioural Research on AIDS "European Approach Towards AIDS: Research, Policy, Prevention and Care". September 19–21, 2002. Vilnius: Publishing House of the Lithuanian AIDS Centre. 2002.
8. *Griese O. N.* Catholic Identity in Health Care: Principles and Practice. Braintree: The Pope John XXIII Medical-Moral Research and Education Centre. 1987.
9. *Grisez G.* The Way of the Lord Jesus. Difficult Moral Questions. Quincy: Franciscan Press. 1997. Vol. 3. P. 829.
10. *Harvey E., Strathdee S. A., Patrick D. M., Ofner M., Archibald C. P., O'Shaughnessy M. V.* A qualitative investigation into an HIV outbreak among injecting drug users in Vancouver, British Columbia // AIDS care. 1998. Vol. 10. Nr. 3.
11. *Jonas Paulius II*. Enciklika *Evangelium vitae*. Vilnius: Aidai. 1995.
12. *Keown J.* Euthanasia, Ethics and Public Policy. Cambridge: Cambridge University Press. 2005.
13. *Krikščiukaitytė B.* AIDS prevencija ir savanoriai „gatvių darbuotojai" // Tarptautinis kongresas „Narkomanija ir AIDS – vienykime atsaką (Vilnius, 2000 m. rugsėjo 19 d.). Vilnius: Lietuvos AIDS centro leidykla. 2000.
14. *May W. E.* Catholic Bioethics And The Gift Of Human Life. Washington: Our Sunday Visitor Publ. Division. 2000.
15. *May G. G.* Priklausomybė ir malonė. Vilnius: Katalikų pasaulis. 2004.
16. Needle Exchange saves Lives // America, 1998, Nr. 179.
17. *Mikelėnas V., Keserauskas Š., Smirnovienė Z., Mizaras V., Bakanas Al.* Lietuvos Respublikos Civilinio kodekso komentaras. Šeimos teisė. 3 knyga. Vilnius: Justitia. 2002.
18. *US Department of Health and Human Service*. Substance Abuse Treatment. A Treatment Improvement Protocol. Rockville. 2005.
19. *O'Donnell Th. J.* Medicine and Christian Morality. New York: Alba House. 1998.
20. *O'Rourke K.* Cooperation and "Hard Cases". A Continuing Debate // Ethics and Medics. 1998. Vol. 23. Nr. 9.
21. Projektas „Jaunimui palankios paslaugos Lietuvoje" 2003. www.vvspt.lt. 2004 05 30.

22. *Širinskienė A., Narbekovas A.* Švirkštų keitimo narkotikus vartojantiems asmenims programų priešingumas // Sveikatos mokslai. 2002. Nr. 1 (17).
23. *Spar D. L.* The Baby Business. Boston: Harvard Business School Press. 2006.
24. *Strathdee S. A., Patrick D. M., Currie S. L, Cornelisse P. S., Rehot M.L., Montagnier J. S.* Needle Echange is not Enough: Lessons From The Vancouver Injecting Drug Use Study // AIDS. 1997. Nr. 11.
25. *Tempesta E., Giannantionio M.* The Italian Epidemic: a Case Study // AIDS and Drug Misuse (ed. J. Strang, G. V. Stimson). London: Routledge. 1990.
26. Vatican Opposes Drug-Injection Centers // http://www.zenit.org. 2001 03 10.
27. Vilnius prieš narkotikus. Vilnius: Lietuvos AIDS centro leidykla. 2000. Nr. 6.
28. *Voth E. A.* Laiškas p. G. Jakubčioniui. 2000. Asmeninis archyvas.

Gauta: 2007 10 30
Parengta spaudai: 2007 12 19

Agnė ŠIRINSKIENĖ

THE PROBLEM OF COOPERATION IN EVIL DURING THE IMPLEMENTATION OF HIV PREVENTION

Summary

Cooperation in evil is the participation of more than one person in the same immoral action. So the question of cooperation in evil is widely discussed in connection with ethics of euthanasia, abortion and stem cell research. The question of HIV prevention and the cooperation in evil receives less attention from the bioethicists than other areas of cooperation. However, the issue is very important from both scientific and social points of view, as HIV prevention addresses a huge number of people, especially children and young people, and the implementation of programs is being done not only by health care workers, but also involves social workers, teachers and other specialists.

The main goal of the article is to analyze the concept of the cooperation in evil and various forms of such cooperation in the context of HIV prevention. The article pays a specials attention to the harm reduction and its philosophy, which intends to search for alternatives to the prohibition of potentially dangerous lifestyle choices and recognizes that people always will engage in behaviors, which carry risks, such as sex before marriage and drug abuse. The aim of harm reduction is to minimize health risks (the possibility of HIV transmission) associated with the risky behaviors themselves. So HIV prevention, based on the philosophy of harm reduction, uses "safer sex" promotion, needle exchange programs, when nothing is being done in order to prevent risky behavior. The article observes that harm reduction aims at distribution of means, which make ethically questionable behavior possible, and even involves persons in formal cooperation in evil. Formal cooperation in evil is a form of cooperation, when one takes part in the immoral action of another while the same time adopting the evil intention of the principal agent. Such actions, as involving illegal drug dealers in needle exchange programs; methadone programs with the aim of drug substitution or even legalization of narcotic substances are examples of formal cooperation in evil. Formal cooperation is an unethical action and the cooperator shares the same ethical responsibility as the principal agent.

The question of political responsibility in the process of decision-making and HIV policy development is also being discussed. Political decisions may influence further tendencies in HIV prevention and propose ethical solutions, thus eliminating the possibility of cooperation in evil in HIV prevention.

PAGRINDINIAI ŽODŽIAI**:** bendradarbiavimas kitam nusikalstant, prevencija, žalos mažinimas, ŽIV.

KEY WORDS: cooperation in evil, prevention, harm reduction, HIV.

Agnė ŠIRINSKIENĖ – humanitarinių mokslų daktarė (02H), Mykolo Romerio universiteto Teisės fakulteto Bioteisės katedros docentė. Mokslinių tyrimų sritys: ŽIV/AIDS plitimo paaštrintos sveikatos apsaugos problemos ir etinė-moralinė atsakomybė už jų sprendimą, reprodukcinė etika. Adresas: Mykolo Romerio universitetas, Ateities g. 20, LT-08303. Vilnius, CR 345 kab. El. paštas: biok@mruni.lt., darbo tel. 8 5 2714 576.

Agnė ŠIRINSKIENĖ, PhD – associated professor, Department of Biolaw, Faculty of Law, Mykolas Romeris university (Vilnius, Lithuania). Area of current research: ethical problems in health care during the HIV/AIDS pandemics, reproductive ethics. Address: Ateities 20, LT-08303 Vilnius, CB 345 cab. E-mail: biok@mruni.lt., tel. 8 5 2714 576.