

KATARZYNA JARKIEWICZ

*PRIMUM NON NOCERE.*  
STANOWISKO ŚRODOWISKA MEDYCZNEGO  
WOBEC PROBLEMU ABORCJI  
A JEGO RELACJE Z KOŚCIOŁEM  
W OKRESIE WIELKIEJ NOWENNY (1956–1966)

STAN WYJŚCIOWY

Szczególna rola w upowszechnianiu katolickiej wizji płciowości, małżeństwa i rodziny przypadła w okresie Wielkiej Nowenny środowisku medycznemu, które podobnie jak Kościół zostało spacyfikowane w okresie stalinowskim<sup>1</sup>. Aby podporządkować sobie zbyt niezależne kadry lekarskie, władze najpierw w 1949 r. zweryfikowały ich stan w lecznictwie uspołecznionym, wprowadzając odgórnie ustalone limity rejonizacji oraz nakaz pracy, potem zniosły izby zawodowe, a w końcu, by wykształcić absolwentów niezwiązanych z „reakcyjnymi” uniwersytetami, w 1950 r. powołały jedenaście akademii medycznych<sup>2</sup>. W rezultacie rosła liczba nowych pracowników służby zdrowia, co skądinąd było konieczne, ale z uwagi na braki systemowe nie poprawiało to ogólnie niekorzystnej sytuacji: uposażenie lekarzy pozostawało niskie (zaczęto je podwyższać dopiero w 1955 r.), brakowało mieszkań i perspektyw awansu, zwłaszcza dla zatrudnionych na wsi<sup>3</sup>. Zmora były dziesięcio–dwunastogodzinne dyżury w szpitalnictwie, które ograniczały możliwo-

<sup>1</sup> T. Nasierowski, *Świat lekarski w Polsce (II połowa XIX w. i XX w.): idee, postawy, konflikty*, Warszawa 1992, s. 139.

<sup>2</sup> *Zawód lekarza na ziemiach polskich w XIX i XX wieku*, red. B. Urbanek, Warszawa 2009, s. 180; J. Sadowska, *Zmiany systemowe w służbie zdrowia 1945–1955 (na przykładzie Łodzi)*, Łódź 2002, s. 124; por. AAN, MZ, Gabinet Ministra, Wydział Prawny, 31-120/18, Projekty legislacyjne. Zarządzenie w sprawie rejestracji fachowych pracowników służby zdrowia oraz zezwoleń na przekroczenie normy ilościowej, k. 80–83; *ibidem*, 120/18, Projekty legislacyjne. Ustawa o zniesieniu izb lekarskich i lekarsko-dentystycznych, [1947–1950], k. 1–336; *ibidem*, 120/10, Projekty legislacyjne. Rozporządzenie Rady Ministrów o założeniu Akademii Lekarskich w Warszawie, Krakowie, Poznaniu, Lublinie, Łodzi i Wrocławiu, 24 IX 1949 r., k. 35–50.

<sup>3</sup> *Mieszkania dla pracowników przy nowo wznoszonych szpitalach*, „Służba Zdrowia” 1955, nr 15, s. 2; *Krzywdy, które trzeba naprawić*, „Służba Zdrowia” 1956, nr 42, s. 3; *W obronie zwykłego lekarza*, „Służba Zdrowia” 1956, nr 16, s. 4.

ści podnoszenia kwalifikacji zawodowych oraz odbywania domowej praktyki<sup>4</sup>. Tragiczna sytuacja panowała w położnictwie, gdzie w celu dostosowania się do wzorców radzieckich procedury uwstecziono<sup>5</sup>. Brakowało łóżek szpitalnych, sprzętu diagnostycznego i leków, a pomstujących na ten stan rzeczy lekarzy zaczęto usuwać nawet tam, gdzie wciąż było ich za mało<sup>6</sup>. Z tego względu w 1955 r. w kraju było jedynie 827 ginekologów, co z oczywistych względów wpływało na ogólny stan zdrowia kobiet<sup>7</sup>. Ponadto władze, nieudolnie walcząc z wysokim wskaźnikiem śmiertelności okołoporodowej, likwidowały powstające samorzutnie po wojnie „domy narodzin”, aby wbrew radom specjalistów powoływać silnie sformalizowane izby porodowe<sup>8</sup>. Fatalny stan sanitarny tych obiektów, zwłaszcza na terenach wiejskich, oraz konieczność korzystania przez ciężarne z bardzo wadliwego łóżka położniczego odstręczały od porodów w tych warunkach<sup>9</sup>. Ponadto na 788 działających w 1956 r. izb porodowych 69 proc. nie miało całodobowej łączności telefonicznej, co *de facto* uniemożliwiało skuteczną pomoc w sytuacjach awaryjnych<sup>10</sup>. Kobiety nie uspokajała nawet obecność akuserek w tych miejscach, gdyż narzucone im procedury były nieakceptowalne, a niektóre czynności higieniczne budziły lęk<sup>11</sup>. Ogólnie poziom wykształcenia nowych kadr był katastrofalny, a położnych ubywało: w 1956 r. było jedynie 3478 akuserek, gdyż władze dotyczącą ich reformę przeprowadziły w sposób nieprzemysłany<sup>12</sup>. W 1949 r. znieśli prywatną praktykę, rok później ograniczyły liczbę położnych

<sup>4</sup> P. Ernst, *Funkcjonowanie ochrony zdrowia w Gorzowie Wielkopolskim w latach 1950–1956*, Poznań 2013, s. 26.

<sup>5</sup> Powrócił m.in. wycofany z położnictwa chwyt Kristellera, który miał usprawnić odbiór wielu porodów wobec stosunkowo niewielkiej liczby akuserek i ginekologów (por. AAN, MZ, 1/50, Protokół z konferencji kierowników wydziałów zdrowia przy przyzwydiach rad narodowych w Ministerstwie Zdrowia, 26 III 1954 r., k. 13–14; U. Kozłowska, M. Balsa, *Przemiany polskiej służby zdrowia w latach 1950–1960. Zagadnienie ochrony matki i dziecka (najważniejsze problemy)*, „Hygeia Public Health” 2015, nr 1, s. 246.

<sup>6</sup> Por. P. Ernst, *Funkcjonowanie ochrony zdrowia...*, s. 27–28.

<sup>7</sup> Por. A. Czajkowska, *O dopuszczalności przerywania ciąży. Ustawa z dnia 27 kwietnia 1956 roku i towarzyszące jej dyskusje* [w:] *Kłopoty z seksem w PRL. Rodzenie nie całkiem po ludzku, aborcja, choroby, odmienności*, red. M. Kula i in., Warszawa 2012, s. 116.

<sup>8</sup> Marian Kiciarski i Adela Giergielewska wskazywali, że izby nie uwzględniały lokalnych warunków funkcjonowania służby zdrowia i narzucały model medykalizacji porodu nawet wbrew wypracowanym już procedurom w tym względzie (por. A. Giergielewska, *Siłaczka*, „Służba Zdrowia” 1967, nr 4, s. 6; E. Kassner, *Historia izb porodowych w Polsce. Sukces zawodu położnej*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” 2007, nr 5 s. 40–42; M. Wrześniewska, B. Bąk, *Historia zawodu położnej i kształtowania się opieki okołoporodowej na świecie i w Polsce*, „Studia Medyczne” 2012, nr 3, s. 97). Należy pamiętać, że za najwłaściwszy w tym czasie uchodził poród domowy, który wyjątkowo ze względu na stan zdrowia kobiety można było przenieść do izby porodowej lub szpitala. Sprzeciw wobec medykalizacji porodów był powszechny nawet wśród lekarzy. Podnoszono, iż kobietom groziła śmiercią nie tyle złe warunki higieniczne, zwłaszcza na terenach wiejskich, ile zakażenia w ośrodkach zdrowia, i broniono dobrze przeprowadzonych „porodów na klepisku”. Położną traktowano jako asystentkę rodzącej i terapeutkę, której obecność sprzyja akcji porodowej. Ceniono również jej pomoc w zakresie profilaktyki seksualnej i higieny niemowląt (por. S. Helwin-Herzhaft, *Granice położnictwa domowego* [w:] *Pamiętnik X Zjazdu Ginekologów Polskich: (I zjazd po wojnie): Warszawa 17, 18, 19 IX 1948*, red. A. Czyżewicz, K. Anusiak, Warszawa 1950, s. 20–24; J. Fołtynowicz-Mańkowska, *Będę matką* [w:] *Lekarze radzą matkom*, Warszawa 1956, s. 42–48.

<sup>9</sup> Rzeczywistość obrazuje *casus* Brzezin: placówki bez wyposażenia, z możliwością jedynie doraźnej pomocy (por. L. Tyrmand, *Dziennik 1954*, Warszawa 1989, s. 57).

<sup>10</sup> Por. A. Czajkowska, *O dopuszczalności przerywania ciąży...*, s. 118.

<sup>11</sup> A. Malarewicz, M. Sola, *Położnictwo. Miniona epoka. Przyczynek do historii położnictwa*, „Studia Medyczne” 2011, nr 3, s. 88–89.

<sup>12</sup> Por. A. Czajkowska, *O dopuszczalności przerywania ciąży...*, s. 120.

w miastach, a nadwyżki personelu medycznego przesunęły na obszary wiejskie, gdzie tradycyjnie korzystano z usług „babeł”<sup>13</sup>. Nie brano przy tym pod uwagę, że w poprzednim okresie poziom wyszkolenia tych ostatnich znacznie podniesiono i usunięcie ich z systemu spowoduje niepowetowane szkody<sup>14</sup>. „Babki” odbierały rocznie ponad 50 tys. porodów i zastępowały lekarzy na obszarach medycznie niedoszacowanych<sup>15</sup>. W nowej sytuacji zaczęły działać w ukryciu, a co za tym idzie – czerpać dochody również z nielegalnego spędzania płodów<sup>16</sup>. Problemem w tym przypadku stała się nie tyle sama aborcja, ile regres form jej wykonywania. Brak dostępu do środków poronnych uwsteczniał „babkarstwo”, zwłaszcza na Białostocczyźnie. Za pomocą gruszek irygacyjnych do dróg rodnych wlewano naftę lub kwas solny, dłubano w macicy zaostrzonymi patykami, haczykowato zagiętymi drutami lub prętami<sup>17</sup>. Prowadzące do śmierci zakażenia, będące następstwem usług „przerywaczek”, rzadko zgłaszano, gdyż obawiano się interwencji „ateuszy”, którzy z racji swego niedowiarstwa nie mogli przecież, jak sądzono, mieć odpowiednich kompetencji do ratowania życia, a „prawdziwych doktorów” i „akuszerkę” brakowało<sup>18</sup>. W związku z tym, że nie istniało leczenie profilaktyczne i nikt, zwłaszcza na obszarach o nieuregulowanych strukturach społecznych, nie kontrolował zachowań zdrowotnych, znachorki zajmujące się przerywaniem ciąży wzywano nawet do państwowych gospodarstw rolnych, aby pomagały kobietom w regulacji urodzeń<sup>19</sup>. Uzdrowić sytuacji nie mogły tworzone pośpiesznie szkoły matek, których pod koniec epoki stalinowskiej działało w kraju 650. Silnie zideologizowane, nie cieszyły się zaufaniem, zwłaszcza na terenach wiejskich, i dlatego rozwiązano je w 1957 r.<sup>20</sup>

Tymczasem od 1948 r. ponownie rosła liczba nielegalnych poronień, a równocześnie spadała karalność<sup>21</sup>. Rokrocznie średnio wydawano 354 wyroki, zwykle w zawieszeniu, za przekroczenie obowiązujących przepisów<sup>22</sup>. W 98 proc. sprawy trafiały do sądów na

<sup>13</sup> AAN, MZ, Gabinet Ministra, Wydział Prawny, 120/18, Projekty legislacyjne. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 29 XI 1949 r. w sprawie obowiązku pracy położnych w zakładach społecznych służby zdrowia, k. 111–114; *ibidem*, 120/18, Projekty legislacyjne. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 4 III 1950 r. w sprawie norm ilościowych położnych dopuszczonych do wykonywania praktyki położniczej, k. 4–23.

<sup>14</sup> „Babki” służyły pomocą zwłaszcza w profilaktyce, a nadzorowana przez nie akcja rozdawania ciężarnym podkładów położniczych znacznie obniżyła śmiertelność okołoporodową (por. AAN, MAP, Departament Polityczny, Wydział Społeczno-Polityczny, 679, „Caritas” w poszczególnych województwach. Sytuacja organizacyjna i prawna, działalność. Stanowisko władz państwowych i Episkopatu. Nowy zarząd „Caritasu”. Sprawozdania, notatki, wykazy, korespondencja, [sierpień 1946 – marzec 1950 r.], k. 130–131; A. Mierzejewska, *Zapiski młodej lekarki* [w:] *Pamiętniki lekarzy*, red. K. Bidakowski, T. Wójcik, Warszawa 1964, s. 1022).

<sup>15</sup> Por. A. Czajkowska, *O dopuszczalności przerywania ciąży...*, s. 120.

<sup>16</sup> R. Doliński, *Ustawa – życie – i co dalej*, „Argumenty” 1958, nr 20, s. 5.

<sup>17</sup> A. Malarewicz, M. Sola, *Położnictwo. Miniona epoka...*, s. 88–89.

<sup>18</sup> Por. A. Malarewicz, *Stefan Soszka – uczonej minionej epoki*, Bielsko-Biała 2009, s. 32–39.

<sup>19</sup> Por. *Pamiętniki Polaków 1918–1978. Antologia pamiętnikarstwa polskiego*, t. 3, oprac. B. Gołębiowski, Warszawa 1983, s. 24, 494; *Młode pokolenie wsi Polski Ludowej. W poszukiwaniu drogi. Pamiętniki działaczy*, t. 3, oprac. B. Gołębiowski, Warszawa 1966, s. 188.

<sup>20</sup> Por. A. Czajkowska, *O dopuszczalności przerywania ciąży...*, s. 121–122.

<sup>21</sup> Rocznie wykonywano przeszło 300 tys. aborcji, z czego kontrolowane przez szpitale (w tym tzw. poronień w toku) stanowiły niewiele więcej niż 30 proc. W 1955 r. w statystykach odnotowano 101 597 zabiegów poronnych, w tym zgodnie z obowiązującą ówczesnie ustawą z 1932 r. w szpitalach przerwano jedynie 1442 ciąży (por. H. Wolińska, *Przerwanie ciąży w świetle prawa karnego*, Warszawa 1962, s. 16–17).

<sup>22</sup> Por. *ibidem*, s. 101.

podstawie zgłoszeń szpitalnych<sup>23</sup>. Rzadko skarżono lekarzy aglomeracyjnych, którzy – uznawani za powiązanych z Urzędem Bezpieczeństwa – tworzyli kastę ginekologów nietykalnych, specjalistów od usuwania ciąży w rodzinach prominentnych działaczy partyjnych. Pracowali oni na wydzielonych oddziałach klinik położniczych, np. w Szpitalu Wolskim w Warszawie<sup>24</sup>. Na podstawie sygnałów dochodzących z tych miejsc w społeczeństwie powstało przeświadczenie, że aborcje są możliwe, ale jedynie dla tych kobiet, które „mają odpowiednią sumę pieniędzy i odpowiednie znajomości”<sup>25</sup>. Psuło to i tak nie najlepszą opinię o lekarzach jako o grupie zawodowej podatnej na korupcję. Próbę ratowania tragicznej sytuacji w położnictwie i ginekologii podjął Ireneusz Roszkowski, mianowany w 1953 r. krajowym konsultantem. Wprowadził on liczne zmiany organizacyjne, które ograniczyły m.in. wysoką śmiertelność noworodków oraz zahamowały wzrost liczby poronień ze wskazań medycznych. Odcinając się od „medycyny Siemaszki” (tj. radzieckiego modelu służby zdrowia zaprowadzonego w państwach socjalistycznych), przywrócił karty obserwacyjne ciężarnych i konsylia lekarskie, które rozpatrywały przypadki śmierci okołoporodowych oraz opracowywały procedury postępowania podczas aborcji w toku<sup>26</sup>.

## DEBATA WOKÓŁ ZMIAN W USTAWODAWSTWIE ABORCYJNYM

Po pierwszych doniesieniach o symptomach liberalizacji przepisów aborcyjnych w ZSRR naciskany przez władze Ireneusz Roszkowski zainicjował w 1954 r. dyskusję o medycznych wskazaniach dla przerywania ciąży<sup>27</sup>. Podczas rozmów w gronie specjalistów Ministerstwo Zdrowia, aby ukryć niski poziom wykształcenia kadr, postulowało rozbudowanie procedur w tym względzie, dowodząc, że to nie jakość usług medycznych jest powodem wzrostu liczby niekontrolowanych aborcji, ale dotychczasowe standardy ich

<sup>23</sup> Prokuratorzy w zakresie medycyny sądowej pozostawali wyraźnie pod wpływem założeń lekarskiej deontologii, która nakazywała w sytuacji podejmowanych przez pacjentkę prób przerwania ciąży minimalizować skutki jej przestępczych działań, co z oczywistych względów uniemożliwiała postawienie ginekologom zarzutów udziału w praktykach poronnych, zwłaszcza gdy dokonywali aborcji sytuacyjnej. Jedynie ewidentnie zła wola położnika, np. bezpośrednie podanie ciężarnej środka poronnego, mogła spowodować jego skazanie, choć nawet w takich przypadkach zwykle rozstrzygał interes społeczny, np. fakt, że obwiniony był jedynym lekarzem w rejonie. Sytuacja wyglądała zgoła inaczej, gdy o praktyki poronne obwiniano osoby spoza systemu: akuszerki i „babki” prowadzące nielegalną działalność położniczą. Wtedy zwykle zasądzano wysokie wyroki, właściwie bez możliwości apelacji (por. B. Klich-Kluczevska, *Przypadek Marii spod Bochni. Próba analizy mikrohistorycznej procesu o aborcję z 1949 roku*, „Rocznik Antropologii Historii” 2012, nr 1, s. 199–201).

<sup>24</sup> L. Tyrmand, *Dziennik 1954...*, s. 163, 294–295.

<sup>25</sup> M. Parzyńska, *O co nam chodzi?*, „Życie Warszawy”, 3 XII 1955, s. 3.

<sup>26</sup> E. Waszyński, *Historia położnictwa i ginekologii w Polsce*, Wrocław 2000, s. 462, 482–483.

<sup>27</sup> W art. 233 kodeksu karnego z 1932 r. zalegalizowano aborcję w przypadku zaistnienia przestępstwa (zwałcenia, kazirodztwa, współżycia z nieletnią) oraz z powodu ścisłych wskazań medycznych (por. J. Makarewicz, *Kodeks karny z komentarzem*, Lwów 1932, s. 331–332). Przywrócone po wojnie prawo aborcyjne w materii wskazań medycznych zostało zawężone w 1948 r. decyzjami X Zjazdu Ginekologów Polskich (por. A.B. Henke, *Zagadnienie walki z przerywaniem ciąży w dobie obecnej* [w:] *Pamiętnik X Zjazdu Ginekologów Polskich...*, s. 24–26; K. Stańczak-Wislicz, *Od neomatriarchatu do szpitala-pomnika Matki Polki. Ideologie macierzyństwa w dyskursach władzy i opozycji w Polsce (1945–1989)* [w:] *Niebezpieczne związki. Macierzyństwo, ojcostwo i polityka*, red. R.E. Hryciuk, E. Korolczuk, Warszawa 2015, s. 53).

wykonywania w szpitalnictwie. W związku z tym nowe wytyczne miała przygotować Komisja Ginekologiczno-Położnicza Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia, ale sprzeciw zgłosili pracujący w niej eksperci: Stefan Soszka i Jan Lesiński<sup>28</sup>. Konsultanci nie chcieli rozszerzenia zakresu wskazań, słusznie argumentując, że współczesna medycyna doskonale radzi sobie z większością przypadków, które przedwojenne ustawodawstwo klasyfikowało jako nieobojętne dla zdrowia ciężarnej kobiety, i jeśli te zapisy mają zostać zrewidowane, to raczej w kierunku ich likwidacji, a nie rozbudowania. Oczywiście wydłużenie listy wskazań medycznych wiązałoby się z przyznaniem, że polskie położnictwo znajduje się w takiej zapaści, iż nie spełnia nawet podstawowych standardów cywilizowanego świata, dlatego ministerstwo wolało opinię ukryć i sprawy nie nagłaszać. Aby przeforsować postulaty, co do których środowisko ginekologów miało zastrzeżenia merytoryczne, dyskusję należało przenieść na forum ogólnolekarskie, dlatego na konferencję 17 listopada 1955 r. minister zdrowia Jerzy Sztachelski zaprosił również blisko czterdziestu przedstawicieli innych dyscyplin medycznych<sup>29</sup>. Argumentując, że rośnie liczba niekontrolowanych aborcji, co z oczywistych względów wpływa na stan zdrowia kobiet, proponował rozszerzenie ustawowych wskazań medycznych, tak aby objąć nimi jak najszerszą grupę ciężarnych potencjalnie poronnych. Jego zdaniem, miałyby to załagodzić napięcia w polityce zdrowotnej i przekonać społeczeństwo do zmian. Do postulatów ministra w imieniu ginekologów negatywnie odniósł się Adam Czyżewicz. Nestor środowiska i uznany autorytet międzynarodowy powtórzył ogłoszone publicznie w 1927 r. tezy swoich badań, które jednoznacznie potwierdzały konieczność wycofania się z wszelkich działań poronnych, także rzekomo medycznie usprawiedliwionych. Tłumaczył, że nawet jeśli zabieg przerywający ciążę wykonuje świetny specjalista w najlepszych warunkach, może dojść do powikłań, które osłabią organizm kobiety i doprowadzą do jej śmierci<sup>30</sup>. Czyżewicz przypominał, że skutkiem powojennych aborcji był dwudziestopięcioprocentowy wskaźnik bezpłodności, który zdecydował w pierwszym pięcioleciu o niskim współczynniku urodzeń<sup>31</sup>. Przekonywał, iż liberalizacja przepisów nie zahamuje wzrostu liczby niekontrolowanych poronień ani nie poprawi zdrowotności kobiet, lecz jeszcze bardziej osłabi przyrost naturalny, co z oczywistych względów wydłuży proces rekompensacyjny o kolejną dekadę<sup>32</sup>. Choć w głosowaniu poglądy Czyżewicza poparło jedynie siedmiu położników i jeden chirurg, to było oczywiste, że postulatów

<sup>28</sup> J. Łopuszański, *O niektórych okolicznościach wprowadzenia ustawy o przerywaniu ciąży*, „Ethos” 1989, nr 5, s. 107.

<sup>29</sup> Por. K. Biel, *Dlaczego wielu ginekologów nie chce wykonywać zabiegu przerywania ciąży*, „Tygodnik Powszechny” 1957, nr 21, s. 2; A. Czajkowska, *O dopuszczalności przerywania ciąży...*, s. 146.

<sup>30</sup> A. Czyżewicz, *Następstwa i skutki poronień*, „Ginekologia Polska” 1927, t. 6, z. 10–12, s. 1224. Szerzej *idem*, *Późne następstwa poronień*, „Czasopismo Sądowo-Lekarskie” 1931, nr 4, s. 187–192; A. Śródka, *Wspomnienia pośmiertne: Adam Czyżewicz (1877–1962)*, „Rocznik Towarzystwa Naukowego Warszawskiego” 1983, nr 46, s. 193–197; M. Szostek, L. Marianowski, M. Wielgoś, *Sesja wspomnieniowa. Ocalić przed zapomnieniem. Profesor Adam Ferdynand Czyżewicz. Twórca Warszawskiej Szkoły Położniczej*, „Medycyna. Dydaktyka. Wychowanie” 2012, nr 10, s. 38–41.

<sup>31</sup> A. Czyżewicz, *Częstość poronień*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1950, R. 5, nr 12, s. 454. Por. K. Biel, *Dlaczego wielu ginekologów...*, s. 2.

<sup>32</sup> Por. J. Balicki, *Uwarunkowania i skutki kryzysu demograficznego w Polsce*, „Teologia i Moralność” 2010, t. 7, s. 18.

rządu nie da się zrealizować, bo grożą one jeszcze większą zapaścią systemu<sup>33</sup>. Mimo że minister próbował zdyskredytować stanowisko Czyżewicza jako osobliwość i kuriozum, to nie ulegało wątpliwości, iż propagandowo wspianiale działająca służba zdrowia nie była w stanie opanować plagi aborcji i znajdowała się, jak to opisał Leopold Tyrmand, w stanie dyfuzji – dobrze prezentując się jedynie na papierze jako projekt<sup>34</sup>. Władze starały się ratować twarz, zlecając Ireneuszowi Roszkowskiemu wykonanie ekspertyzy na temat stanu położnictwa w kraju, ale pierwotnie przewidziana na grudzień 1955 r. prezentacja tego dokumentu odbyła się dopiero 20 września 1956 r. po wprowadzeniu na wiośnię nowych uregulowań w zakresie sztucznych poronień<sup>35</sup>.

Przyjęte 27 kwietnia 1956 r. zmiany w ustawodawstwie aborcyjnym wymusił dekret Rady Najwyższej ZSRR z 23 listopada 1955 r., który dopuszczał możliwość przerywania ciąży bez ograniczeń w trzech pierwszych miesiącach jej trwania, o ile zabieg wykonywały stacjonarne placówki medyczne lub osoby mające właściwe uprawnienia<sup>36</sup>. Zdaniem Jana Łopuszańskiego, praktycznie od razu po publikacji dokumentu najwyższe władze w Polsce otrzymały sygnał z Moskwy, że muszą dostosować polskie regulacje do tych obowiązujących w Kraju Rad<sup>37</sup>. Oczywiście przekreślało to dotychczasowe działania ministra zdrowia, zwiększało natomiast uprawnienia komisji parlamentarnych, z których dwie – spraw ustawodawczych oraz pracy i zdrowia – zostały zobowiązane do szybkiego przygotowania przepisów z pominięciem dotychczasowej drogi legislacyjnej. Aby uniknąć problemów, wycofano z tych gremiów osoby (np. Jana Frankowskiego), co do których istniało podejrzenie, że będą optować za poprzednimi ustaleniami. Niemniej problemem pozostawała płaszczyzna interpretacji: skoro zabiegi przerywania ciąży mieli wykonywać lekarze, to w obowiązującej ich deontologii należało znaleźć wskazania, które by ich do tego obligowały. Była to sytuacja kuriozalna, gdyż władze wprawdzie wycofały z programów studiów medycznych etykę zawodową, rozwiązały samorząd lekarski stojący na straży prawa obowiązującego medyków i wyłączyły z jego przestrzegania doktorów wojskowych, lecz nie zawiesiły żadnego z przepisów kodeksowych, a te były bardzo surowe w zakresie poszanowania życia<sup>38</sup>. Z konieczności należało odwołać się do praktyki sądowej, która w kwestiach szczegółowych wskazywała na tzw. etykę sytuacyjną<sup>39</sup>. Usprawiedliwiała ona działanie lekarza wykonującego zabieg poronny, aby zapobiec większemu złu. Przeważnie stan wyższej konieczności przywoływano, gdy zaistniały warunki brzegowe polityki społecznej: wysokie bezrobocie strukturalne, klęski żywiołowe, środowiskowe patologie (przestępczość, alkoholizm), które już w okresie międzywojennym miały derogować lekarski kodeks na podstawie wskazań

<sup>33</sup> J. Łopuszański, *O niektórych okolicznościach...*, s. 111.

<sup>34</sup> L. Tyrmand, *Dziennik 1954...*, s. 69, 81.

<sup>35</sup> J. Łopuszański, *O niektórych okolicznościach...*, s. 110.

<sup>36</sup> *Ukaz ot 23 nojabria 1955 goda ob otmienie zaprieszczenija abortow*, „Wiedomosti Wierchnogo Sowjeta SSSR” 1955, nr 22, s. 425.

<sup>37</sup> J. Łopuszański, *O niektórych okolicznościach...*, s. 109.

<sup>38</sup> Ograniczenia w materii stosowania kodeksu etyki zawodowej wprowadziła Ustawa z dnia 28 X 1950 r. o zawodzie lekarza (DzU z 1950 r., nr 50, poz. 458).

<sup>39</sup> Por. W. Grzywo-Dąbrowski, *Poronienie z punktu widzenia sądowno-lekarskiego*, „Ginekologia Polska” 1927, t. 6, z. 10–12, s. 1213.



społecznych<sup>40</sup>. Ponadto dowodzono, opierając się na dość wstecznej już w tym czasie teorii późnego uczłowiczenia płodu, że nie dochodzi do aborcji, gdy lekarz przerwie ciążę we wczesnym stadium, gdyż nie zabija człowieka, ale pozbywa się zbędnych części z organizmu matki<sup>41</sup>. Ta kuriozalna interpretacja mogła być wykorzystana przy projektowaniu ustawy zmieniającej przepisy aborcyjne dlatego, że stalinowskie prawo odebrało podmiotowość dziecku nienarodzonemu<sup>42</sup>. W związku z tym rządowy karnista Jerzy Sawicki, pisząc teksty pod pseudonimem „Lex”, rozpoczął akcję propagandową na rzecz uznania wskazań społecznych jako wytycznych rozszerzających dla stosowania procedury przerywania ciąży przez lekarzy<sup>43</sup>. W tej kampanii prasowej wspierały go przedstawicielki Ligi Kobiet, które już od dłuższego czasu, dotąd bez skutku, nawoływały, aby umożliwić kobietom swobodne przerywanie ciąży w szpitalach i ambulatoriach<sup>44</sup>. W rezultacie tych inicjatyw 11 listopada 1955 r. w Programie II Polskiego Radia doszło do dyskusji, w której oprócz Jerzego Sawickiego wzięli udział ginekolog Tadeusz Bulski i dziennikarka „Przekroju” Maria Zientarowa<sup>45</sup>. Zdaniem uczestniczącego w debacie publicyście „Słowa Powszechnego”, Stanisława Edwarda Burego, okrojona audycja nie oddawała atmosfery sporu między stronami; umykał też istotny kontekst związany ze wzrostem liczby aktów poronnych: mimo wzmożonej kontroli sprawowanej przez organy bezpieczeństwa swobodnie rozwijał się nielegalny biznes aborcyjny, który nawet w opinii komunistów przynosił ogromne zyski. Dopiero po uwzględnieniu przesłanki słabnącej w społeczeństwie wiary w sensowność powszechnej infiltracji, która rzekomo miała stać na straży interesu społecznego, zrozumiałe stało się analizowanie w radiowym programie manifestowanego przez Ligę Kobiet żądania, aby dla podratowania budżetu obciążonego ogromnymi wydatkami na politykę społeczną urządzić w państwowych

<sup>40</sup> Por. Z. Garlicka, *Wskazania społeczne przerywania ciąży*, „Ginekologia Polska” 1927, t. 6, z. 10–12, s. 1173–1176; W.M. Borowski, *Spędzanie płodu*, „Ginekologia Polska” 1927, t. 6, z. 10–12, s. 1181.

<sup>41</sup> Teorię opracowała francuska feministka Madeleine Pelletier, która w wydanej w Paryżu w 1912 r. książce *L'Émancipation sexuelle de la femme* postulowała traktowanie płodów jak części ciała i domagała się z tego tytułu prawa do „pozbycia się ich jak obciążenia włosów lub paznokci” (szerzej F. Gordon, *Convergence and Conflict: Anthropology, Psychiatry and Feminism in the Early Writings of Madeleine Pelletier (1874–1939)*, „History of Psychiatry” 2008, nr 2, s. 141–162). Jej stanowisko popierali w Polsce m.in. Tadeusz Boy-Żeleński, Wiktor Grzywo-Dąbrowski, Michał Orzęcki (por. T. Boy-Żeleński, *Piekło kobiet*, Kraków 1930, s. 61).

<sup>42</sup> Prawna odrębność dopiero po urodzeniu została przyznana dziecku w kodeksie rodzinnym z 1950 r. W związku z tym nie można było dochodzić przed sądem odszkodowania z tytułu urodzenia w wyniku źle przeprowadzonej aborcji. Upprzedmiotowienie płodu potwierdzono w kodeksie cywilnym z 1964 r. (por. B. Walaszek, *Uznanie dziecka w polskim prawie rodzinnym*, Kraków 1958, s. 82; S. Chrempiński, *Cywilnoprawna ochrona dziecka poczętego*, „Więź” 1969, nr 11–12, s. 126–127; B. Perzanowska, *Teresa Strzembosz i jej dzieło poradnictwa rodzinne w Polsce*, Łomianki 2010, s. 49).

<sup>43</sup> J. Łopuszański, *O niektórych okolicznościach...*, s. 114.

<sup>44</sup> Por. M. Parzyńska, *O uświadomieniu i macierzyństwie*, „Życie Warszawy”, 21 VI 1955, s. 3; *eadem*, *100 stron listów. O młodości, małżeństwie i odpowiedzialności*, „Życie Warszawy”, 9 IX 1955, s. 3; *eadem*, *W sprawie niedozwolonych zabiegów. Nie tylko wskazania lekarskie*, „Życie Warszawy”, 6–7 XI 1955, s. 3. Zdaniem Katarzyny Stańczak-Wiślicz, propagowanie aborcji na życzenie było elementem strategii Ligi Kobiet w walce z niekorzystnymi tendencjami w polityce gospodarczej państwa (ograniczeniem zatrudnienia kobiet, likwidacją systemu zmianowego w administracji) i miało niejako zmusić władze do wycofania się z pomysłów godzących w interesy kobiet (por. K. Stańczak-Wiślicz, *Od neomatriarchatu...*, s. 60–61).

<sup>45</sup> Por. S.E. Bury, *O metodzie przerywania i zapobiegania. Na marginesie pewnej dyskusji radiowej*, „Słowo Powszechno”, 19–20 XI 1955, s. I–II.

placówkach służby zdrowia ogólnie dostępne gabinety do przerywania ciąży<sup>46</sup>. Aby te skrajne propozycje nie wytworzyły w społeczeństwie przeświadczenia, że władze za jedyny sposób rozwiązywania problemów kobiet uważają aborcję, Jerzy Sawicki proponował powoływanie społecznych komitetów przy zakładach pracy, które w interesie ogółu i samych zainteresowanych rozstrzygałyby, czy zaistniały tzw. warunki społeczne dla przerywania ciąży. Tym samym stalinowski prokurator dopuszczał dyskusję o zmianach legislacyjnych nie tyle w zakresie realizowania polityki państwa, ile – rzekomo – na wniosek obywateli i w odpowiedzi na ich żądania. Przeciwnicy tych rozwiązań zwracali uwagę na heroiczną, a nie hedonistyczną postawę Polaków, którzy od zakończenia wojny walczyli z depopulacją, i to dzięki ich determinacji wzrosła liczba placówek leczniczych i opiekuńczych nastawionych na pomoc matce i dziecku. Państwo wyraźnie nie kierowało się interesem społecznym, ignorując żądania dotyczące poprawy warunków życia rodzin, i było *de facto* odpowiedzialne za katastrofalną sytuację kobiet, które chciały zostać matkami. Tadeusz Bulski nie odmawiał władzom prawa do wpływania na proces reprodukcyjny, ale uważał, że ograniczenie dzietności nie może odbywać się przez popieranie moralnie nagannego przerywania ciąży czy udostępnianie młodzieży środków antykoncepcyjnych, gdyż jest to deprawujące. Jako lekarz twierdził, że Polacy są gotowi na osobiste wyrzeczenia w pożyciu małżeńskim i na tej podstawie można kształtować politykę społeczną, nie uciekając się do rozwiązań, które mogą postawić ludzi w sytuacji dwuznacznej moralnie. Przeciwnicy stosowania wskazań społecznych przekonywali: „Stoimy na stanowisku rozsądnego regulowania sprawy urodzin, przede wszystkim ze względu na obecne warunki ekonomiczne, zarówno w skali przeciętnej rodziny, jak i w skali ogólnej, dlatego wypowiadamy się przeciw sztucznemu zapobieganiu ciąży, natomiast za niedopuszczaniem do zbyt częstej ciąży u kobiety przez rozsądne regulowanie pożycia małżeńskiego drogą częściowych wyrzeczeń się obojga małżonków”<sup>47</sup>.

Nie istnieją jednak dowody wskazujące na to, że dyskusje w mediach czy publikowane w prasie listy od czytelników rzeczywiście przekładały się na kształt ustawy. Chodziło raczej o budowanie klimatu społecznego przyzwolenia, który miałby wpłynąć w pożądanym sposobie na środowisko medyczne. O tym, że obawiano się oporu, świadczy fakt, iż upadł pierwotny zamysł, aby Rada Państwa na wniosek Rady Ministrów wydała dekret o warunkach dopuszczalności przerywania ciąży<sup>48</sup>. Zamiast autorytarnego dokumentu

<sup>46</sup> Te, wydawałoby się, krzywdzące dla Ligi Kobiet oceny, że bardziej dba o interes państwa niż o dobro kobiet, próbowała prostować na łamach „Życia Warszawy” Mirosława Parzyńska, ale pograżyła się jeszcze bardziej: domagała się m.in. pacyfikacji środowiska medycznego, które kosztem obywateli i państwa uzyskuje nienależne zyski. Przekonywała, że w Polsce każda kobieta przerywała ciążę i w związku z tym wie, iż jest to sposób regulacji urodzeń, a zatem można odgórnie sterować procesem reprodukcyjnym – jednym kobietom, np. mającym dostateczne środki materialne, zezwalać na urodzenie dziecka, innym zaś, np. wielodzietnym, narzucać aborcję (por. M. Parzyńska, *O co nam chodzi?...*, s. 3). Zdaniem Barbary Nowak, badającej dzieje tej organizacji, głoszenie takich poglądów było możliwe, gdyż na tym etapie Liga Kobiet nie przeszła jeszcze „od propagandy do aktywizmu skupionego na rzeczywistych potrzebach kobiet”. Stało się to dopiero w okresie odwilży popaździernikowej (por. B.A. Nowak, *Constant Conversations. Agitators in the League of Women in Poland during the Stalinist Period*, „Feminist Studies” 2005, nr 3, s. 516–518; K. Stańczak-Wislicz, *Od neomatriarchatu...*, s. 61).

<sup>47</sup> Por. S.E. Bury, *O metodzie przerywania...*, s. II.

<sup>48</sup> J. Łopuszański, *O niektórych okolicznościach...*, s. 112.



powstał projekt ustawy, który wprawdzie został szybko zaopiniowany przez komisje sejmowe, ale spełniał warunki źródła w pełni legislacyjnego. Zdaniem referującej treść tego aktu Marii Jaszczukowej, rozwiązywał on problem wzrostu liczby niekontrolowanych aborcji przez rozszerzenie wskazań do legalnego wykonywania tych zabiegów o przesłanki społeczne. O zaistnieniu tych okoliczności nie rozstrzygały jednak wspomniane czynniki zewnętrzne ani organy społeczne, ale sam lekarz – w rezultacie przyznano mu nową dla niego funkcję opiniodawczą. Do tej pory zasada kolegiałności obowiązywała w każdej sytuacji, teraz zaś komisja zaczynała działać tylko wtedy, gdy lekarz odmówił uwzględnienia „trudnych warunków życiowych kobiety ciężarnej”<sup>49</sup>. Ponadto w dyskusji parlamentarnej o zaproponowanych zmianach minister zdrowia Jerzy Sztachelski potwierdził, że nowa ustawa wyłącza odpowiednie regulacje kodeksu lekarskiego. Uznał, iż nie istnieje przesłanka, by chronić życie: „trzeba, żebyśmy wykazali większe poczucie odpowiedzialności wobec tych kilkunastu tysięcy kobiet spychanych na drogę przestępstwa, żebyśmy mieli więcej współczucia nie dla tego półtoramiesięcznego płodu, [...] ale dla żyjącej, posiadającej rodzinę, obowiązki rodzinne, obowiązki społeczne kobiety”<sup>50</sup>. Otwierało to drogę do znacznych nadużyć: kobieta, zwolniona z wszelkiej odpowiedzialności za zabieg, mogła za pomocą szantażu wymusić na ginekologu zgodę na przerwanie ciąży z przyczyn społecznych, notabene nieostro opisanych w ustawie, gdy ten nie miał żadnych prawnych instrumentów, aby bronić swojego stanowiska<sup>51</sup>. Ponadto dotąd samodzielne decyzje lekarza były z góry przewidywalne, gdyż regulowała je deontologia obowiązująca wszystkich doktorów bez wyjątku. Obecnie zaś niezmiennie prawidła moralne zostały poddane pod asumpt etyki sytuacyjnej, dzieląc tym samym środowisko medyczne na tych, którzy wierni złożonej przysiędze, będą w opozycji do stanowionego prawa, i tych, którzy będą dopuszczać zgodnie z ustawą możliwość zawieszenia zasad lekarskich w pewnych okolicznościach<sup>52</sup>. Świadomy tego minister Sztachelski na konferencji dla dziennikarzy 18 maja 1956 r., kiedy prezentowano szczegółowe wytyczne do ustawy z 27 kwietnia 1956 r., powiedział koncyliacyjnie: „Trzeba powiedzieć jasno i otwarcie, że zabiegowi temu jesteśmy zdecydowanie przeciwni, przede wszystkim z punktu widzenia lekarskiego. Przerwanie ciąży to zabieg niewątpliwie szkodliwy dla zdrowia kobiety i fakt ten społeczeństwo musi mieć na uwadze”<sup>53</sup>. Niemniej, informowany o sabotowaniu przepisów, wydał następujący komentarz do wspomnianych wytycznych: „odmowa wykonania zabiegu [...] stanowiłaby naruszenie podstawowych obowiązków pracowniczych. [...] Lekarz, który ze względu na osobiste przekonania nie chce wykonywać zabiegów przerywania ciąży, powinien zmienić rodzaj zatrudnienia”<sup>54</sup>. W szpitalach i przychodniach rozpoczęły się czystki: tych, którzy sprzeciwiali się wyko-

<sup>49</sup> Piąty dzień obrad Sejmu. Ustawa o warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, „Życie Warszawy”, 28 IV 1956, s. 2–3; Ustawa, którą podyktowało życie, „Kobieta i Życie” 1956, nr 15, s. 12.

<sup>50</sup> Z archiwum debaty w sejmie PRL 27 IV 1956 r., oprac. W. Chudy, „Ethos” 1989, nr 5, s. 127–128.

<sup>51</sup> Na ten aspekt zwracano uwagę już w trakcie dyskusji prasowych przed uchwaleniem ustawy (por. S.E. Bury, *W obliczu dwu ustaw*, „Słowo Powszechne”, 21 IV 1956, s. 1).

<sup>52</sup> Por. S. Sterkowicz, *W służbie chorego* [w:] *Pamiętniki lekarzy...*, s. 927–929.

<sup>53</sup> Por. K. Biel, *Dlaczego wielu ginekologów...*, s. 2.

<sup>54</sup> *Warunki dopuszczalności przerywania ciąży*, oprac. L. Krotkiewska, Warszawa 1956, s. 29–30.

nywaniu aborcji ze względów społecznych, zwalniano lub przesuвано na inne stanowiska, odmawiano im prawa do uzyskania specjalizacji, naciskano, by zmienili przekonania, szantażowano ich i straszono represjami<sup>55</sup>.

Wobec sporu aksjologicznego rozpełtała się dyskusja prasowa między zwolennikami uwzględniania wskazań społecznych a ich przeciwnikami<sup>56</sup>. Zainicjował ją 14 października 1956 r. pracujący w Gdańsku Tadeusz Kielanowski, były pierwszy rektor białostockiej akademii medycznej, publikując na łamach „Służby Zdrowia” list otwarty do „kolegów ginekologów”. Zauważał, że w związku z ustawą lekarze stanęli przed dylematem etycznym, który wielu z nich postrzega jako konflikt między wewnętrznym sprzeciwem wobec zabiegów poronnych a obowiązkiem podporządkowania się prawu. Stwierdził, iż wobec wątpliwości najlepszym wyjściem jest jasna deklaracja. Jako ftyzjatra, niewykonyjący bezpośrednio aborcji, ale kierujący na zabieg kobiety chore na gruźlicę, apelował do ginekologów, by „zechcieli uchylić przyłbicy i zdobyli się na odwagę cywilną odmawiania wykonania zabiegu z powodu swych przekonań. Niechaj jednak nie zwodzą kobiet, nie szukają pretekstów, nie składają odmowy na brak jakiegoś załącznika. Krzywdzą tym kobiety i krzywdzą siebie samych. Chcemy znać w terenie nazwiska tych kolegów, którzy są skłonni nam pomagać, i nazwiska tych, którzy nie chcą z nami współpracować w tej dziedzinie. Wiedząc o tym, nie będziemy do nich w ogóle kierować kobiet wymagających przerwania ciąży i unikniemy straty czasu i wielu powikłań”<sup>57</sup>. W imieniu warszawskich położników odpowiedziała mu Jolanta Massalska, pracująca na Pradze w Szpitalu Miejskim nr 4 (Przemienienia Pańskiego – tę nazwę przywrócono w 1962 r.). 10 lutego 1957 r. zredagowała list podpisany przez piętnastu ginekologów, głównie wychowanków Adama Czyżewicza z kliniki uniwersyteckiej przy pl. Starynkiewicza, w którym zwróciła uwagę, że problem został zaprezentowany jednostronnie. Uznała, iż zasadniczą przyczyną, dla której lekarze odmawiają przeprowadzenia aborcji, nie są względy światopoglądowe, ale kodeksowe przykazanie *primum non nocere* (po pierwsze nie szkodzić). Stwierdziła, że ci, którzy kierują na zabieg poronny, często nie do końca zdają sobie sprawę, z jakimi konsekwencjami wiąże się nawet prawidłowe jego wykonanie. Starła się uświadomić, iż ginekolog trzymający skalpel musi wiedzieć o chirurgicznych skutkach swoich działań, gdyż to one właśnie kończą się powikłaniami. W rezultacie szkody fizyczne zmuszają do ponownych odwiedzin u lekarza pierwszego kontaktu i często dodatkowo wywołują zaburzenia psychiczne. Przekonywała, że dla kobiet lepsze jest urodzenie dziecka niż dźwiganie brzemia długotrwałej choroby. Obarczała ustawodawcę odpowiedzialnością za użycie niewłaściwego środka w trudnej sytuacji społecznej. Opowiadała się za propagowaną ówczesnie naturalną regulacją liczebności potomstwa<sup>58</sup>. Na jej argumenty Tadeusz Kielanowski odpowiedział 24 lutego 1957 r. Zwrócił uwagę, że jako lekarz nie może popierać przerywania ciąży, ale je dopuszcza, choćby w związku z rozwojem w okresie stalinowskim „partactwa”, przeprowadzaniem tego zabiegu w niektórych sytuacjach. Dodał,

<sup>55</sup> Por. *List lekarza*, „Kierunki” 1956, nr 27, s. 2.

<sup>56</sup> Por. *Dwugłos ze „Służby Zdrowia”*, „Tygodnik Powszechny” 1957, nr 19, s. 2.

<sup>57</sup> *List otwarty do Kolegów Ginekologów*, „Służba Zdrowia” 1956, nr 42, s. 1.

<sup>58</sup> *List do redakcji. Odpowiedź ginekologów warszawskich*, „Służba Zdrowia” 1957, nr 6, s. 4.

iz w związku z tym deklaruje się jako zwolennik mniejszego zła, którego dziwi „litość okazywana kilkamilimetrowemu płodowi, a brak współczucia dla nieszczęśliwego, ginącego dziecka”<sup>59</sup>. Tłumaczył, że wie, jak wielką szkodą dla krajowej medycyny jest prześladowanie ginekologów mających tak wysokie kwalifikacje zawodowe i prezentujących tak głęboko humanistyczną postawę jak położnicy warszawscy, protestuje przeciwko usuwaniu ich z pracy oraz karaniu za odmowę wykonania aborcji. Przyznawał, iż są nie do zastąpienia, gdyż u Czyżewicza ratuje się nawet ciężę pozamaciczne i umieszcza 20–30-tygodniowe płody w inkubatorach. Zgadzał się, że cała sytuacja wpływa na funkcjonowanie całego środowiska lekarskiego, które czuje się zaszczone, a przecież istotą działania każdego medyka jest wolność decyzji<sup>60</sup>. Ponownie odpowiedziała mu Jolanta Massalska, kilka miesięcy później zwolniona z pracy za odmowę aborcji. Przypominała, w jakich okolicznościach formowali swoją postawę etyczną warszawscy położnicy: sprzeciwiając się nazistowskiemu bestialstwu, które przyczyniło się do zniszczenia stolicy, przystąpili do ruchu ekspacyjnego i w ciągu kilku miesięcy, przy wsparciu opieki społecznej, opanowali plagę aborcji w podnoszącym się z ruin mieście. Wskazywała tym samym, że toczący się spór dawno przestał mieć charakter wewnątrzśrodowiskowy, zmierzający do rozwiązania problemu wzrostu liczby niekontrolowanych aktów poronnych. Przekonywała, iż z powodów politycznych dąży się do nadzorowania ludzkich zachowań i wybiera się instrumenty, które to umożliwiają. Massalska podkreślała, że jedynie w społeczeństwach głęboko humanistycznych nie dzieli się życia na cenne i bezwartościowe. Wskazywała drogę, którą winni pójść Polacy: dołączyć do grona narodów, w których „coraz bardziej dojrzewa [...] świadomość tego, że człowiek może się czuć bezpiecznie tylko w takim społeczeństwie, które ma w sobie najgłębiej wszczepiony szacunek do życia ludzkiego w ogóle – bez względu na to, czy będzie to życie nieurodzonego płodu, czy nieuleczalnie chorego”<sup>61</sup>.

Równoległe trwał audyt wykonania ustawy w zakresie realizacji związanych z nią celów: zwalczania niekontrolowanych aktów poronnych i podniesienia ogólnej zdrowotności kobiet w ciąży. Objął on szpitale w Katowicach, Łodzi, Warszawie i we Wrocławiu oraz osiem województw<sup>62</sup>. Ujawnił tragiczną sytuację położnictwa, które aby spełnić wymogi prawne, adaptowało na gabinety zabiegowe składziki narzędziowe i piwnice. Najgorsza sytuacja panowała w Łodzi, gdzie miesięcznie wykonywano ponad sto aborcji z przyczyn społecznych<sup>63</sup>. Ogólnie co czwarta przerywana w szpitalach ciąży była spowodowana „trudnymi warunkami życiowymi kobiety ciężarnej”, choć w województwie krakowskim ustawa wymusiła jedynie niewiele więcej niż 11 proc. poronień<sup>64</sup>. Prawie wcale nie spadła liczba niekontrolowanych aborcji. Mniej było powikłań, bo kobiety chętniej zgłaszały się do lekarza z poronieniem w toku. Opór ginekologów jednak nara-

<sup>59</sup> Jeszcze raz w sprawie przerywania ciąży, „Służba Zdrowia” 1957, nr 8, s. 4.

<sup>60</sup> Protestuję! W obronie wolności sumienia lekarza, „Służba Zdrowia” 1957, nr 10, s. 1.

<sup>61</sup> Dyskusja w sprawie przerywania ciąży. Druga odpowiedź prof. Kielanowskiemu, „Służba Zdrowia” 1957, nr 11, s. 1.

<sup>62</sup> Por. H. Wolińska, *Przerwanie ciąży...*, s. 81–83.

<sup>63</sup> J. Zajewski, *Ponura statystyka*, „Tygodnik Powszechny” 1958, nr 14, s. 2.

<sup>64</sup> J. Lesiński, M. Łącki, *Analiza poronień w Polsce z uwzględnieniem metod ich zwalczania*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1961, R. 16, nr 3, s. 99.

stał. Lekarze nie chcieli pracować w komisjach odwoławczych, gdyż ich członków wciąż oskarżano o stronniczość. W Warszawie, gdzie powszechnie sabotowano wykonanie ustawy, ujawniono najwięcej wymuszeń: ciążę przerywały kobiety dobrze sytuowane, na państwowych stanowiskach, podczas gdy przychodzące z dokumentami poparcia<sup>65</sup> robotnice nie uzyskiwały zezwoleń i często trafiały w ręce „partaczy”<sup>66</sup>. Opór stawiała klinika Czyżewicza, gdzie aby ucywilizować proces decyzyjny, wprowadzono obowiązek pisemnej zgody pacjentki i jej męża w związku z możliwością powikłań oraz wymuszono konieczność pobytu w szpitalu przez dwanaście dni<sup>67</sup>. Ciężarne skarżyły się na nadmiar biurokracji, uważając, że wypełnianie oświadczeń, wielokrotne odwiedzanie poradni i pisanie odwołań zniechęca i *de facto* powoduje wybór prostszego rozwiązania – nielegalnej aborcji<sup>68</sup>. Ustawa była wadliwa. Zdaniem kobiet, miała im otworzyć drogę do pozbycia się ciąży w trudnej sytuacji, lekarze zaś uważali, że nie nakłada obowiązku spędzania płodu ze wskazań społecznych, lecz raczej wywołuje presję ideologiczną, również organów władzy, aby dostosować kodeks lekarski do aktualnych oczekiwań. Dodatkowo chaos w służbie zdrowia pogłębiały represje, które wyłączały z lecznictwa często niezastąpionych fachowców. Rosnąca niechęć medyków do ministra Sztachelskiego oraz fakt, że nie uzyskał on zauważalnych wyników, przesądziły o jego dymisji w listopadzie 1956 r. i powołaniu bardziej akceptowanego przez lekarzy Rajmunda Barańskiego. Ten jednak okazał się równie uległy wobec Komitetu Centralnego jak jego poprzednik. Tymczasem Jerzy Sztachelski jako pełnomocnik rządu do spraw stosunków z Kościołem kontynuował swoją misję, tym razem w kontaktach z rzeczywistym obrońcą świata medycznego.

## RELACJE ŚRODOWISKA MEDYCZNEGO I KOŚCIOŁA. DUSZPASTERSTWO SŁUŻBY ZDROWIA

Kościół w Polsce uchodził za obrońcę środowiska lekarskiego przynajmniej od 1921 r., kiedy nieudolna walka lekarzy z aborcją na Huculszczyźnie omal nie doprowadziła do katastrofy demograficznej<sup>69</sup>. Jedynie dzięki interwencji episkopatu udało się zahamować spadek urodzin i rozprzestrzenianie się chorób wenerycznych<sup>70</sup>. Przy wsparciu zwłaszcza kard. Adama Sapiehy również po II wojnie światowej cztery z siedmiu głównych ośrodków medycznych: bydgoski, poznański, warszawski i wrocławski, szybko opanowały plagę poronień ciąż będących wynikiem gwałtów<sup>71</sup>. Niestety w okresie stalinowskim Kościół

<sup>65</sup> Kobieta musiała mieć dokument poświadczający fakt, że znajduje się w trudnych warunkach społecznych. Takie „listy poparcia” wystawiały np. zakłady pracy.

<sup>66</sup> Por. *List lekarza...*, s. 2; W. Bogusławska, *Za karawanem ustawy. A jednak ciągle piekło kobiet*, „Kobieta i Życie” 1957, nr 6, s. 2–3.

<sup>67</sup> K. Biel, *Regulacja urodzin*, „Tygodnik Powszechny” 1959, nr 51, s. 1–2.

<sup>68</sup> Por. *List Czytelniczki. Ministrowi Zdrowia ku uwadze*, „Przyjaciółka” 1956, nr 36, s. 11.

<sup>69</sup> *Protokół LXXVII Posiedzenia Naukowego Warszawskiego Towarzystwa Ginekologicznego z dnia 28 czerwca 1927*, „Ginekologia Polska” 1927, t. 6, z. 10–12, s. 1385–1386.

<sup>70</sup> J. Kruppik, *Druga niedziela postu. Kazanie katechetyczne. Grzech nieczystości*, „Szkice Kazań Niedzielných i Świątecznych” 1946, nr 2, s. 39–40.

<sup>71</sup> Na wiosnę 1945 r. rektor Uniwersytetu Poznańskiego Stefan Dąbrowski poprosił o pomoc Kościół (por. *Zgon*

utracił 80 proc. majątku<sup>72</sup>. Władze przejęły 139 placówek kościelnej służby zdrowia, w tym 48 szpitali<sup>73</sup>. Rozwiązano zasłużone dla zwalczania powojennych aborcji kliniki ginekologiczne w Opolu i Bytomiu<sup>74</sup>. Zniknęły stacje wiejskie i doraźne punkty samarytańskiej pomocy, które wspierały ciężarne, m.in. dostarczając im podkłady położnicze<sup>75</sup>. Zupełnie ustała kościelna profilaktyka seksualna<sup>76</sup>. Upaństwowiono wszystkie zakonne apteki, w tym bonifratrów i kamilianów, które produkowały dla kobiet ziołowe specyfiki łagodzące bóle porodowe i menstruacyjne<sup>77</sup>. Momentalnie pogorszył się stan lecznictwa na Dolnym Śląsku i w Olsztyńskim, gdzie zamykano najwięcej niezależnych od państwa placówek służby zdrowia<sup>78</sup>. Dzięki autorytetowi Kościoła legitymizowano jedynie nowe inicjatywy: na zagrabionych gruntach parafialnych wznoszono izby porodowe, które lojalny wobec władz duchowny święcił, aby kobiety w ogóle chciały z tych punktów skorzystać<sup>79</sup>. Nasiliły się problemy z obsadą oddziałów szpitalnych, gdyż zaczęto usuwać zakonnice nawet z miejsc, gdzie posługiwały od dziesięcioleci. Jeszcze w 1949 r. siostry pracowały nieprzerwanie od początku istnienia lecznic w 162 placówkach, rok później już tylko w dwóch<sup>80</sup>. Szarytki z prowincji krakowskiej dzięki postawie dyrekcji, która obawiała się przestojów przy obsłudze najcięższej chorych, utrzymały etaty jedynie w Krośnie Odrzańskim, Tarnowie, we Wrocławiu i w Żywcu<sup>81</sup>. Ogółem blisko 60 tys. zatrudnionych w lecznictwie kościelnym straciło pracę po likwidacji „Caritasu” w 1950 r.<sup>82</sup>

uczzonego, „Dziś i Jutro” 1947, nr 14–15, s. 9; T. Światała, *Poznań 1945. Kronika wydarzeń*, Poznań 1986, s. 188; J. Malinowski, *Działalność polityczno-społeczna prof. Stefana Dąbrowskiego (1877–1947)*, Poznań 2012, [mps w zbiorach Repozytorium Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu], s. 225–226; szerzej: J. Wolny, *Ostatnie lata działalności kościelnej Adama Stefana Sapiehy* [w:] R. Bogacz, *Książę Niezłomny. Kardynał Adam Stefan Sapieha*, Kraków 2001, s. 176; D. Zamiatała, *Caritas. Działalność i likwidacja organizacji 1945–1950*, Lublin 2000, s. 74–75).

<sup>72</sup> S. Wyszyński, *Pro memoria. Zapiski z lat 1948–1949 i 1952–1953*, Warszawa 2007, s. 415.

<sup>73</sup> W. Myslek, M.T. Staszewski, *Polityka wyznaniowa. To – warunki – realizacja*, Warszawa 1975, s. 268. Szerzej: A. Szymański, *Akcja przejmowania szpitali wyznaniowych w oparciu o Ustawę z dnia 28 października 1948 roku o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia*, „Studia z Prawa Wyznaniowego” 2007, t. 10, s. 281–324.

<sup>74</sup> D. Walencik, *Nieruchomości Kościoła katolickiego w Polsce w latach 1918–2012. Regulacje prawne – nacjonalizacja – rewindykacja*, Katowice 2013, s. 195; A. Dziurok, *Kruczoizacja. Polityka władz partyjno-państwowych wobec Kościoła katolickiego w latach 1945–1956 w województwie śląskim/katowickim*, Katowice 2012, s. 387.

<sup>75</sup> Najwięcej straciły Opolszczyzna i Lubelskie, gdzie takich placówek było najwięcej (por. *Punkt samarytański*, „Caritas” 1948, nr 1, s. 16; D. Zamiatała, *Caritas. Działalność...*, s. 212–215).

<sup>76</sup> Por. AAN, MAP, Departament Polityczny, Wydział Społeczno-Polityczny, 679, „Caritas” w poszczególnych województwach. Sytuacja organizacyjna i prawna, działalność. Stanowisko władz państwowych i Episkopatu. Nowy zarząd „Caritasu”. Sprawozdania, notatki, wykazy, korespondencja, [sierpień 1946 – marzec 1950 r.], k. 122–123.

<sup>77</sup> D. Walencik, *Nieruchomości Kościoła katolickiego...*, s. 193–194.

<sup>78</sup> W. Mazurek, J. Macierewicz, N. Lyżwańska, *Zasady organizacji otwartej opieki zdrowotnej dla miast i wsi*, „Zdrowie Publiczne” 1951, nr 5, s. 25; B. Płonka-Syroka, *Organizacja opieki zdrowotnej na Dolnym Śląsku po II wojnie światowej. Zarys zagadnienia*, „Pamięć i Przyszłość” 2013, nr 3, s. 8.

<sup>79</sup> Por. A. Bałasz, *Lekarz wiejski* [w:] *Pamiętniki lekarzy...*, s. 824–825.

<sup>80</sup> E. Kaczmarek, *Dlaczego przeszkadzały? Polityka władz partyjnych i rządowych wobec żeńskich zgromadzeń zakonnych w Polsce w latach 1945–1956*, Warszawa 2007, s. 26.

<sup>81</sup> Nikt nie mógł zastąpić m.in. lwowskich instrumentariuszek, które pracowały w klinice akademickiej we Wrocławiu przy skomplikowanych operacjach chirurgicznych, np. ratujących ciężę pozamaciczne (por. M. Hałat, *Pielęgniarstwo zakonne w polskich szpitalach od 1939 roku*, cz. 2, „Medycyna Nowożytna” 2001, nr 1, s. 157).

<sup>82</sup> D. Zamiatała, *Caritas. Działalność...*, s. 140.

Władze uderzyły w szpitalną obrzędowość, która od wieków wykazywała silne związki z Kościołem. Ograniczano krucyfikację sal oraz działalność kapelana, który przestał być częścią personelu medycznego. Miał obowiązek odprawić jedynie poranne nabożeństwo w kaplicy szpitalnej, rozdać chorym Eucharystię oraz na wezwanie pielęgniarki oddziałowej wypowiadać oczekujących na operację lub proszących o jego obecność. Nie kontrolował już procedur medycznych pod kątem ich zgodności z prawem katolickim, a tym samym nie mógł interweniować w sytuacji naruszenia zasad etycznych, np. podczas dokonywania aborcji. W związku z tym absolucje z ekskomuniki w szpitalu – kiedyś częste – należały teraz do rzadkości. Zanikły również wszelkie formy modlitewne tak charakterystyczne dla ruchu ekspiacyjnego pierwszych lat powojennych, m.in. zakazano siostronom zakonnym i kapelanom upowszechniać wśród chorych dziewięciomiesięczną nowennę w intencji dzieci nienarodzonych<sup>83</sup>.

Na fali destalinizacji optowano za uspołecznieniem lecznictwa i ponownym otwarciem placówek „Caritasu”<sup>84</sup>. Reaktywacja kościelnej służby zdrowia miała uruchomić łańcuch pomocy charytatywnej dla Polski, istotny zwłaszcza dla władz, aby móc zapewnić niezbędne wsparcie wychodzącym z więzień i repatriantom<sup>85</sup>. Liczono na udział Kościoła w zwalczaniu problemów wenerologicznych w kraju. Pod wpływem migracji wzrosła bowiem liczba przypadków kiły, którą po zamknięciu akcji „W” starano się nieudolnie opanować przy pomocy asystentów społecznych<sup>86</sup>. Niestety brakowało nadzoru nad chorymi ciężarnymi, co skutkowało pogłębianiem się patologii zdrowotnych<sup>87</sup>. Zewsząd odzywały się głosy, aby znów dopuścić zakonnice na oddziały szpitalne, gdyż tylko w ten sposób „przywróci się leczeniu właściwy klimat etyczny”. W 1957 r. kierownik krakowskiej kliniki dermatologicznej, Kazimierz Lejman, błagał przełożoną szarytek o przysłanie trzech pielęgniarek. Siostry wróciły też do szpitali Jasła, Rzeszowa i Sanoka<sup>88</sup>. Na zgłoszony przez Kościół na posiedzeniu Komisji Wspólnej 12 kwietnia 1957 r. postulat derogacyjny władze odpowiedziały jednak negatywnie<sup>89</sup>. Utrzymywały,

<sup>83</sup> Prenatalną adopcję dzieci, opartą na średniowiecznej tradycji szpitala św. Ducha w Krakowie, zainicjowały tamtejsze wizytki w wprowadzeniu przez władze niemieckie w 1943 r. swobodnego prawa aborcyjnego (por. A. Basta, R. Klimek, Z. Zdebski, *Dzieje krakowskich nauk ginekologicznych w XX wieku*, Kraków 2000, s. 173–174; M. Rechowicz, *Apostolstwo Chorych w Polsce i jego pierwszy duszpasterz*, „Śląskie Studia Historyczno-Teologiczne” 1979, nr 12, s. 9–12).

<sup>84</sup> A. Golański, *O nowy model służby zdrowia*, „Tygodnik Powszechny” 1957, nr 33, s. 11.

<sup>85</sup> A. Dudek, R. Gryz, *Komuniści i Kościół w Polsce (1945–1989)*, Kraków 2003, s. 132–134.

<sup>86</sup> Por. *Pierwsi asystenci społeczni do pomocy w walce z chorobami wenerycznymi*, „Służba Zdrowia” 1957, nr 39, s. 3; Z. Capiński, *Rola asystentów społecznych w zwalczaniu chorób wenerycznych*, „Służba Zdrowia” 1958, nr 6, s. 3.

<sup>87</sup> Por. A. Stapiński, *Kształtowanie się zapadalności na kiłę i rzeżączkę w Polsce w trzydziestolecie 1948–1978*, „Przegląd Dermatologiczny” 1979, nr 5, s. 507–512. Uważano, że aborcje u zakażonych kobiet też wpływają na podtrzymanie niekorzystnych tendencji, gdyż dają złudne przeświadczenie o utrzymywaniu przez lekarzy kontroli nad chorobą, a niczym nieskrępowana swoboda seksualna jedynie zwiększa wskaźnik zachorowalności na kiłę. W 1955 r. na 10 tys. osób odnotowywano 29,9 przypadku zachorowań, w 1960 r. – 33, w 1963 r. – 37,1, a w 1967 r. – 58,6 (por. B. Łobodzińska, *Rodzina współczesna i jej perspektywy [w:] Polityka ludnościowa. Współczesne problemy*, red. A. Józefowicz et al., Warszawa 1973, s. 297).

<sup>88</sup> Por. M. Hałat, *Pielęgniarstwo zakonne...*, s. 149.

<sup>89</sup> W. Ważniewski, *Zło dobrem zwyciężaj. Polityka przemocy państwowej wobec Kościoła katolickiego w Polsce 1945–1970*, Warszawa 2014, s. 149–150.



że na przeszkodzie reaktywacji „Caritasu” stoi postawa hierarchów, którzy „nie wykazują dobrej woli w kierunku uspokojenia umysłów, łagodzenia konfliktów”<sup>90</sup>. W rzeczywistości w opublikowanych 27 czerwca 1957 r. przez PZPR wytycznych w sprawie stosunków między państwem a Kościołem jednoznacznie stwierdzono, że laicyzacja jest procesem nieodwracalnym, który jednak trzeba wdrażać nie przez nacisk administracyjny, ale stosując metody miękkie: poczuciu swobody religijnej i tolerancji miały towarzyszyć ograniczenia wprowadzane w materii duszpasterskiej. Należało popierać organizacje ateistyczne i nie dopuszczać do formowania grup zawodowych powiązanych ideowo z Kościołem<sup>91</sup>. Obawiano się utraty wpływu na środowisko medyczne, już wtedy mocno kontestujące ustawę aborcyjną.

W atmosferze napięcia i niepewności kształtowała się społeczność katolickich lekarzy i pielęgniarek. Ich konsolidacja miała trzy filary. Pierwszym było powiązanie z prymasem środowisko „Ósemek”, w którym po 1950 r. znalazły się usunięte z pracy lekarki. Od 1953 r. organizowały one rekolekcje dla pracowników służby zdrowia oraz społeczników zajmujących się ciężarnymi, aby upowszechnić katolicką wizję macierzyństwa<sup>92</sup>. Grono to współdziałało z Teresą Strzembosz, która skupiała wokół siebie położne i pielęgniarki, organizując dla nich wyjazdowe pielgrzymki do Częstochowy. Po spotkaniu na Jasnej Górze, w którym uczestniczyło blisko pięćset osób, we wrześniu 1956 r. podjęto decyzję o wystosowaniu do kard. Wyszyńskiego pisma z prośbą o utworzenie specjalistycznego duszpasterstwa służby zdrowia. O determinacji inicjatorek świadczy fakt, że do kontaktu w tej sprawie doszło już w październiku 1956 r., niedługo po powrocie prymasa do Warszawy. Jako pierwsza delegacja zawodowa Teresa Strzembosz wraz z grupą pielęgniarek była przyjmowana z niezwykłym entuzjazmem, gdyż kard. Wyszyński po opublikowaniu ustawy aborcyjnej sądził, że środowisko medyczne odwróciło się od Kościoła, i dochodzące sygnały o oporze wobec liberalizacji przepisów odbierał z nadzieją, iż możliwy jest jednoczący dialog<sup>93</sup>. Na przekonanie to wpłynęło również stanowisko innego gremium, czyli przedstawicieli rozwiązanego w 1949 r. Zjednoczenia Polskich Lekarzy Katolików<sup>94</sup>. Jego członkowie przez założone na Jasnej Górze Arcybractwo św. Łukasza w okresie stalinowskim próbowali kontynuować działalność formacyjną i integracyjną, m.in. organizując prywatne rekolekcje dla lekarzy w Laskach, ale z uwagi

<sup>90</sup> Archiwum Archidiecezji Częstochowej (dalej: AACz), Komitet Centralny Polskiej Zjednoczonej Partii Robotniczej (dalej: KC PZPR), 1354, t. 65, Notatka Urzędu ds. Wyznań do Kancelarii Sekretariatu KC PZPR, 27 IV 1957 r., k. 8.

<sup>91</sup> *Ibidem*, Wytyczne stanowiska partii w sprawie stosunków między państwem a Kościołem, 28 VI 1957 r., k. 77.

<sup>92</sup> J. Jełowicka, *Wspomnienie po pół wieku*, Warszawa 2002, s. 73, 83–85.

<sup>93</sup> E. Sujak, *Życie Teresy Strzembosz (1930–1970)* [w:] *Chrześcijaństwo*, t. 14, red. B. Bejze, Warszawa 1985, s. 251.

<sup>94</sup> Organizacja została założona w Warszawie w 1933 r. w odpowiedzi na liberalizację ustawodawstwa aborcyjnego. Prowadziła pronatalistyczne akcje propagandowe, odczyty na temat katolickiej etyki seksualnej, rekolekcje i pielgrzymki branżowe do Częstochowy. Po wojnie uczestniczyła w ekspansyjnym ruchu antyaborcyjnym, wspierając powstawanie katolickich poradni eugenicznych oraz placówek pomocowych dla ciężarnych w ramach „Caritasu” (por. C. Strzeszewski, *Katolickie organizacje inteligencji* [w:] *Historia katolicyzmu społecznego w Polsce 1832–1939*, red. C. Strzeszewski, R. Bender, K. Turowski, Warszawa 1981, s. 382; *Życie religijne. Stowarzyszenie Katolickich Lekarzy*, „Tygodnik Powszechny” 1947, nr 2, s. 9; M. Kalinowski, *Duszpasterstwo służby zdrowia* [w:] *Duszpasterstwo specjalne*, red. R. Kamiński, B. Drożdż, Lublin 1998, s. 107–108).

na represje praktycznie musieli zawiesić aktywność<sup>95</sup>. Na fali odwilży październikowej liczyli na wznowienie przerwanych prac, dlatego wystąpili z inicjatywą zorganizowania na Jasnej Górze pielgrzymki lekarzy i farmaceutów. Widząc zapał wspomnianych środowisk do walki w obronie życia, prymas wsparł częstochowski zjazd swoim autorytetem i obecnością<sup>96</sup>. Lekarze, przybyli 2 grudnia 1956 r. do sanktuarium maryjnego, uzyskali przede wszystkim możliwość otrzymania absolucji, gdy zaciągnęli ekskomunikę, wywołując poronienia u pacjentek. Długie kolejki do spowiedzi zaintrygowały kard. Wyszyńskiego, który wołał: *Medice cura te ipsum* (Lekarzu, ulecz samego siebie!) i pokazywał, jak istotny z punktu widzenia etycznego powinien być dla środowiska medycznego związek z Kościołem<sup>97</sup>. Uważał, że destalinizacja wśród lekarzy nie jest możliwa bez głębokiego rachunku sumienia – zaniedbania prowadziły do braku rozpoznania rzeczywistych potrzeb społecznych, które skutkowały chęcią niesienia szybkiej, ale doraźnej pomocy. Przekonywał, iż w takich okolicznościach może rodzić się niewiara w skuteczność dotychczasowych rozwiązań i pragnienie, aby wyzwolić się z etycznych ograniczeń zawodu. W związku z tym apelował: „Lekarz musi być obrońcą życia. Musi bronić go niekiedy przed samym człowiekiem znużonym życiem. Musi tego życia bronić wobec rozkładowych sił społeczeństwa. Lekarz musi być apostołem życia. Ma zwalczać wszelkie zamachy na życie. Lekarz musi mieć wiarę w uleczalność”<sup>98</sup>. Podkreślał też: „Przestańmy mówić o zawodzie lekarskim. Zacznijmy mówić o powołaniu lekarskim. [...] trzeba uwierzyć w swoje powołanie”<sup>99</sup>. Pytał medyków, czy włączą się w życie Kościoła i razem z kapłanami jako ich świeccy współpracownicy w dziele obrony życia będą realizować śluby jasnogórskie. Wobec deklaracji zacieśnienia sojuszu środowiska lekarskiego z Kościołem krótko po zjeździe podjął decyzję o rozwoju duszpasterstwa zawodowego<sup>100</sup>. Przewidywał, że będzie ono mogło co roku organizować na Jasnej Górze konferencje specjalistyczne z zakresu etyki lekarskiej oraz formacji ogólnoludzkiej<sup>101</sup>. Do koordynacji poszczególnych działań, zwłaszcza na szczeblu diecezjalnym, powołał ks. Kazimierza Majdańskiego na krajowego duszpasterza służby zdrowia<sup>102</sup>.

Na pierwszym spotkaniu formacyjnym lekarzy w trakcie zjazdu jasnogórskiego podsumowano dotychczasowe kroki w zakresie ochrony życia. Sprawozdanie z monitoringu aborcji złożył Adam Czyżewicz, który w konkluzji podkreślił, że ani legalizacja sztucznych poronień, ani poprawa ogólnego dobrostanu społeczeństw nie wyeliminuje

<sup>95</sup> AACz, KB 272, Bractwo św. Łukasza, k. 1–4. W okresie stalinowskim w Otwocku zjednoczeniu pomagał ks. Antoni Słomkowski, a w Izabelinie ks. Aleksander Fedorowicz. Organizowali oni kursy rekolekcyjne i formacyjne dla lekarzy (por. *Giganci obrony życia. Emilia Paderewska-Chrościcka. Uczyć poszanowania godności człowieka*, „Służba Życiu” 2000, nr 10–11, s. 10).

<sup>96</sup> W. Tomrik, *Lekarze w hołdzie Matce Bożej Królowej Polski. J. Em. Ks. Kardynał Prymas wśród lekarzy polskich*, „Słowo Powszechne”, 3 XII 1956, s. 1.

<sup>97</sup> S. Wąsowicz, *Pielgrzymka lekarzy polskich na Jasną Górę 2 XII 1956*, „Ateneum Kapłańskie” 1957, t. 54, z. 1, s. 98.

<sup>98</sup> *W obronie nienarodzonych. Przemówienie J. Em. Księdza Kardynała Prymasa*, „Słowo Powszechne”, 24–25 XII 1956, s. 2.

<sup>99</sup> *Przemówienie J. Em. Ks. Kardynała Prymasa do lekarzy polskich*, „Słowo Powszechne”, 8–9 XII 1956, s. 4.

<sup>100</sup> A. Kiciński, *Służby zdrowia duszpasterstwo* [w:] *Encyklopedia katolicka*, red. S. Wilk, t. 18, Lublin 2013, s. 428.

<sup>101</sup> M. Ostaszewski, *Duszpasterstwo służby zdrowia*, „Studia Elbląskie” 2004/2005, nr 6, s. 128.

<sup>102</sup> D. Bazyłuk, *Kazimierz Majdański* [w:] *Encyklopedia katolicka*, red. S. Wilk, E. Ziemiann, t. 11, Lublin 2006, s. 840.

tęgo zjawiska. Jego zdaniem, mylą się ci, którzy nadzieję na skuteczną walkę z aborcją pokładają w edukacji seksualnej, gdyż u podstaw decyzji leży wybór etyczny. Zwracał uwagę na to, że do poronień niekontrolowanych dochodzi tam, gdzie tragiczna sytuacja osobista spotyka się ze złą polityką społeczną: likwidacją płacy rodzinnej, koniecznością produktywizacji kobiet, niedostateczną infrastrukturą mieszkaniową i opiekuńczą. Wzrost liczby aborcji legalnych wynika zaś z sytuacji w lecznictwie: niskiej jakości opieki okołoporodowej, słabej wykrywalności schorzeń kobiecych, kryminalizacji zachowań lekarskich. Czyżewicz nie bał się wspomnieć, że poza ewidencją medyczną znajdują się zabiegi wykonywane przez lekarzy wojskowych, m.in. w więzieniach i aresztach Służby Bezpieczeństwa<sup>103</sup>. Pesymistycznie podchodził do kwestii rozrodczości. Wskazywał, że mimo mniej więcej stałej liczby ciąż żywych urodzeń w danym roku jest tym mniej, im więcej dzieci zabito przed urodzeniem<sup>104</sup>. Głosił, że „wolność dysponowania płodem prowadzi do biologicznego wyniszczenia narodu”, dlatego przewidywał, że wraz z upowszechnieniem poglądów o braku podmiotowości dziecka poczętego nastąpi spadek dzietności. Twierdził, iż „rozum wypacza popędy naturalne i skłania do przyjęcia tego, co przyjemne w wypełnianiu popędu rozrodczego, a uchylenia się od tego, co niewygodne”. Jego zdaniem, kultura aborcyjna rozwijała się także dlatego, że popierały ją „sfery o pewnym poziomie kulturalnym i materialnym, a miernym poziomie etycznym, które najbardziej są skłonne do unikania obowiązków związanych z życiem płciowym, a wykorzystania najbardziej wyrafinowanych związanych z nim rozkoszy”<sup>105</sup>. Uważał, że wyraźnie uwidocznili się dychotomia między tymi, którzy ze względu na swoją katolicką tożsamość będą skłonni do podjęcia pewnych rygorów moralnych, a tymi, którzy będą dążyli do dalszej liberalizacji. W kontekście jego wystąpienia obecny na sali prymas apelował do lekarzy, aby w swoim środowisku walczyli z poglądami neomaltuzjańskimi i wspierali katolickie rodziny w ich walce o dzieci.

Za konsolidacją środowiska lekarskiego szła integracja katolickich pielęgniarek i położnych. Działania w tym względzie przyspieszył odbywający się 8–9 stycznia 1957 r. I Zjazd Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, którego głównym celem było wypracowanie nowych zasad deontologicznych w związku z dyskredytacją zawodu w czasach stalinowskich. Postulowano zorganizowanie szkoleń z zakresu etyki i obsługi pacjentów, które prowadziłyby m.in. siostry zakonne. Zalecano, aby przyjmować je do szpitali z uwagi nie tylko na braki kadrowe, lecz także dobroczynny wpływ na chorych i personel medyczny<sup>106</sup>. Uregulowania wymagała również sytuacja położnych, których zawód – wbrew regułom przyjętym w 1929 r. – sformalizowano<sup>107</sup>. Akuszerki wywalczyły możliwość samodzielnego prowadzenia izb porodowych, których liczba w ciągu roku wzrosła do 813, a stan sanitarny się poprawił<sup>108</sup>. Niestety, liczba położnych

<sup>103</sup> Referat prof. dr. A. Czyżewicza, „Słowo Powszechne”, 24–25 XII 1956, s. 3–4.

<sup>104</sup> Por. A. Czyżewicz, *Częstość poronień...*, s. 454.

<sup>105</sup> S. Wąsowicz, *Pielgrzymka lekarzy polskich...*, s. 100–102.

<sup>106</sup> *Pielęgniarki nie są robotami*, „Tygodnik Powszechny” 1957, nr 24, s. 3.

<sup>107</sup> M. Wrześniewska, B. Bąk, *Historia zawodu położnej...*, s. 97.

<sup>108</sup> E. Kassner, *Historia izb porodowych w Polsce. Sukces zawodu położnej*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” 2007, nr 5, s. 42.

pozostawała na tym samym poziomie i wbrew planom na 1959 r. nie osiągnęła nawet stanu przedwojennego. Akuszerki nie były w stanie konkurować z oddziałami ginekologicznymi, rozbudowującymi się na skutek wprowadzenia nowego ustawodawstwa aborcyjnego, i *de facto* w rezultacie medykalizacji porodów w latach sześćdziesiątych przegrywały walkę<sup>109</sup>.

Tymczasem tradycji domowego położnictwa uparcie bronił Kościół<sup>110</sup>. Podczas pielgrzymki inteligencji na Jasną Górę 11 października 1959 r., w trakcie uroczystości macierzyństwa Maryi, kard. Wyszyński argumentował, że nie ma powodu dyskredytować pracy położnych ani potępiać matek, które rodzą dzieci w domach, gdyż „Chrystus narodził się w stajni z betlejemskiego błota, tak jak wiele kobiet rodzi w stajniach i na błocie”<sup>111</sup>. Przekonywał, że należy jak najmniej ingerować w prawa natury i jak najszerzej chronić zdrowie i życie rodzącej. W związku z tym winno się popierać rozbudowę izb porodowych i oddziałów ginekologicznych, które matkom słabym i chorym pomagają realizować ich macierzyństwo. W poczuciu odpowiedzialności za stan zdrowotny kobiet prymas apelował, aby decydenci zrezygnowali z „własnego poziomu, by dotrzeć do tych, do których musi się przemawiać”<sup>112</sup>. Prosił, by nie próbowali zmieniać zachowań ciężarnych kobiet za pomocą represji administracyjnych, ale przekonywali do korzystania z lecznictwa państwowego jakością usług i humanistycznym podejściem personelu<sup>113</sup>.

Starcie postaw i wartości, sprzeciw wobec ideologizacji procedur medycznych oraz obawa, że zmiany w zakresie regulacji etycznych okażą się nieodwracalne, skutkowały tym, że niższy personel medyczny integrował się wokół Kościoła. Ponadto katolickie pielęgniarki domagały się szerszej formacji, zwłaszcza w sytuacji konfliktu sumienia, gdy asystowały przy zabiegach poronnych, a położne potrzebowały duchowej pomo-

<sup>109</sup> Z. Komorowski, *W czepku nieurodzone*, „Kierunki” 1960, nr 23, s. 9; A. Giergielewicz, *Silaczka...*, s. 6.

<sup>110</sup> Obrona porodu fizjologicznego była wywiedziona z apokryficznego wątku asystencji położnych (Zahel i Salome) przy narodzinach Jezusa (szerzej *Apokryfy o narodzeniu i dzieciństwie* [w:] *Apokryfy Nowego Testamentu*, t. 1: *Evangelie apokryficzne. Opowiadania o Jezusie, Maryi, Józefie i Janie Chrzcicielu*, oprac. M. Starowieyski, Kraków 2003, s. 200–201, 222–223, 330–332). Formalnie od czasów średniowiecza patronką położnych jest św. Dorota (por. M. Kalinowski, *Duszpasterstwo służby zdrowia...*, s. 109).

<sup>111</sup> S. Wyszyński, *Wielka Nowenna Tysiąclecia*, Paryż 1962, s. 138.

<sup>112</sup> *Ibidem*, s. 141.

<sup>113</sup> Liberalizacja ustawodawstwa aborcyjnego nie poprawiała stanu lecznictwa okołoporodowego, jedynie zaś utrzymywała przekonanie, że rozbudowa poradni ginekologicznych, w tym również przyzakładowych przychodni dla kobiet, służy nie przyszłym matkom, ale kobietom chcącym usunąć ciążę. Sprawowanie kontroli nad ciężarnymi przez ginekologa aż do porodu kobiety przyjmowały negatywnie zgodnie z tradycyjnym przekonaniem, że ciąża to nie choroba i nie wymaga interwencji lekarskiej. Niemniej przymusową medykalizację położnictwa zrealizowano do końca lat sześćdziesiątych, głównie z powodu utrzymującego się wysokiego wskaźnika śmiertelności okołoporodowej. Według badań OBOP przeprowadzonych w 1964 r. wśród kobiet wiejskich 47,9 proc. rodziło najmłodsze dziecko w domu, w 13 proc. przypadków bez fachowej opieki położnej lub lekarza. W 1968 r. na najbardziej zapóźnionej Białostocczyźnie jeszcze 3,6 proc. porodów odbywało się w domach (por. L. Grabowiecka, J. Lesiński, *Próba analizy działalności poradni dla kobiet ze szczególnym uwzględnieniem wskaźnika opieki nad ciężarnymi*, „Ginekologia Polska” 1965, nr 36, s. 329–330; A. Pawełczyńska, *Niektóre problemy higieny i opieki zdrowotnej na wsi*, Warszawa 1966, s. 25; B. Chojecka, *Umieralność kobiet w czasie ciąży, porodu i położu w Polsce w latach 1964–1966*, „Zdrowie Publiczne” 1968, nr 79, s. 129; J. Goszczyński, *Stan opieki nad kobietą ciężarną, rodzącą i położnicą w latach 1960–1968 w województwie białostockim*, „Zdrowie Publiczne” 1971, t. 82, nr 1, s. 47; B. Łobodzińska, *Rodzina współczesna...*, s. 293).

cy, by odmawiać wykonania aborcji i wspierać rodzicielstwo, zwłaszcza u wielodzietnych<sup>114</sup>. Służyły temu coroczne pielgrzymki branżowe na Jasną Górę. Gromadziły one zwykle 3–10 tys. osób<sup>115</sup>. Pierwsze zjazdy (16 czerwca 1957 i 20 kwietnia 1958 r.) zostały zorganizowane przez ks. Adama Wiśniewskiego i ośrodek poznański, kolejne (od 3 czerwca 1959 r.) – przez pielęgniarki warszawskie<sup>116</sup>. Rolę formacyjną odgrywały też wielkopostne rekolekcje i dni skupienia<sup>117</sup>. Dodatkowo z inicjatywy środowiskowego duszpasterza, ks. Michała Skibińskiego, odbywały się specjalistyczne szkolenia, m.in. organizowane w latach 1958–1963 warsztaty z problematyki etycznej w warszawskim Klubie Inteligencji Katolickiej<sup>118</sup>.

Zagadnienia kolizyjne miały stać się istotne również dla lekarzy, gdyż według sondaży (prowadzonych np. przez tygodnik „Kierunki”) wśród łódzkich i warszawskich studentów V i VI roku medycyny obniżał się stan wiedzy o deontologii medycznej. Choć w roku akademickim 1957/1958 wprowadzono (nieobowiązkowe, ale zalecane) zajęcia z etyki zawodowej na ostatnim semestrze studiów medycznych, prawie żaden z przyszłych lekarzy nie wiedział, jak powinien postąpić w konkretnych przypadkach. Studenci nie byli świadomi, że nie wiedza, ale moralność jest ostatecznym kryterium decyzyjnym, i że nie zawsze to, co możliwe do wykonania, jest słuszne, gdyż należy dbać nie o zdrowie pacjenta w krótkiej perspektywie, ale o jego dobrostan na dłuższą metę<sup>119</sup>. Wyniki ankiet jednoznacznie potwierdzały, że oderwanie akademii medycznych od uniwersytetów katastrofalnie wpłynęło na jakość lecznictwa; stało się ono sprawne technicznie, ale etycznie niewydolne, bardziej zatem podatne na naciski ideologiczne. Lekarze stali się wykonawcami administracyjnych poleceń władz, uzależniającymi swoje działania od kryteriów pozamerytorycznych, głównie finansowych i wizerunkowych. Zachodziła obawa, że wymiana pokoleniowa doprowadzi do osłabienia sprzeciwu wobec praktyk poronnych, dlatego dla Kościoła ważne było roztoczenie opieki duszpasterskiej nad młodzieżą akademicką oraz organizowanie dla medyków branżowych szkoleń i konferencji poświęconych problematyce etycznej<sup>120</sup>.

<sup>114</sup> L. Kozłowski, *Walka w obronie życia na terenie diecezji chełmińskiej w latach 1956–1975. Aspekt historyczny*, „Studia Pelplińskie” 2002, t. 33, s. 336.

<sup>115</sup> Z dokumentów Służby Bezpieczeństwa z lat sześćdziesiątych wynika, że ruch pielgrzymkowy był mniejszy i w odniesieniu do spotkań pielęgniarek i położnych jego liczebność nie przekraczała 250–900 osób (por. Informacja KW PZPR w Katowicach dotycząca zjazdu pielęgniarek i położnych na Jasnej Górze w dniu 19 maja 1963 roku [w:] *Ruch pielgrzymkowy na Jasną Górę w latach 1945–1989. Wybór dokumentów*, red. W.P. Wrażlak, A. Sznajder, Katowice 2009, s. 150–152; Pismo KM MO w Częstochowie zawierające zestawienie danych o ruchu pielgrzymkowym na Jasną Górę od 1 stycznia do 31 lipca 1965 roku [w:] *ibidem*, s. 198).

<sup>116</sup> A. Wiśniewski, *Ogólnopolska Pielgrzymka Pielęgniarek i Położnych*, „Ateneum Kapłańskie” 1957, t. 55, z. 2, s. 310–311; *II Ogólnopolska Pielgrzymka Pielęgniarek i Położnych*, „Ateneum Kapłańskie” 1958, t. 56, z. 2, s. 464; *Wiadomości. Pielgrzymka pielęgniarek na Jasną Górę*, „Przewodnik Katolicki” 1958, nr 10, s. 138; *Katolicyzm w kraju i za granicą. Pielgrzymka pielęgniarek na Jasną Górę*, „Za i Przeciw” 1958, nr 12, s. 4. Por. L. Kozłowski, *Walka w obronie życia...*, s. 343.

<sup>117</sup> J. Jachimczak, *Duszpasterstwo lecznictwa w Polsce w latach 1956–1989* [w:] *idem, W służbie życiu*, Kraków 2003, s. 18.

<sup>118</sup> E. Sujak, *Życie Teresy Strzembosz...*, s. 253–254.

<sup>119</sup> J. Hańbowski, *Wielki cień „białych ludzi”*, „Kierunki” 1959, nr 21, s. 5.

<sup>120</sup> Por. K. Żarnowiecki, *Zadania duszpasterstwa akademickiego w kształtowaniu świadomości religijnej młodej inteligencji*, „Ateneum Kapłańskie” 1958, t. 57, z. 2, s. 247–256.

Działania w tym względzie przyspieszyła odbywająca się we wrześniu 1957 r. na łamach „Ateneum Kapłańskiego” debata między katolickimi lekarzami na temat zakresu sprzeciwu wobec ustawy aborcyjnej. W artykule wprowadzającym wyrażono zrozumienie dla założeń etyki sytuacyjnej, która jakoby wynikała z konieczności. Autor twierdził, że w związku z tym katolików „obowiązuje realne ustosunkowanie się do problemu, jaki wyrasta przed kobietą ciężarną, której warunki bytowe czy też sytuacja rodzinna całkowicie uniemożliwiają wychowanie dziecka. Trzeba zorganizować stałą, na szeroką skalę zakrojoną pomoc, która by umożliwiła wychowanie dziecka w pierwszych latach po urodzeniu. Wobec braku tej zorganizowanej pomocy jesteśmy bezradni i nie mamy realnych podstaw do żądania od kobiety zachowania ciąży w warunkach, w których wychowanie dziecka, życiowo biorąc, jest niemożliwe. Nie zapominajmy również, że stan psychiczny kobiety nierzadko ulega w ciąży pewnemu zachwianiu i pozostawienie tej kobiety w sytuacji bez wyjścia może się tragicznie skończyć”<sup>121</sup>. Zaniepokojony niską aktywnością świeckich autor apelował do duchowieństwa o wsparcie działań profilaktycznych lekarzy przez rozbudowę poradnictwa parafialnego. Podkreślał: „twarda postawa, jaką skłonni jesteśmy okazywać tym, którzy już zbłądzili, niech raczej znajdzie wyraz w niesieniu pomocy tym, którzy jej potrzebują w chwili podejmowania niebezpiecznych decyzji, w chwili grożącej załamaniem się poczucia odpowiedzialności moralnej”<sup>122</sup>. W tym samym numerze odpowiedział mu Antoni Benon Henke, dowodząc, iż „w medycynie należy unikać rozgrzeszania moralnego”<sup>123</sup>. Lekarz ma nie tyle współczuć kobiecie jej często trudnej życiowej sytuacji, ile wykazywać zgodny z medyczną deontologią egoizm specjalisty, który wie, że sztuczne poronienia prowadzą do nieodwracalnych zmian w organizmie<sup>124</sup>. Tłumaczył, że uleganie naciskom pacjentek może u nich skutkować poważnymi komplikacjami zdrowotnymi. Te zaś mogą wywoływać u kobiet przeświadczenie, że położnicy są ekspertami nie od leczenia, ale od powolnego uśmiercania. Zdaniem Henkego, „im bardziej lekarz jest skłonny rozgrzeszać z przerywania ciąży, tym mniej zapobiega poronieniom, tym bardziej szerzy psychozę powodującą ich wzrost”<sup>125</sup>. Jego etycznym obowiązkiem, zwłaszcza gdy na zabieg zgłasza się kobieta zagubiona moralnie, jest „usunięcie z reakcji jej instynktu macierzyńskiego właściwości toksycznych, pewnego rodzaju zatrucia” oraz „przywrócenie do normy stanu psychiki pacjentki”, aby pokochała dziecko poczęte. Za równie ważne uznał, aby nie dyskredytować pracy Kościoła, bo poza nim nikogo świadome rodzicielstwo tak naprawdę nie interesuje. Podkreślał, że „bez religii, bez pomocy Kościoła poprawne medycznie świadome macierzyństwo jest utopią, tak jak i praca zdrowego odłamu medycyny, starającej się wychowywać masy małżeństw do poprawnego medycznie świadomego macierzyństwa, byłaby marzeniem ściętej głowy”<sup>126</sup>.

<sup>121</sup> Stanowisko lekarza katolika wobec problemu niszczenia ciąży, „Ateneum Kapłańskie” 1957, t. 55, z. 2, s. 241.

<sup>122</sup> *Ibidem*, s. 243.

<sup>123</sup> A.B. Henke, *W sprawie stanowiska poprawnego medycznie lekarza wobec problemu niszczenia ciąży*, „Ateneum Kapłańskie” 1957, t. 55, z. 2, s. 249.

<sup>124</sup> Por. A. Carrel, *Podróż do Lourdes*, Londyn 1954, s. 143.

<sup>125</sup> A.B. Henke, *W sprawie stanowiska...*, s. 251.

<sup>126</sup> *Ibidem*, s. 254.



Podobne przemyślenia prezentowano podczas odbywającego się na Jasnej Górze 1 grudnia 1957 r. drugiego spotkania środowiska medycznego. Zajmujący się szkoleniem kadr lekarskich Walenty Hartwig zauważył, że wskutek nacisków ideologicznych rośnie niebezpieczeństwo ignorowania tradycyjnego kodeksu, pojawia się fałszywy samarytanizm, który jest interpretowany jako postępowanie ludzkie. Apelowal do hierarchów o wsparcie lekarzy w walce o utrzymanie zapisów deontologii zawodowej, gdyż jedynie wokół Kościoła można tworzyć „ogniska krystalizacji moralnej”. Wobec chaosu w postępowaniu się zgodną z nauką Kościoła procedurą interwencyjną przy zabiegach poronnych i aby uporządkować związane z tym pojęcia, domagano się powołania stałego forum katolicko-lekarskiego zajmującego się kwestiami etycznymi. Zdaniem ks. Kazimierza Majdańskiego, w kontekście ofensywy państwa w zakresie profilaktyki świadomego macierzyństwa pilną potrzebą stało się uwrażliwienie lekarzy na perspektywę katolicką<sup>127</sup>.

Konieczność podjęcia nowych inicjatyw, zwłaszcza w poradnictwie parafialnym, wpłynęła na zmianę terminu zjazdów lekarskich. Od 1958 r. pielgrzymki odbywały się w weekend przed czwartą niedzielą maja, nie tylko ze względu na aurę, ale także możliwość organizowania wakacyjnych i wczesnojesiennych sesji szczegółowych<sup>128</sup>. Były one o tyle istotne, że Kościół musiał rozstrzygnąć sprzeczność w rozumieniu aborcji przez deontologię medyczną i prawo kanoniczne<sup>129</sup>. Zawarty w przepisach kościelnych termin *abortus procurantes*, warunkujący zaistnienie ekskomunikacji, w kodeksie etyki lekarskiej zawężono do jednego tylko sposobu przerwania ciąży, tj. przedwczesnego usunięcia żywego płodu z łona matki. Zabicie zarodka lub płodu w macicy przy użyciu środków farmakologicznych jako tzw. *foeticidium* uznawano za etycznie naganne, ale zdaniem prawników zajmujących się medycyną nie skutkowało ono ekskomunikacją<sup>130</sup>. Z punktu widzenia praktycznego istotne stawało się więc rozciągnięcie przez Kościół klauzul dorozumianych na embriotomię i płodobójstwo, podobnie jak to było w przypadku tzw. aborcji terapeutycznej. W kodeksie etyki lekarskiej termin ten zdefiniowano jako dozwolone przerwanie ciąży w sytuacji, gdy matce grozi realne lub zakładane niebezpieczeństwo śmierci. Kościół w tej materii rozróżniał aborcję bezpośrednią i pośrednią, dowodząc, że zgodnie z zasadą podwójnego efektu kuracja medyczna prowadzona bezpośrednio w celu ratowania życia matki może pośrednio powodować śmierć płodu, co jest dla Kościoła etycznie stygmatyzujące, ale nie karalne. Rak macicy oraz zagnieżdżenie jaja w jajowodzie skutkują zastosowaniem przez

<sup>127</sup> B. Mikołajewski, *Ogólnopolska pielgrzymka lekarzy i psychologów na Jasną Górę*, „Ateneum Kapłańskie” 1958, t. 56, z. 1, s. 143–144.

<sup>128</sup> Zdaniem Służby Bezpieczeństwa, w latach sześćdziesiątych w zjazdach tych brało udział od 150 do 600 lekarzy, a w roku milenijnym liczba ta zwiększyła się do 1000 (por. Informacja KW MO w Katowicach dotycząca zjazdu lekarzy, stomatologów i farmaceutów na Jasnej Górze w dniu 27 maja 1962 roku [w:] *Ruch pielgrzymkowy na Jasną Górę...*, s. 110–112; Pismo KM MO w Częstochowie zawierające zestawienie danych o ruchu pielgrzymkowym na Jasną Górę od 1 stycznia do 31 lipca 1965 roku [w:] *ibidem*, s. 198; Meldunek KM i K MO w Częstochowie dotyczący „Dnia Modlitwy” dla pracowników służby zdrowia, 29 maja 1967 [w:] *ibidem*, s. 236–237).

<sup>129</sup> J. Gręźlikowski, *Ochrona nienarodzonych w świetle doktryny i prawa kościelnego*, „Homo Dei” 1996, nr 2–3, s. 76.

<sup>130</sup> Rozbieżności wynikały z faktu, że obowiązujący kodeks prawa kanonicznego pochodził z 1917 r., gdy była przyjęta jeszcze teoria późnego uczłowieczenia płodu (por. H. Strasman, *Przestępstwo przerwania ciąży. Szkic porównawczy*, Warszawa 1928, s. 50).

lekarza katolickiego procedury derogującej aborcyjny charakter działań medycznych. Traktuje się je jako ostateczne w sytuacji, gdy nie jest możliwe podtrzymanie życia płodu do czasu wydobycia go z łona matki i umieszczenia w inkubatorze dla dalszego rozwoju. W takich okolicznościach wyciąga się płód, aby udzielić mu chrztu zwanego płodowym lub łonowym. Lekarz wraz z usuwanym narządem amputuje worek owodniowy, który następnie wkłada do letniej wody, rozrywa osłonę, by wypłynął płyn (*amnium*), a wody oblały płód. Zakładając życie płodu, chrzci go i wydobywa z wody, by stwierdzić stan faktyczny<sup>131</sup>.

Sposobom upowszechnienia powyższych praktyk w środowisku medycznym, organizacji specjalistycznego poradnictwa lekarskiego w parafiach oraz ogólnie etyce zawodowej poświęcono zjazdy diecezjalnych duszpasterzy służby zdrowia, które organizowano z ramienia episkopatu na Jasnej Górze. Pierwszemu sympozjum (20–23 kwietnia 1958 r.) przewodniczył ówczesny duszpasterz służby zdrowia w diecezji krakowskiej bp Karol Wojtyła, zainteresowany zwłaszcza rozwojem specjalistycznego poradnictwa dla studentów medycyny<sup>132</sup>. Pierwsze centra formacyjne tworzył przy kościele uniwersyteckim św. Anny, u jezuitów, opodal kompleksu klinik przy ul. Kopernika, oraz w prowadzonej przez misjonarzy parafii Matki Bożej z Lourdes, położonej obok powstającego osiedla studenckiego. Przyszłym lekarzom oferowano tam specjalistyczne szkolenia z zakresu medycznej deontologii, uczono ich naturalnych technik regulacji poczęć oraz wspierano w zakresie podniesienia ogólnego poziomu wiedzy medycznej, np. dostarczając preparaty histopatologiczne czy najnowszą literaturę przedmiotu. Ważnym aspektem przygotowania zawodowego dla studentów miała być praca w specjalnej przychodni ginekologicznej finansowanej przez kurię krakowską, którą bezskutecznie próbował otworzyć położnik Czesław Szela<sup>133</sup>. W diecezji bp Wojtyła koordynował również prace specjalnego zespołu integrującego teologów z lekarzami. Dzięki organizowaniu tzw. spotkań na Kanoniczej kształtowała się płaszczyzna realnej wymiany myśli oraz inicjatyw, tak istotna dla działań podejmowanych w okresie Wielkiej Nowenny. Do grona zaproszonych gości, oprócz duchownych oddelegowanych do pracy w środowisku medycznym i akademickim (m.in. ks. Mariana Jaworskiego, ks. Franciszka Macharskiego i ks. Stanisława Nagyego), należeli także znajomi i byli wychowankowie metropolity: Andrzej i Wanda Póltawscy, Mieczysław i Ewa Wisłoccy oraz Stanisław i Władysława Czechowscy<sup>134</sup>. Grono związanych z nimi osób, liczące blisko trzystu lekarzy, spotykało się rokrocznie na oplatku w kurii, dając podstawę do wypracowania w 1967 r. koncepcji diecezjalnego zespołu studyjnego służby zdrowia. Dodatkowo Wanda Póltawska wyszła z inicjatywą, aby klerycy z ostatniego rocznika seminarium spotykali się z kończącymi

<sup>131</sup> S. Malisz, *Vademecum duszpasterza w zakresie obrony życia. Wskazania Stolicy św. i współczesnych autorów*, „Ateneum Kapłańskie” 1957, t. 55, z. 2, s. 266–269.

<sup>132</sup> Por. S. Malisz, *Kurs dla diecezjalnych duszpasterzy służby zdrowia*, „Ateneum Kapłańskie” 1958, t. 56, z. 2, s. 464–465.

<sup>133</sup> Por. K. Jarkiewicz, *Duszpasterstwa akademickie Krakowa po II wojnie światowej*, Kraków 2004, s. 183–184.

<sup>134</sup> W. Gubała, *Duszpasterstwo lekarzy w Kościele krakowskim jako pokłosie Vaticanum II* [w:] *Bioetyka pokolenia Karola Wojtyły – Jana Pawła II: materiały z Ogólnopolskiej Interdyscyplinarnej Konferencji 14 stycznia 2012 roku*, Kraków–Łagiewniki, red. A. Muszala, T. Kraj, P. Zielonka-Rduch, Kraków 2013, s. 83–84.

studia przyszłymi lekarzami. Kursy „kler-med” dotyczyły istotnych zagadnień etycznych, w tym związanych z ludzką płciowością i obroną życia<sup>135</sup>.

Prężnie rozwijała się też działalność duszpasterstwa służby zdrowia na Pomorzu Zachodnim pod kierunkiem jezuita ks. Władysława Siwka<sup>136</sup>. Od 1958 r. organizowano coroczne kursy z etyki dla lekarzy i pielęgniarek pracujących w szczecińskiej klinice ginekologicznej<sup>137</sup>. Warsztaty problemowe na temat założeń nauki katolickiej w zakresie pożycia seksualnego rok później wprowadzono również w Stargardzie Szczecińskim dla miejscowego środowiska medycznego. Ogółem szkoleniami w diecezji objęto blisko siedemdziesiąt osób. Za pośrednictwem duszpasterstwa akademickiego rozpowszechniano też materiały informacyjne dla studentów medycyny. Uwrażliwiano w nich na kwestie ochrony życia i konieczność propagowania naturalnych metod antykoncepcji w poradnictwie małżeństw<sup>138</sup>.

Wszystkim inicjatywom Kościoła przyświecała zawarta w wytycznych na trzeci rok Wielkiej Nowenny idea promocji katolickiej postawy w życiu społecznym, która miała ukonkretnić lansowane wartości dzięki popularyzacji życiorysów osób spełniających istotne dla zrozumienia programu milenijnego warunki dojrzałości i świętości<sup>139</sup>. Wzorcem dla lekarzy miała stać się pruszkowska ginekolog Izabella Wolfram<sup>140</sup>. Jej pogrzeb w lipcu 1955 r. był wielką manifestacją poparcia dla nauczania Kościoła: przed trumną przemaszerowały uratowane od aborcji dzieci, a miejscowe społeczeństwo domagało się natychmiastowego wyniesienia jej na ołtarze<sup>141</sup>. W postawie Izabelli Wolfram można było dostrzec wszystkie promowane przez prymasa cechy działacza katolickiego: jako żołnierz AK miała bohaterską kartę wojenną, z oddaniem uczestniczyła w powojennym ruchu ekspiacyjnym i doznała prześladowań ze strony reżimu stalinowskiego<sup>142</sup>. Współpracując m.in. z ks. Janem Twardowskim, uratowała od aborcji blisko trzysta dzieci, organizując dla nich fundusz stypendialny i pomoc materialną<sup>143</sup>. W jej społecznym działaniu ważną rolę odgrywała współpraca z warszawskim ośrodkiem medycznym, zwłaszcza z Małgorzatą Serini-Bulską, oraz z ośrodkiem w Laskach, gdzie odprawiała rekolekcje<sup>144</sup>. Kościół lansował jej postawę zwłaszcza wśród młodych lekarzy, których w akademiach medycznych poddawano silnej indoktrynacji i którzy

<sup>135</sup> K. Meissner, *Początki myśli bioetycznej i Instytutu Bioetyki w Krakowie* [w:] *Bioetyka pokolenia Karola Wojtyły...*, s. 68.

<sup>136</sup> G. Wejman, *Organizacja Kościoła katolickiego na Pomorzu Zachodnim i ziemi lubuskiej w latach 1945–1972*, Szczecin 2009, s. 431–432.

<sup>137</sup> *Spotkania z lekarzami*, „Za i Przeciw” 1958, nr 52, s. 4.

<sup>138</sup> M. Siedziako, *Działalność duszpasterska o. dr. Władysława Siwka SJ w Szczecinie*, „Colloquia Theologica Ottoniana” 2013, nr 1, s. 190–191.

<sup>139</sup> Por. A. Skreczko, *Troska o rodzinę w okresie przygotowania do obchodów Millenium Chrztu Polski*, „Studia nad Rodziną” 2001, nr 2, s. 86; A. Borkowska-Kniołek, *Polska racja stanu – życie: przesłanie kardynała Stefana Wyszyńskiego dotyczące obowiązku obrony życia nienarodzonych*, „Studia Prymasowskie” 2009, nr 3, s. 101.

<sup>140</sup> *Dr Izabella Aleksandra Wolframówna (1903–1955)* [w:] *Chrześcijananie...*, s. 205.

<sup>141</sup> H. Prauss, *Czuła opiekunka macierzyństwa*, „Przewodnik Katolicki” 1957, nr 49, s. 670.

<sup>142</sup> Szerzej *Dr Izabella Aleksandra Wolframówna...*, s. 195–200.

<sup>143</sup> I. Wolframówna, *Moi pacjenci*, „Królowa Apostołów” 1951, nr 1–2, s. 16–18.

<sup>144</sup> *Dr Izabella Aleksandra Wolframówna...*, s. 200.

często wątpili w możliwość pogodzenia wiary ze światopoglądem naukowym<sup>145</sup>. W życie zawodowe wkraczali niepewni własnej tożsamości i szybko stawali się podatni na wpływy środowiska coraz bardziej uwikłanego w spór ideologiczny z władzami<sup>146</sup>.

## OPÓR ŚRODOWISKA MEDYCZNEGO WOBEC POLITYKI WŁADZ. SKALA REPRESJI

Rosły presja na wykonywanie aborcji ze wskazań społecznych i ogólne przyzwolenie na zabiegi poronne<sup>147</sup>. Niektóre szpitale uchodziły wręcz za kliniki aborcyjne, np. lecznica Ministerstwa Spraw Wewnętrznych przy ul. Wołoskiej czy zakład ginekologiczny przy ul. Madalińskiego w Warszawie. Prowadzono tam ustawiczny monit zabiegów poronnych, który pozwalał śledzić trendy w tym zakresie<sup>148</sup>. Sporządzane przez lekarzy statystyki dowodziły, że w 1956 r. wykonano w szpitalach 120 860 aborcji, a liczbę nielegalnych poronień określono na 191 tys.<sup>149</sup> W kolejnych latach rósł wskaźnik przerwanych ciąży, aby w 1958 r. osiągnąć maksymalną wartość 80,7 proc. (tj. na 100 urodzeń było przerywanych ponad 80 ciąży)<sup>150</sup>. W niektórych miastach, takich jak Łódź, liczba sztucznych poronień była większa niż urodzeń<sup>151</sup>. Zagrożone depopulacją były środowiska robotnicze i inteligenckie, głównie na Górnym i Dolnym Śląsku. Aborcji, w większości wielokrotnej, dokonywały młode mężatki będące w trudnej sytuacji materialnej i mieszkaniowej<sup>152</sup>. 6,9 proc. z nich traciło w wyniku zabiegów płodność, ale jedynie 67 kobiet na 1000 przerywających ciążę decydowało się po aborcji na urodzenie dziecka, dlatego zwłaszcza po 1960 r. w Polsce gwałtownie zaczęła spadać rozrodczość<sup>153</sup>. Wzrosła liczba ciąż pozamacicznych, wcześniaków i dzieci z niską wagą urodzeniową, a zatem spadła zdrowotność następnego pokolenia<sup>154</sup>. Wskutek zabiegów 37,9 proc. kobiet cierpiało

<sup>145</sup> Por. Z. Karpiński, *Jakie powinno być stanowisko lekarza?*, „Przewodnik Katolicki” 1957, nr 26, s. 350.

<sup>146</sup> K. Pawlina, *Młodzież i jej duszpasterze w czasach zniewolenia*, Warszawa 1993, s. 79.

<sup>147</sup> K. Waszyński, *Analiza wykonania ustawy z 1956 roku o dopuszczalności przerywania ciąży w Warszawie w latach 1957–1968*, „Ginekologia Polska” 1972, t. 43, nr 3, s. 371.

<sup>148</sup> J. Lesiński, M. Łącki, *Analiza poronień...*, s. 99.

<sup>149</sup> Dane z 1956 r. obejmują zarówno zabiegi wykonane przed uchwaleniem ustawy, jak i te z nią zgodne. W 1957 r. w szpitalach przeprowadzono 36 368 aborcji, a w 1958 r. 44 223 (por. H. Wolińska, *Przerwanie ciąży...*, s. 114–115).

<sup>150</sup> W 1959 r. współczynnik zaczął maleć – na 100 urodzeń przypadało wtedy około 75 przerwanych ciąży, w 1966 r. – ok. 59 (por. J. Lesiński, *Zarys zapobiegania ciąży dla lekarzy i studentów medycyny*, Warszawa 1961, s. 17).

<sup>151</sup> Por. J. Zajewski, *Ponura statystyka*, „Tygodnik Powszechny” 1958, nr 14, s. 2.

<sup>152</sup> Por. H. Tucholska-Zaluska, *Przerwanie ciąży ze wskazań społecznych w świetle statystyki szpitalnej*, „Studia Demograficzne” 1975, nr 39, s. 118.

<sup>153</sup> Przyrost naturalny spadł z 19 proc. w 1955 r. do 8,5 proc. w 1967 r. W tym czasie rodzi się mniej dzieci – o 15 proc. w miastach i o 3 proc. na wsi. Por. J. Lesiński, M. Łącki, *Analiza poronień...*, s. 101; P. Kłosiewicz, *O przerywaniu ciąży*, „Więź” 1969, nr 1, s. 19; K. Waszyński, *Analiza wykonania ustawy...*, s. 374.

<sup>154</sup> Por. S. Różewicki, I. Rzepka, B. Rojek, J. Adamowicz, *Wpływ porodu, poronienia samoistnego i zabiegu przerywania ciąży na częstość występowania ciąży pozamacicznej*, „Zdrowie Publiczne” 1971, nr 1, s. 40–41; K. Lelek, J. Limanowski, B. Hager-Malecka, *Roczne dziecko utrzymywane przy życiu po urodzeniu się z ciężarem ciała 450 g*, „Ginekologia Polska” 1973, t. 44, nr 4, s. 435; H. Żrubek, L. Hruczkowski, T. Pańczyk, M. Górczyński, *Poronienie sztuczne a przebieg następnej ciąży, porodu i połogu*, „Ginekologia Polska” 1976, t. 47, nr 1, s. 33; B. Jędruszek, *Przerwanie ciąży. Próba bilansu*, „Życie i Myśl” 1977, nr 2, s. 61–62.

na różne powikłania<sup>155</sup>. Wiele skarżyło się na nasilające się dolegliwości fizyczne i psychiczne: zmiany zapalne przydatków, mięśniaki macicy, torbiele jajników, nadżerki części pochwowej, zaburzenia hormonalne, migreny i depresje<sup>156</sup>. Aż 40 proc. przynajmniej okresowo miało objawy nerwicy natręctw, a 46,4 proc. odczuwało psychiczny dyskomfort. Około 14 proc. miało obniżone libido, a przy średniej europejskiej 32 proc. 43,7 proc. Polek było oziębłych seksualnie<sup>157</sup>. Gromadzone dane na forum międzynarodowym prezentowano w kontekście powszechnych zmian ustawodawczych wdrażanych w demokracjach „ludowych” po 1956 r. Opierając się na radzieckiej liberalizacji z 1955 r., regulacje dotyczące wykonywania zabiegów poronnych ze względów społecznych w tym samym czasie co Polacy wprowadzili także Węgrzy i Bułgarzy. W 1957 r. ich śladem poszły Czechosłowacja i Rumunia, a w 1960 r. Jugosławia<sup>158</sup>. Z punktu widzenia interesu państw socjalistycznych istotne było prześledzenie wzajemnych uwarunkowań i ustosunkowanie się środowisk medycznych tych krajów do motywowanych ideologicznie zmian. Powszechnie sprzeciwiano się zbyt częstemu powoływaniu się na wskazania społeczne, gdyż wobec słabej profilaktyki antykoncepcyjnej akty poronne stawały się regulatorem poczęć<sup>159</sup>. Podczas odbywającego się w maju 1960 r. sympozjum ginekologicznego dla demokracji „ludowych” w Rostocku-Warnemünde w NRD zauważano, że dzięki wprowadzeniu nowoczesnego instrumentarium chirurgicznego maleje odsetek zgonów i powikłań, ale niebezpiecznie rośnie liczba aborcji ze wskazań lekarskich. Wprawdzie spada w internie i ftyzjatrii, ale niebezpiecznie zwiększa się w psychiatrii, często pod naciskiem pacjentek dokonujących wielokrotnych poronień. Obniża to poziom leczenia w krajach socjalistycznych i utrwala przekonanie o antykoncepcyjnym charakterze aborcji<sup>160</sup>. Na podstawie swoich badań reprezentujący Polskę warszawski położnik Jan Lesiński dowodził, że dopuszczalność swobodnego przerywania ciąży w dobrych warunkach skutkuje lekceważeniem profilaktyki i zwiększeniem liczby zabiegów<sup>161</sup>.

Pogłębiały się rozbieżności między władzą a lekarzami. Państwo uwzględniało w statystykach jedynie zabiegi ewidencjonowane, co rodziło zgubne przeświadczenie o kontrolowaniu zjawiska, nawet gdy liczba zgłaszanych powikłań zaczęła gwałtownie rosnąć,

<sup>155</sup> H. Sokół, *Ocena przypadków przerwania ciąży*, „Zdrowie Publiczne” 1968, nr 1, s. 54.

<sup>156</sup> T. Lakomy, *Analiza uszkodzeń i powikłań doraźnych po sztucznym przerwaniu ciąży*, „Ginekologia Polska” 1968, nr 39, s. 863.

<sup>157</sup> E. Midak, *Bezpośrednie i późne następstwa zabiegów przerywania ciąży*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1966, nr 21, s. 1063–1064; S. Różewicki, M. Żółtowski, Z. Torbe, J. Adamowicz, *Niektóre zagadnienia związane z zapobieganiem i przerywaniem ciąży*, „Problemy Rodziny” 1971, nr 2, s. 56; B. Górnicki, M. Bulska, *Medyczne aspekty regulacji urodzeń [w:] Polityka ludnościowa. Współczesne problemy*, red. A. Józefowicz i in., Warszawa 1973, s. 350. Por. J. Strojnowski, *Ciąża. Aspekt psychospołeczny [w:] Encyklopedia katolicka*, red. R. Łukaszyk, L. Bieńkowski, F. Gryglewicz, t. 3, Lublin 1979, s. 452.

<sup>158</sup> G. Williams, *Świętość życia a prawo karne*, Warszawa 1960, s. 208; J. Strojnowski, *Problemy regulacji urodzeń z punktu widzenia moralności laickiej i chrześcijańskiej [w:] Polityka ludnościowa...*, s. 370–375.

<sup>159</sup> Szerzej: K.H. Mehlan, *Internationale Aboortsituation, Abortbekämpfung, Antikonzeption*, Leipzig 1961, s. 52–63, 107–113.

<sup>160</sup> T. Makowski, *W obronie życia nienarodzonych*, „Chrześcijanin w Świecie” 1977, nr 53, s. 80.

<sup>161</sup> E. Midak, *Bezpośrednie i późne następstwa...*, s. 1065. Por. J. Lesiński, *Zarys zapobiegania ciąży...*, s. 17.

a dzietność spadać<sup>162</sup>. Nie brano pod uwagę wpływu wielokrotnych poronień na płodność i dowodzono, że kobiety rodzą mniej dzieci z powodu późnych małżeństw, trudności mieszkaniowych, przedłużanego okresu nauki czy zmian zatrudnienia<sup>163</sup>. Wbrew oczekiwaniom aborcji kryminalnych nie ubywało, zwłaszcza na obszarach silnie industrializowanych, gdzie gwałtowny przyrost liczby zatrudnionych nie szedł w parze z budową odpowiedniej infrastruktury medycznej. Lekarzy starano się tam zastąpić słabo przeszkolonymi felczerami, co miało negatywny wpływ na poziom usług. Kolidując interesów położnych i lekarzy rozwiązywano w ten sposób, że likwidowano izby porodowe i tworzono wielospecjalistyczne lecznice, co oczywiście nie poprawiało w większości fatalnego stanu opieki okołoporodowej<sup>164</sup>. Regres obserwowano zwłaszcza na Opolszczyźnie, skąd uciekał personel medyczny i gdzie zamykano ambulatoria. Utrudniony dostęp do poradni ginekologicznych miały również ciężarne na Kielecczyźnie, Lubelszczyźnie i południowym Mazowszu<sup>165</sup>. W izolacji pozostawała Białostoczczyzna, gdzie do końca lat sześćdziesiątych utrzymywało się uwstecznione położnictwo oparte na „babkarstwie”. W 1960 r. w domach bez specjalistycznej opieki rodziło się tam jeszcze 17,8 proc. dzieci<sup>166</sup>. Na przeciwnym biegunie znajdowały się duże miasta i stare ośrodki uniwersyteckie, gdzie rosła liczba wysokospecjalistycznych punktów pomocy ginekologicznej, dobrze wyposażonych klinik położniczych i świetnie wyszkolonych kadr. Najlepsze warunki stwarzały ciężarnym lecznice Krakowa i Warszawy. Na Górnym Śląsku wysoki poziom prezentowało też szpitalnictwo przyzakładowe<sup>167</sup>. Istotnym problemem stawała się wydajność: fundusze na ochronę zdrowia pochłaniały wielkie ośrodki, które zgodnie ze statystykami potrzebowały ich na obsługę coraz większej liczby zabiegów poronnych, tymczasem niedoinwestowana prowincja zmagająca się z aborcjami pozasystemowymi, co często wiązało się z fatalną opieką ginekologiczną<sup>168</sup>. Ponieważ zgłaszane protesty uważano za działania antyrządowe, położnicy coraz częściej, aby uzyskać jakiegokolwiek środków na poprawę warunków leczenia kobiet na swoim terenie, rozluźniali rygorystyczne kryteria medyczne i społeczne dla zabiegów poronnych<sup>169</sup>. Rodziło to przeświadczenie, że aborcje pozwalają finansować porody i bez zgody na swobodny dostęp kobiet do prze-

<sup>162</sup> Por. A. Wielowieyski, *Polityka populacyjna, czyli dzieci pod znakiem zapytania*, „Więź” 1962, nr 8, s. 41; S. Klono-wicz, *Legalizacja sztucznych poronień a dynamika rozrodczości w Polsce*, „Studia Demograficzne” 1974, nr 36, s. 104.

<sup>163</sup> A. Czajkowska, *O dopuszczalności przerywania ciąży...*, s. 169.

<sup>164</sup> Szerzej: J. Lesiński, S. Liebhart, *Aspekty społeczne położnictwa i ginekologii*, „Ginekologia Polska” 1965, nr 36, s. 1059–1064.

<sup>165</sup> L. Grabowiecka, J. Lesiński, *Próba analizy działalności poradni...*, s. 329–330.

<sup>166</sup> J. Goszczyński, *Stan opieki nad kobietą ciężarną, rodzącą i położnicą w latach 1960–1968 w województwie białostockim*, „Zdrowie Publiczne” 1971, t. 82, nr 1, s. 47.

<sup>167</sup> L. Grabowiecka, J. Lesiński, *Próba analizy działalności poradni...*, s. 330.

<sup>168</sup> Jedynie w wielkich miastach spadała śmiertelność z powodu aborcji i odnotowywano mniej powikłań, gdyż dzięki rozbudowanej infrastrukturze leczenia kobiety szybciej zgłaszały się do lekarza (por. J. Lesiński, M. Łącki, *Analiza poronień...*, s. 100; K. Waszyński, *Analiza wykonania ustawy...*, s. 374).

<sup>169</sup> Niepokojąco wiele poronień notowano wśród młodocianych i pierworódek, których zgodnie z ustawą nie można było kierować na przerwanie ciąży. Wbrew przepisom coraz częściej aborcje wykonywano również u ciężarnych mających konflikt serologiczny (por. G. Williams, *Świętość życia a prawo karne*, Warszawa 1960, s. 348–351; B. Chojecka, *Umieralność kobiet w czasie ciąży, porodu i porożu w Polsce w latach 1964–1966*, „Zdrowie Publiczne” 1968, nr 79, s. 129; P. Kłosiewicz, *O przerywaniu ciąży...*, s. 25; T. Makowski, *W obronie życia...*, s. 75).



rywania ciąży nie da się ratować zdrowia i życia ciężarnych, gdyż zabraknie pieniędzy<sup>170</sup>. Zrozumiały jest więc sprzeciw Kościoła wobec wywierania nacisków na wieloródki, aby dokonały aborcji, gdyż z powodu braku alternatywnego systemu leczenia nie można ich było kierować do ośrodków niepaństwowych<sup>171</sup>.

Tymczasem polityka społeczna władz była ukierunkowana na ograniczenie dzietności z uwagi na dalekosiężne plany modernizacji gospodarki: spodziewano się, że nowoczesny przemysł chemiczny i maszynowy nie wchłoną pokolenia powojennego wyżu demograficznego, a państwo stanie przed dylematem, co zrobić z rzeszami bezrobotnych, aby nie dopuścić do ich społecznej alienacji<sup>172</sup>. Za rozwiązanie uznano zniesienie ograniczeń aborcyjnych wynikających z respektowania kodeksu lekarskiego i podporządkowanie prawa bezpośrednio władzom, które swobodnie kształtowałyby reprodukcję. W związku z tym na podstawie rozporządzenia ministra zdrowia z 19 grudnia 1959 r. lekarze na żądanie kobiety musieli bezwzględnie wykonać zabieg poronny, a w razie sprzeciwu narażali się na odpowiedzialność przed komisją dyscyplinarną. Spędzanie płodów należało odnotowywać w ewidencji zarówno w lecznictwie państwowym, jak i spółdzielczym czy prywatnym. Sprawozdawczość do wykonania aborcji obligowała nie tylko położników, lecz także każdego mającego „dostateczne przygotowanie zawodowe”<sup>173</sup>. Na wynikające z tego niebezpieczeństwa zwracał uwagę Jerzy Zawieyski. Dowodził, że kierujący się zobowiązaniami wobec państwa lekarze częściej będą naciskać na kobiety, zwłaszcza wieloródki, aby poddały się zabiegowi, co jedynie pogłębi powszechny wśród kobiet lęk przed badaniami ginekologicznymi i stworzy przepaść między światem medycznym a społeczeństwem<sup>174</sup>.

Zawieyski nie dostrzegał jednak faktu, że liberalizacja przepisów aborcyjnych jest elementem szerszej kampanii laicyzacyjnej, mającej na celu uformowanie jednostek lojalnych wobec państwa i zdyskredytowanie tych, którzy wykazują „postawy wsteczne i zachowawcze”. W rezultacie uznano, iż charakter antyustrojowy ma lecznictwo „niebezpiecznie blisko utrzymujące swe związki z Kościołem”. Na przykład jako wymagającą politycznej interwencji wskazano „postępującą od kilku lat ekspansję kleru” w kompleksie szpitalnym krakowskiej akademii medycznej przy ul. Kopernika<sup>175</sup>. W lecznicy bowiem kolportowano i sprzedawano dewocjonalia oraz przyjmowano ofiary mszalne. Pacjenci mieli być „moralnie zmuszani” do praktyk

<sup>170</sup> Na „dyktat warunków bytu” w swoich analizach zwracał uwagę Eugeniusz Jarra, który pisał, że Kościół w Polsce prowadzi politykę antyaborcyjną nie z pozycji etycznych, lecz broniąc sprawiedliwości społecznej, dlatego zdobył tak wielki autorytet (por. E. Jarra, *Kardynał Wyszyński. Prymas socjolog*, Londyn, b.d. [1959?], s. 12).

<sup>171</sup> A. Bardecki, *Organizacja poradnictwa małżeńskiego*, „Ateneum Kapłańskie” 1958, t. 56, z. 2, s. 260–261.

<sup>172</sup> A. Dudek, Z. Zblewski, *Utopia nad Wisłą. Historia Peerelu*, Warszawa – Bielsko Biała 2008, s. 160.

<sup>173</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 XII 1959 r. w sprawie przerywania ciąży (DzU z 1960 r., nr 2, poz. 15), por. A. Czajkowska, *O dopuszczalności przerywania ciąży...*, s. 177. Przewidując wzrost zapotrzebowania na zabiegi poronne, władze zobligowały ordynatorów oddziałów położniczych do zapewnienia dostatecznej obsady kadrowej, co wiązało się z koniecznością m.in. przeszkolenia w procedurze aborcyjnej felczerów lub lekarzy specjalizacji pokrewnych ginekologii (por. *Specjalistyczne aspekty problemu przerywania ciąży. Ogólnopolska Sesja Naukowa Lekarzy i Teologów*, 8–9 lutego 1975, Kraków 1977, s. 112).

<sup>174</sup> J. Zawieyski, *Medycyna odczłowieczona*, „Tygodnik Powszechny” 1960, nr 7, s. 1, 4.

<sup>175</sup> AAN, UdsW, WRz, 35/129, Pismo Prezydium Rady Narodowej w Krakowie do Urzędu ds. Wyznań, 7 IX 1959 r., k. 1.

religijnych przez posługujące w placówce siostry zakonne oraz „księżę z zakonu jezuitów, którzy korzystając z bezpośredniego sąsiedztwa klasztoru, wkraczają na teren szpitala bez wezwania chorych i niezaopatrzeni w obowiązujące przepustki”. Miała do tego doprowadzić polityka dyrekcji, która „ulega wpływowi kleru, zwalcza świecki charakter szpitala oraz ustawę o dopuszczalności przerywania ciąży”. Za wiedzą administracji „reaktywowano cały szereg kapliczek oraz udekorowane zostały sale chorych i korytarze krzyżami i obrazami o treści religijnej”. Informowano, że w lecznicy „organizowane są rekolekcje, dni skupienia dla lekarzy i personelu pomocniczego”, co jest „reakcyjnym uderzeniem w politykę laicyzacji służby zdrowia” i wymaga „stosownej weryfikacji kadr”<sup>176</sup>.

W związku z tym od początku 1960 r. w całym kraju stopniowo usuwano zakonnice i kapelanów szpitalnych z uwagi na „realizowanie w placówkach służby zdrowia określonych zadań hierarchii kościelnej, np. występowanie przeciw ustawie z dnia 27 kwietnia 1956 r. o warunkach dopuszczalności przerywania ciąży”<sup>177</sup>. W planach zwolnień na lata 1960–1962 znalazło się ok. 2600 zakonnice pracujących jeszcze w szpitalach i ok. 1900 zatrudnionych w ośrodkach leczniczych Zrzeszenia Katolików „Caritas”, a w ciągu następnych lat dalsze 4500 siostr zakonnych niezwyfikowanych negatywnie w poprzednim okresie<sup>178</sup>. Zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia z 19 grudnia 1959 r. lustracji mieli też podlegać lekarze, którzy odmawiali przerywania ciąży<sup>179</sup>. Ci, którzy nie składali kontrolnych sprawozdań, mieli być pozbawiani prawa wykonywania zawodu. W marcu 1960 r. do odpowiedzialności dyscyplinarnej z tytułu odmowy przeprowadzenia aborcji została pociągnięta Teresa Kramarek, pracująca w przychodni obwodowej we Wrocławiu<sup>180</sup>. W tym samym czasie z gdańskiej przychodni zwolniono znaną lekarzkę z Auschwitz Irenę Konieczną, gdyż „niebezpiecznie dla ustroju trzymała się zasad moralnych”<sup>181</sup>. Z kliniki ginekologicznej w Bytomiu usunięto Danutę Tomaszewską<sup>182</sup>. We Włocławku pracę straciła Zdana Brandt, pozbawiona stanowiska dyrektora miejscowego szpitala za prowadzenie katolickiej poradni świadomego macierzyństwa<sup>183</sup>. Szykanowano wyrzuconą już karnie w 1953 r. z kliniki Czyżewicza Emilię

<sup>176</sup> *Ibidem*, Pismo Prezydium Rady Narodowej w mieście Krakowie do Prezydium Wojewódzkiej Rady Narodowej w Krakowie, 7 IX 1959 r., k. 4.

<sup>177</sup> AAN, KC PZPR, LI/224, Uchwała Egzekutywy KW PZPR w Poznaniu w sprawie przeciwdziałania reakcyjnej działalności części kleru, 29 I 1960 r., k. 1.

<sup>178</sup> AAN, KC PZPR, LI/153, Notatka Wydziału Administracyjnego KC PZPR w sprawie zatrudniania zakonnice, marzec 1962 r., k. 1.

<sup>179</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 XII 1959 r. w sprawie przerywania ciąży (DzU z 1960 r., nr 2, poz. 15); por. J. Heinen, A. Matuchniak-Krasuska, *Aborcja w Polsce: kwadratura koła*, Warszawa 1995, s. 62; A. Czajkowska, *O dopuszczalności przerywania ciąży...*, s. 177.

<sup>180</sup> B. Perzanowska, *Teresa Strzembosz...*, s. 51.

<sup>181</sup> *Giganci obrony życia. Irena Konieczna. Służyła matce i jej dziecku*, „Służba Życiu” 2000, nr 10–11, s. 12; J. Hartman, *Irena Konieczna. Służyła matce i jej dziecku*, „Głos dla Życia” 1993, nr 3, s. 6.

<sup>182</sup> G. Malcher, *Moje wspomnienia z działalności Diecezjalnej Poradni Życia Rodzinnego w Katowicach* [w:] *W służbie rodzinie: 50-lecie Duszpasterstwa Rodzin Archidiecezji Katowickiej*, red. E. Porada, M. Wandrasz, Katowice 2008, s. 33.

<sup>183</sup> K. Grzesiak, *Relacje państwo–Kościół katolicki na terenie diecezji włocławskiej w latach 1945–1989*, Toruń 2009, s. 558; *Zasłużeni dla Włocławka. Biografie XIII–XX wiek*, red. M. Wojciechowski, Włocławek 1991, s. 38–39.

Paderewską-Chrościcką, zatrudnioną wówczas w poradni dla kobiet przy szpitalu przy ul. Madalińskiego w Warszawie. Chciano ją zmusić do zmiany specjalizacji, choć należała do nielicznego w kraju grona ginekologów o najwyższych kompetencjach. W 1963 r. sąd uznał ją za „szkodnika PRL i nieetycznego lekarza”, bo starała się odwieść niezamężne pacjentki od zabicia płodu<sup>184</sup>. Ogółem wilcze bilety dostało co najmniej czterdziestu ginekologów w Polsce, najwięcej w administracji gorzowskiej, gdzie od 1958 r. ordynariuszem był zaangażowany w walkę z aborcją bp Wilhelm Pluta<sup>185</sup>. Za pokazową walkę z „religianctwem na odcinku służby zdrowia” uchodziła czystka przeprowadzona w gorzowskim szpitalu w 1960 r. W jej trakcie z powodu odmowy rejestracji zabiegów przerywania ciąży ze wskazań społecznych zwolniono m.in. Dobrosława Wyrwickiego i Salomeę Sujkowską, a dyrektora Mariana Pliszkę zdegradowano do funkcji asystenta<sup>186</sup>. Administracyjnie karano także tych, którzy dopiero zaczynali praktykę lekarską, ale zdaniem władz nie dawali rękopami, że będą stosowali obowiązujące prawo, gdyż np. mieli związki rodzinne z księżmi lub manifestowali publicznie swoją religijność, nosząc na szyi medaliki<sup>187</sup>. W marcu 1961 r. na znaczenie właściwego wykształcenia kadr medycznych zwrócił uwagę w swoich wytycznych Urząd ds. Wyznań. Ich realizacja miała w ciągu kilku lat wyeliminować niekorzystne tendencje obserwowane w placówkach służby zdrowia<sup>188</sup>. Zamierzano położyć większy nacisk na „działalność kulturalno-oświatową na terenie zakładów służby zdrowia”, aby upowszechnić laicką wizję życia, kształcić studentów medycyny w zakresie „tematów światopoglądowych zgodnych z linią partii” i usuwać ze studiów tych, którzy wykazują tendencje klerykalne: uczestniczą w spotkaniach duszpasterstwa akademickiego dla medyków lub korzystają z pomocy instytucji charytatywnych Kościoła<sup>189</sup>. Ponadto w większym stopniu zamierzano obserwować parafie, zwłaszcza te, na których obszarze znajdują się placówki służby zdrowia lub szkolnictwo medyczne, i „przeciwdziałać kościelnej akcji apostołów świeckich”, tak charakterystycznej dla obchodów Wielkiej Nowenny<sup>190</sup>.

Represje wobec odmawiających wykonywania aborcji na żądanie skutkowały słabnięciem oporu środowiska lekarskiego<sup>191</sup>. Główną rolę w tym procesie odegrały ograniczenia administracyjne: domowe gabinety wyeliminował z rynku w większości przypadków ściślejszy nadzór nad praktyką prywatną. Pod pretekstem neutralizacji ognisk nielegalnej aborcji zamykano spółdzielnie lekarskie, nawet te, które nie zajmowały się

<sup>184</sup> *Giganci obrony życia. Emilia Paderewska-Chrościcka...*, s. 10.

<sup>185</sup> AAN, UdsW, Wydział Ogólny, 36/628, Notatka dotycząca dwu konferencji dekanalnych w diecezji wrocławskiej i gorzowskiej, 15 VI 1959 r., k. 2.

<sup>186</sup> L. Kozłowski, *Walka w obronie życia...*, s. 334.

<sup>187</sup> Por. AAN, UdsW, WRz, 11/732, O zarejestrowanie lekarza dr Teresy Gonsik na terenie miasta Łodzi przy ul. Wiklinowej 12, 10 VIII 1961 r., k. 1–5.

<sup>188</sup> Szerzej: AAN, UdsW, WRz, 61/1211, Wnioski dla resortu w walce z klerykalizmem na terenie służby zdrowia, 7 III 1961 r., k. 1–6.

<sup>189</sup> *Ibidem*, k. 5–6. Por. Protokół posiedzenia Komisji ds. Kleru w dniu 31 XII 1960 roku [w:] *Tajne dokumenty państwo-Kościół 1960–1980*, Londyn 1996, s. 9–16.

<sup>190</sup> Por. AAN, UdsW, WRz, 61/1210, Narada kierowników wojewódzkich wydziałów do spraw wyznań, 28 XII 1961 r., k. 139–140.

<sup>191</sup> Por. J. Heinen, A. Matuchniak-Krasuska, *Aborcja w Polsce...*, s. 62.

specjalizacją położniczą lub pokrewnymi dyscyplinami, ale jedynie zatrudniały osoby powiązane z Kościołem. Odmawiano rejestracji lekarzom, którzy zmienili miejsce zamieszkania. Z góry bowiem zakładano, że za ich decyzjami o przeniesieniu stoją względy światopoglądowe<sup>192</sup>. Moralnemu zobojętnieniu sprzyjała również propaganda medialna – lekarzy prezentowano w niej jako osobników pozbawionych empatii, których prywatne poglądy zagrażają zdrowiu i życiu pacjentek<sup>193</sup>. W związku z tym położnicy zaczęły mechanicznie kierować kobiety na zabieg z obawy, że mogą zostać wyeliminowani z zawodu<sup>194</sup>. Ich samodzielność stopniowo zresztą ograniczano wewnętrznymi instrukcjami, zwłaszcza gdy ponownie (od maja 1961 r.) pełniący funkcję ministra zdrowia Jerzy Sztachelski zaczął pracować nad derogacją kodeksu lekarskiego<sup>195</sup>. Moda na aborcję upowszechniała się także w rezultacie poprawy warunków szpitalnych oraz popularyzacji mniej inwazyjnych metod przerywania ciąży, które z powodzeniem mogli stosować nawet mniej sprawni lekarze<sup>196</sup>. Wczesne implantacje u młodocianych lub pierworódek usuwano zwykle farmakologicznie przy użyciu środków poronnych, głównie folikuliny, która po kilku dniach wywoływała samoistne poronienie<sup>197</sup>. Dla ciąży w późnym okresie stosowano sposób Boero lub metodę Aburela – położnicy aplikowano czterdziestoprocentowy roztwór formaldehydu (formalinę) bądź roztwór chlorku sodu (solankę). Wstrzyknięte substancje powodowały obumarcie płodu i wtórne poronienie wskutek zmian w łożysku<sup>198</sup>. Zmacerowane ciała dzieci usuwano z macicy do dwóch tygodni po zabiegu, choć przy ciążach mnogich zachodziła możliwość przedwczesnego porodu<sup>199</sup>. Większość zgłaszających się w pierwszym trymestrze ciąży po wielokrotnych aborcjach kierowano na wyłyżeczkowanie (abrazję) macicy. Popularną skrobankę wykonywano w odurzeniu scophedalowym, kanał szyjki otwierano rozszerzadłami Hegara,

<sup>192</sup> Por. AAN, UdsW, WRz, 11/732, O zarejestrowanie lekarza dr Teresy Gonsik na terenie miasta Łodzi przy ul. Wiklinowej 12, 10 VIII 1961 r., k. 1–5.

<sup>193</sup> Zmanipulowane badania opinii publicznej pokazywały, że 70 proc. respondentów uważa, iż jeśli lekarz odmawia przerwania ciąży zagrażającej życiu matki, jest to niewłaściwe i niesłuszne, a 36,3 proc. – wręcz nieludzkie (por. H. Maślińska, *Osobowość i postawa lekarza w świetle oceny i oczekiwań społeczeństwa PRL* [w:] *Polityka społeczna a zdrowie*, red. M. Sokołowska, J. Hołówka, Warszawa 1978, s. 318–235).

<sup>194</sup> T. Makowski, *W obronie życia...*, s. 79–80.

<sup>195</sup> Lekarzy próbowano podporządkować w całym bloku socjalistycznym – po tym, jak w 1961 r. zmiany w tej materii wprowadzono w ZSRR. Również w Polsce planowano zmienić ustawę o zawodzie lekarza, tak aby m.in. postulowany prawny „przymus leczenia” bezwzględnie obligował położnika do wykonania aborcyjnej decyzji kobiety, nawet jeśli wiązałoby się to ze znacznym uszczerbkiem na jej zdrowiu (por. J. Sawicki, *Przymus leczenia i eksperyment lekarski w świetle prawa*, Warszawa 1964, s. 13, 57–59).

<sup>196</sup> Do 1931 r. w Polsce poronienia realizowano przez cesarskie cięcie pochwowe metodą Dührsen. W wyniku licznych zgonów ciężarnych po tym zabiegu zdecydowano o upowszechnieniu mniej inwazyjnych metod aborcji chirurgicznej, co jednak nie zapobiegło znacznym komplikacjom zdrowotnym, w tym bezpłodności (por. *Dział informacyjny. Przerywanie ciąży*, „Nowiny Lekarskie” 1945, z. 1, s. 19).

<sup>197</sup> S. Siengalewicz, *Zagadnienie przerywania ciąży z punktu widzenia medycyny sądowej* [w:] *Protokoły posiedzeń towarzystw lekarskich. Zebranie naukowe Poznańskiego Towarzystwa Lekarskiego z dnia 30 stycznia 1948 roku*, „Nowiny Lekarskie” 1949, z. 1, s. 38.

<sup>198</sup> Por. M. Kosowski, *Postępowanie własne w przypadkach leczniczego przerywania ciąży w późnym okresie*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1948, nr 15, s. 460–461; Z. Koren, Y. Pfeifer, F.G. Sulman, *Induction of Legal Abortion by Intra-Uterine Installation of Parfilyne Hydrochloride (Eutonyl)*, „Journal of Reproduction and Fertility Archive” 1966, nr 12, s. 75–76.

<sup>199</sup> Por. A. Dzioba, *Nieudana próba przerwania ciąży sposobem Boero*, „Ginekologia Polska” 1953, nr 4, s. 387–389.

jajo płodowe wydobywano kleszczykami Wintera, a następnie ściany uteru czyszczono łyżką<sup>200</sup>. Bardzo inwazyjną metodę, głównie z uwagi na przypadki przebicia ściany macicy oraz infekcje dróg rodnych, w 1966 r. zaczęto w Polsce zastępować aspiracją przy użyciu maszyn próżniowych. Odessanie płodu pod ciśnieniem za pomocą specjalnej sondy wprowadzanej do macicy nie było jednak popularne z powodu wysokich kosztów i małej liczby takich urządzeń w kraju<sup>201</sup>.

Ostry protest przeciwko tym innowacjom, które czyniły zabiegi przerywania ciąży bezbolesnymi, złożył w czasie milenijnych obchodów prymas Wyszyński. Był przerażony, z jaką łatwością „wydmuchuje się z łona matek Polaków, co się mieli narodzić, dla polskiej ziemi”. W kazaniu wygłoszonym 26 czerwca 1966 r. w katedrze św. Jana w Warszawie wprowadzane udogodnienia porównywał do urządzeń, które w czasie wojny służyły do eksterminacji ludzi. Krzyczał: „będziemy przeklinali wszystkich naszych ciemńyzycieli i najeźdźców, i będziemy domagali się procesów na tych, co rozpalali piece krematoryjne, a sami będziemy produkowali maszyny skomplikowane do zabijania bezbolesnego rodzących się Polaków”<sup>202</sup>. 3 lipca 1966 r. w katedrze sandomierskiej zastanawiał się, jaką cenę zapłaci Polska za „nowoczesne zabijanie młodych Polaków w łonie Polek”. Obawiał się dalszej erozji sumień, które wobec postępu technologicznego będą obojętne<sup>203</sup>. W katedrze tarnowskiej 23 lipca 1966 r. apelował, by nie odwracać wzroku od dokonującego się „higienicznego morderstwa na bezbronych Polakach”, a 18 września 1966 r. w katedrze siedleckiej stwierdził: „nie jest obojętną rzeczą, czy w Polsce będzie 30 mln, czy będzie więcej [...] jeżeli nas będzie tu mało, to z ziemi naszej będzie wymazane plemię żyjących, to będzie strach za odpowiedzialność za przyszłe losy chrześcijańskiej ojczyzny naszej”<sup>204</sup>.

Wobec obserwowanych przez prymasa zmian w służbie zdrowia istotne stało się zorganizowanie integrującej środowisko medyczne uroczystości będącej ukoronowaniem działań w zakresie obrony życia, podejmowanych w okresie Wielkiej Nowenny<sup>205</sup>. O manifestacyjnej wadze takiego spotkania był przekonany zwłaszcza abp Karol Wojtyła, który na zakończenie obchodów milenijnych zainicjował przygotowania do aktu osobistego oddania pracowników lecznictwa Matce Bożej „w macierzyńskiej niewole miłości za Kościół”<sup>206</sup>. Uroczystość, która zgromadziła blisko 10 tys. ludzi, odbyła się 21 i 22 maja 1966 r. na Jasnej Górze<sup>207</sup>. Wieńczyła blisko dwuletnie prace, które z ramienia episkopatu koordynował mianowany w 1964 r. krajowym duszpasterzem służby zdrowia ks. Jerzy

<sup>200</sup> H. Sokół, *Ocena przypadków przerywania ciąży*, „Zdrowie Publiczne” 1968, nr 1, s. 52; T. Łopatecki, J. Iwaszkiewicz, *10 lat realizacji ustawy o dopuszczalności przerywania ciąży*, „Wiadomości Lekarskie” 1967, t. 20, nr 7, s. 659–660.

<sup>201</sup> W latach sześćdziesiątych było dostępnych jedynie czterdzieści takich maszyn w kraju, głównie w Warszawie i Łodzi (por. T. Łopatecki, J. Iwaszkiewicz, *10 lat realizacji ustawy...*, s. 660–662).

<sup>202</sup> AAN, UdsW, WRz, 79/36, Kazania kardynała Wyszyńskiego. Czerwiec 1966 r., t. 3, k. 149–150.

<sup>203</sup> AAN, UdsW, WRz, 79/37, Kazania kardynała Wyszyńskiego. Lipiec–sierpień 1966, t. 4, k. 16.

<sup>204</sup> *Ibidem*, k. 45–46; AAN, UdsW, WRz, 79/37, Kazania kardynała Wyszyńskiego. Wrzesień–październik 1966, t. 5, k. 29.

<sup>205</sup> J. Jachimczak, *Duszpasterstwo lecznictwa...*, s. 19.

<sup>206</sup> *Uroczystości milenijne* [w:] J. Jachimczak, *W służbie życiu...*, s. 23.

<sup>207</sup> A. Kiciński, *Służby zdrowia duszpasterstwo...*, s. 428.

Buxakowski<sup>208</sup>. Wobec faktu, że państwo sukcesywnie wprowadzało do środowiska medycznego „przymus lecznictwa i ratownictwa”, Kościół proponował dobrowolne ślubowanie jako wyraz sprzeciwu wobec narzuconych rozwiązań<sup>209</sup>. Miała być to również forma ekspiacji za zaniedbania na polu obrony życia. W tekście wypowiedzianego przez zgromadzonych aktu oddania znajdowały się słowa: „W Twoje ręce, Matko Boga i nasza, oddajemy siebie samych, naszą pracę i wszystkich cierpiących bliźnich. Przyrzekamy otoczyć serdeczną troską życie każdego człowieka od pierwszej chwili jego poczęcia aż do ostatniego tchnienia. Kieruj naszymi czynami, abyśmy się stali podatnymi narzędziami Chrystusa w niesieniu samarytańskiej pomocy naszym bliźnim. [...] gotowi jesteśmy śladem przodków naszych pielęgnować w sobie »święte niewolnictwo« naszego oddania, abyśmy naszemu chrześcijańskiemu zadaniu w służbie życia mogli sprostać”<sup>210</sup>. Zdaniem prymasa, ślubowanie miało walor terapeutyczny, gdyż przenosiło na „Lekarkę Chrześcijaństwa” odpowiedzialność za utrzymanie w środowisku medycznym sprzeciwu wobec aborcji<sup>211</sup>. Maryja miała uczyć właściwych postaw również w dziedzinie profilaktyki, gdzie działania podejmowane przez lekarzy nie zawsze były alternatywą dla przerwania ciąży. W akcie oddania chodziło więc raczej o uformowanie nowych ludzi, którzy odrzucają doraźne korzyści i podejmą walkę z etycznymi kompromisami, tak charakterystycznymi dla tamtego okresu.

## NASTĘPSTWA I SKUTKI

Pod wpływem doświadczeń Wielkiej Nowenny, a zwłaszcza złożonych na Jasnej Górze ślubowań, rozpoczęła się debata na temat obowiązującej w Polsce deontologii lekarskiej<sup>212</sup>. Najpierw w środowisku krakowskim, a później również w Poznaniu i Warszawie ujawnił się front oporu wobec powołanej przez Ministerstwo Zdrowia Komisji Kontroli Zawodu, która środkami czysto administracyjnymi próbowała regulować zachowania lekarzy wobec pacjentów oraz wyznaczała formy leczenia<sup>213</sup>. Na początku 1967 r. redakcja „Służby Zdrowia” zainicjowała dyskusję nad koniecznością uzdrowienia sytuacji w szpitalnictwie, którego działalność paraliżowały przepisy wykonawcze, często ze sobą sprzeczne<sup>214</sup>. Julian Aleksandrowicz dramatycznie apelował, aby skończyć z odgórnym sterowaniem, gdyż lekarze mają swoje zawodowe prawa, a w ostateczności sumienie,

<sup>208</sup> W trakcie realizacji programu do kalendarza obchodów milenijnych w 1965 r. wprowadzono święto patrolne służby zdrowia w dniu liturgicznego wspomnienia św. Łukasza 18 października. Tego dnia przyjmowano przyrzeczenia lekarskie i pielęgniarskie oraz organizowano projekcje filmowe, odczyty i pokazy na temat relacji między teologią, etyką a medycyną (por. M. Kalinowski, *Duszpasterstwo służby zdrowia...*, s. 109; L. Kozłowski, *Walka w obronie życia...*, s. 339).

<sup>209</sup> J. Buxakowski, *Dzisiejsza wizja ideału maryjnego w służbie zdrowia* [w:] J. Jachimczak, *W służbie życiu...*, s. 57.

<sup>210</sup> *Akt oddania katolickich pracowników lecznictwa w macierzyńską niewolę Maryi* [w:] J. Jachimczak, *W służbie życiu...*, s. 29.

<sup>211</sup> S. Wyszyński, *Apel Jasnogórski pracowników lecznictwa* [w:] *ibidem*, s. 30.

<sup>212</sup> *Te zbrodnie nie będą zapomniane*, „Służba Zdrowia” 1967, nr 45, s. 11.

<sup>213</sup> *Dokument wyjątkowej wagi*, „Służba Zdrowia” 1967, nr 26, s. 6.

<sup>214</sup> J. Łazarowicz, *Medycyna, formuły i życie*, „Kierunki” 1968, nr 25, s. 1.



które lepiej niż kodeksy rozstrzyga, co wolno, a czego nie. Jasno przy tym opowiedział się za ochroną życia w myśl cytowanej deklaracji genewskiej z 1948 r.<sup>215</sup> Jednocześnie zdawał sobie sprawę z problemów środowiska: już w 1964 r. podczas odbywającego się w Krakowie międzynarodowego kongresu na temat szkolnictwa medycznego domagał się usuwania z zawodu wszystkich tych, którzy nie spełniają standardów etycznych. Optował za powołaniem w polskich akademiach dawniej obecnych na uniwersytetach katedr etyki i filozofii medycyny<sup>216</sup>. W istocie toczył się spór między młodym pokoleniem, pozbawionym kompasu moralnego i zasad (często opartych na wielowiekowych zwyczajach, przekazywanych w rodzinach lekarskich i organizacjach branżowych), a tradycjonalistami, nierzadko z tytułami profesorów, którzy widząc degrengoladę środowiska, starali się utrzymać wysoki poziom leczenia w realiach socjalistycznej służby zdrowia, niedoinwestowanej i poddanej dyktatowi ideologii<sup>217</sup>. Zwłaszcza zliberalizowanie procedury aborcyjnej uważano za otwarcie puszkę Pandory: rosła liczba cynicznych karierowiczów, którzy zgodnie z wytycznymi władz spędzali płody, nie licząc się z ograniczeniami wynikającymi z procedury medycznej. W rezultacie zwiększała się liczba powikłań, które musieli leczyć inni specjaliści. Problemem stawała się pozasystemowa działalność położników, którzy zamiast zwalczać pokątną aborcję, sami w niej uczestniczyli. Wbrew lansowanym tezom nie zajmowali się tym wiejskie „babki”, emerytowane akuszerki czy lekarze niemający odpowiednich uprawnień, ale chcący lepiej zarabiać medycy akademicy. Swoboda aborcji sprzyjała manifestowanym przez nich objawom arogancji: przyzwyczajeni do rutynowych czynności udzielania zgody na wnioskowany przez ciężarną zabieg poronny i przekonani, iż pacjentki jedynie w takim celu zjawiają się u położnika, kierowali do kobiet zaraz na wejściu słowa „no to skrobiemy”. Z medycznego punktu widzenia poronienia były łatwiejsze do wykonania niż skomplikowane procedury ratunkowe, a ponadto zapewniały profity i uznanie w kręgach decyzyjnych. Liberalizacja postaw okazywała się zresztą problemem dla samych władz: ustawodawstwo legalizacyjne miało upraszczać życie kobiet i sprzyjać świadomemu macierzyństwu, realnie zaś powodowało rozluźnienie obyczajów<sup>218</sup>. Zagrażało to zwłaszcza niedoinwestowanemu położnictwu<sup>219</sup>. Nie rozbudowywano oddziałów noworodkowych, gdyż u aborterek współczynnik urodzeń był niski i prezentowały one postawy antynatalistyczne. Według badań z 1968 r. kobiety, które urodziły pierwsze dziecko, rzadziej przerywały ciążę niż te, które się go pozbyły. Spędzające płód w młodym

<sup>215</sup> J. Aleksandrowicz, *Prawo przed sumieniem*, „Służba Zdrowia” 1967, nr 7, s. 8.

<sup>216</sup> A. Strońska, *Pożytek z moralów*, „Służba Zdrowia” 1967, nr 28, s. 4.

<sup>217</sup> Spór wynikał z faktu, że władze lansowały tzw. moralność laicką, niezawierającą jasnych zasad, co utrzymywało przekonanie o swobodzie interpretacji każdej wątpliwości (por. J. Łazarowicz, *Na przykład: światopogląd lekarza*, „Kierunki” 1966, nr 40, s. 4–5).

<sup>218</sup> J. Strojnowski, *Problemy regulacji urodzeń z punktu widzenia moralności laickiej i chrześcijańskiej* [w:] *Polityka ludnościowa...*, s. 375. Wprowadzona do ustawodawstwa kategoria etyki sytuacyjnej stała w sprzeczności z propagowaną do tej pory przez władze moralnością socjalistyczną. Ponieważ praktycznie wykluczała ona aborcję, jako uderzającą w rodziny robotnicze, została zastąpiona tzw. etyką laicką, bardziej liberalną (por. H.P. David, *Family Planning and Abortion in the Socialist Countries of Central and Eastern Europe*, New York 1970, s. 16–17, 252, 256, 259).

<sup>219</sup> K. Sitkowska, *Pierwsze dni życia*, „Służba Zdrowia” 1967, nr 43, s. 1, 3.

wieku częściej robiły to także później. Co siódma kobieta dokonująca aborcji w wieku do 25 lat przerywała ciążę przynajmniej trzy razy, co dziesiąta mająca 35 lat lub więcej miała za sobą nie mniej niż pięć poronień<sup>220</sup>. Ich obecność na oddziałach nie służyła położnicom: donoszące ciążę nie chciały leżeć obok przerywających, argumentując, że te wywierają zły wpływ na ich decyzje macierzyńskie. Z kolei lekarze wykorzystywali pobyt pacjentek po aborcji, aby uświadamiać wieloródki o możliwościach przerwania ciąży. Skutkowało to tym, że matki prezentowały negatywny stosunek do lecznictwa w ogóle, a przerywające ciążę w obawie społecznego ostracyzmu zaczęły na nowo dokonywać poronień potajemnie. W klimacie obserwowanego w szpitalnictwie rozprężenia zaczęło dominować przekonanie, że bez zniesienia ustawodawstwa aborcyjnego nie podniesie się jakość służby zdrowia, zwłaszcza w położnictwie i ginekologii<sup>221</sup>.

Poprawie wizerunku lekarzy oraz szpitalnictwa miało służyć opublikowanie 3 czerwca 1967 r. przez Polskie Towarzystwo Lekarskie zbioru zasad deontologiczno-etycznych, które zastąpiły do tej pory obowiązujący kodeks z 1935 r.<sup>222</sup> Zdaniem niektórych komentatorów decyzja z 3 czerwca 1967 r. była pośrednim przyznaniem się do derogacji przez władze komunistyczne prawa lekarskiego, które obecnie na fali krytyki postawy etycznej części środowiska ponownie zostaje zaprzysiężone<sup>223</sup>. Wspomniane reguły porządkowały zakres relacji między lekarzem a pacjentem, dając doktorom m.in. możliwość sprzeciwu wobec aborcyjnych decyzji ciężarnych. W dokumencie napisano bowiem: „Lekarz, kierując się osiągnięciami wiedzy medycznej i zasadami wykonywania zawodu, jest w swej pracy niezależny i ma wolny wybór metod i środków leczenia. Lekarz powinien odmówić wykonania zleceń, które wg jego wiedzy i sumienia mogą być szkodliwe lub nieetyczne. W wyborze postępowania lekarz powinien opierać się na swej najlepszej wiedzy i sumieniu, nie ulegając nieuzasadnionym sugestiom lub życzeniom chorego, a swoją opinię powinien wyrazić w sposób jasny i stanowczy”<sup>224</sup>. Pozwalało to rozpocząć szerszą dyskusję nad klauzulą sumienia i ograniczeniem prawa aborcyjnego, ale poza środowiskiem medycznym do niej nie doszło, choć takie sugestie zgłaszano<sup>225</sup>.

Współdziałanie pracowników służby zdrowia z Kościołem było także ograniczone z przyczyn ideologicznych. W defensywie znajdowało się duszpasterstwo zawodowe, które oficjalnie nie mogło działać w organizacjach branżowych. Szykanowani za przekonania etyczne katolicycy lekarze i pielęgniarki oraz położne mogli znaleźć w hierarchii jedynie oparcie duchowe, gdyż możliwości funkcjonowania w systemie opieki zdrowotnej inicjatyw niezależnych od państwa, np. kościelnych, były mocno ograniczone.

<sup>220</sup> M. Okólski, *Reprodukcja ludności a modernizacja społeczeństwa. Polski syndrom*, Warszawa 1988, s. 209–210. Por. H. Tucholska-Zaluska, *Przerywanie ciąży...*, s. 105–121.

<sup>221</sup> Por. J. Łazarowicz, *Pięty Achillesa?*, „Kierunki” 1968, nr 29, s. 5, 9; *idem*, *Pięty Achillesa? Hipokrates nie leczył w szpitalu*, „Kierunki” 1968, nr 30, s. 5.

<sup>222</sup> *Dokument wyjątkowej wagi...*, nr 26, s. 1.

<sup>223</sup> J. Łazarowicz, *Medycyna, formuły i życie*, „Kierunki” 1968, nr 25, s. 9.

<sup>224</sup> *Deontologiczno-etyczne zasady PTL*, „Służba Zdrowia” 1967, nr 26, s. 3.

<sup>225</sup> J. Łazarowicz, *Medycyna, formuły...*, s. 9.

Dalszych analiz wymagają infiltracja środowiska lekarzy sprzeciwiających się polityce rządu oraz przebieg i rezultaty wymierzonych w nich akcji. Otwarte pozostaje pytanie o to, w jakim zakresie władze radzieckie wpływały na tę sferę działań polskich władz, czy brały pod uwagę spór dotyczący wskazań społecznych oraz czy istniały szczegółowe regulacje w zakresie zapobiegania negatywnym konsekwencjom zdrowotnym spędzeń płodów przeprowadzanych na życzenie.

#### SŁOWA KLUCZOWE

aborcja, *primum non nocere*, duszpasterstwo służby zdrowia, kodeks etyki lekarskiej, klauzula sumienia

**KATARZYNA JARKIEWICZ** – historyk i antropolog kultury, adiunkt w Instytucie Kulturoznawstwa Akademii Ignatianum w Krakowie, badaczka mentalności religijnej społeczeństwa polskiego, autorka m.in.: *Specyfika formacji D.A. „Beczka” na tle funkcjonowania innych duszpasterstw akademickich w Krakowie* [w:] *Komunistyczny aparat represji wobec Prowincji Polskiej Dominikanów*, red. M. Miławicki OP, M. Wenklar (2015); *Na gruzach Babilonu... ujrzałem Miasto Święte, Jeruzalem nowe. Przekształcenia przestrzeni sakralnej i jej wpływ na obrzędowość w polskich miastach lat 1945–1947* [w:] *Sacrum w mieście: wymiar kulturowy, religijny i społeczny*, red. D. Quirini-Popławska, Ł. Burkiewicz (2016); *Wokół koncepcji współzawodnictwa [Dyskurs katolickiej nauki społecznej z komunistycznym modelem „nowego człowieka pracy” (1947–1949)]* [w:] *Wychowanie i praca. W trosce o integralny rozwój człowieka*, red. Z. Marek, J. Mółka, M. Mółka (2017).

### *Primum non nocere. The position of the medical community in relation to the problem of abortion and its relationship with the Church during the Great Novena (1956–1966)*

The backward treatment during the Stalinist period in 1956 was set against the need to stop uncontrolled abortions. The liberalization of the abortion law was supposed to solve the swollen social problems with the hands of doctors who had been assigned the duty to perform abortions without limitation. Doctors, who are attached to the ethical standards of the profession, sabotaged the law, demanding to keep in this matter the freedom of decision and the principle of “*primum non nocere*”. Communist authorities applied repression against the resistance, especially after exacerbation of abortion procedures in 1959. They removed the gynecologists, who were protesting against the dictatorship of administrative decisions, or demanded a change of specialization. The protector of the repressed was the Church, who opposed the secularization of the health service and during the Great Novena, he organized for medics the professional

pastoral care integrating their (pilgrimages to Jasna Góra, training of natural methods of conception regulation, lectures on ethical principles). Despite the efforts made by the medical community, the communist authorities have introduced medicalisation of obstetrics and have limited the Church's influence on hospital care. They removed the nuns from the healthcare system and imposed doctors instead of the medical code on the set of mandatory administrative procedures. The result of the actions taken was the complete subordination of the health service to the ideological goals.

**KEY WORDS**

abortion, *primum non nocere*, pastoral care of medical community,  
medical code of ethics, conscience clause