

Gdański Uniwersytet Medyczny
Zakład Historii i Filozofii Nauk Medycznych

Jacek Halasz

Etyka i filozofia medycyny
Tadeusza Kielanowskiego

Promotor

Prof. dr hab. Zbigniew Machaliński

Gdańsk 2011 r.



TADEUSZ MICHAŁ KIELANOWSKI
(1905–1992)

*Słowa wdzięczności kieruję do mojego promotora,
prof. dr. hab. Zbigniewa Machalińskiego za życzliwość, merytoryczną
opiekę i cierpliwość.*

*Wyrażam ogromną wdzięczność dr. hab. Adamowi Szarszewskiemu,
kierownikowi Zakładu Historii i Filozofii Nauk Medycznych GUMed
za okazaną pomoc i zrozumienie.*

*Dziękuję mec. Maciejowi Kielanowskiemu za informacje, udostępnienie
zbiorów rodzinnych i dokumentację zdjęciową.*

*Dziękuję doc. Janowi Pietruskiemu i wszystkim moim rozmówcom,
uczniom oraz współpracownikom Profesora, za przekazaną mi wiedzę,
materiały, a także wielką serdeczność, gościnność i poświęcony czas.*

*Dziękuję również pracownikom – szczególnie archiwów – UMB, UML,
UMCS, GUMed za bezcenną pomoc i udostępnienie archiwaliów,
a także mojej rodzinie, przyjaciołom i współpracownikom za wsparcie,
cierpliwość i troskę.*

Autor

SPIS TREŚCI

WSTĘP	5
CZĘŚĆ I. ŻYCIE I DZIAŁALNOŚĆ TADEUSZA KIELANOWSKIEGO	9
1. DZIECIŃSTWO I LATA MŁODOŚCI	9
1.1. W DOMU RODZINNYM. RODZEŃSTWO	9
1.2. SZKOŁA W NANCY I PARYSKA MŁODOŚĆ	15
1.3. POWRÓT DO LWOWA. STUDIA MEDYCZNE	17
2. PIERWSZE LATA PRACY	22
3. W OKUPOWANYM LWOWIE	26
4. W POWOJENNYM LUBLINIE	30
5. TWORZENIE AKADEMII MEDYCZNEJ W BIAŁYMSTOKU	49
6. OKRES GDAŃSKI	73
6.1. W KLINICE GRUŹLICY I CHORÓB PŁUC AKADEMII MEDYCZNEJ W GDAŃSKU	73
6.2. NA EMERYTURZE – TWÓRCZE LATA I SCHYLEK ŻYCIA	85
7. DZIAŁALNOŚĆ NAUKOWA I PUBLIKACYJNA	89
8. DZIAŁALNOŚĆ SPOŁECZNA	98
9. TADEUSZ KIELANOWSKI – CZŁOWIEK I PAMIĘĆ	105
CZĘŚĆ II. ETYKA I FILOZOFIA MEDYCZYNY	113
1. INSPIRACJE I HORYZONT IDEOWY POGLĄDÓW TADEUSZA KIELANOWSKIEGO	113
2. MEDYCZYNA, JEJ NATURA I FILOZOFIA	125
2.1. MEDYCZYNA JAKO NAUKA I SZTUKA	126
2.2. KRYZYS MEDYCZYNY?	134
2.3. NOWA PERSPEKTYWA. HUMANIZM W MEDYCYNIE	141
3. ZDROWIE I CHOROBA	147
3.1. CHOROBA	148
3.2. ROLA CZYNNIKÓW PSYCHICZNYCH. CHOROBA JAKO CIERPIENIE	158
3.3. ZDROWIE	171
4. ETYKA LEKARSKA	182
4.1. HISTORYCZNE TŁO ETYKI LEKARSKIEJ KIELANOWSKIEGO	182
4.2. SPECYFIKA ETYKI LEKARSKIEJ	196
4.3. PROJEKT KODEKSU ETYKI LEKARSKIEJ	208
4.4. ZAWÓD LEKARZA I JEGO ETOS	225
4.5. PACJENT JAKO PODMIOT LEKARSKICH DZIAŁAŃ	237
4.6. ETYKA BADAŃ NAUKOWYCH	252
5. PROBLEMATYKA TANATOLOGICZNA	272
5.1. TANATOLOGIA I KIERUNKI JEJ ROZWOJU	272
5.2. CZŁOWIEK WOBEC ŚMIERCI – MAJESTAT ŚMIERCI I JEJ GROZA	283
5.3. EUTANALOGIA – NAUKA O DOBRYM UMIERANIU	295
5.4. WYBÓR ŚMIERCI – MORALNA PROBLEMATYKA GRANICZNYCH STANÓW ŻYCIA	304
5.4.1. SAMOBÓJSTWO	305
5.4.2. GRANICE WALKI O ŻYCIE	316
5.4.3. PROBLEM EUTANAZJI	324
5.4.4. ABORCJA	335
ZAKOŃCZENIE	341
WYKAZ SKRÓTÓW	346
WYKAZ ŹRÓDEŁ I LITERATURY	347
SPIS ILUSTRACJI	382
ANEKS I. TEKSTY DEONTOLOGICZNE	384
ANEKS II. PROJEKT KODEKSU ETYKI LEKARSKIEJ	387
ANEKS III. KALENDARIUM ŻYCIA	393

WSTĘP

Niezwykle szybki postęp naukowy i technologiczny, który nastąpił w XX wieku, miał swoje odzwierciedlenie we wszystkich dziedzinach życia – w ogromnym stopniu wpłynął także na medycynę, diametralnie zmieniając jej oblicze. Następstwem tego procesu są nie tylko coraz doskonalsze środki i metody leczenia, nieporównywalne z dostępnymi na początku ubiegłego stulecia, ale także niezwykle istotne w pracy lekarza dylematy natury filozoficznej i moralnej. Tadeusz Kielanowski – wybitny lekarz ftyzjatra, ale jednocześnie etyk i filozof medycyny – należał w powojennej Polsce do prekursorów poruszających problematykę filozoficznych i moralnych zagadnień w medycynie, kontynuując tym samym wielkie tradycje polskiej szkoły filozofii medycyny z pierwszej połowy XX w.

Jako autor „Propedeutyki medycyny” oraz redaktor „Etyki i deontologii lekarskiej” wywarł istotny wpływ na kształtowanie się filozofii medycyny, a szczególnie etyki medycznej. Jego myśl formowała wiele pokoleń polskich lekarzy. Nie tylko w środowisku ftyzjatrów znany był z bardzo nowatorskiej książki pt. „Elementy etiologii gruźlicy człowieka”. Szerokie grono czytelników ceniło go przede wszystkim za „Rozmyślania o przemijaniu”. Kielanowski był osobą o wielkiej energii, konsekwencji i poczuciu odpowiedzialności, które były źródłem nie tylko medycznej i naukowej, ale również – organizacyjnej i społecznej aktywności. Jego całościowe spojrzenie na człowieka miało swoje konsekwencje w treści wystąpień i publikacji, ale przede wszystkim – w jego lekarskiej postawie. Współtworzył Wydział Lekarski UMCS w Luliniu, sprawował też funkcję rektora uniwersytetu. Był pierwszym rektorem i organizatorem Akademii Medycznej w Białymstoku, przez wiele lat kierował Katedrą i Kliniką Gruźlicy i Chorób Płuc Akademii Medycznej w Gdańsku. Był pomysłodawcą i jednym z twórców polskiego telefonu zaufania. Organizował konferencje lekarzy i humanistów poświęcone wspólnej refleksji nad człowiekiem. To tylko niektóre z jego inicjatyw.

Celem nadrzędnym niniejszej pracy jest przedstawienie i zbadanie dorobku naukowego i popularyzatorskiego profesora Tadeusza Kielanowskiego w zakresie etyki i filozofii medycyny. Ponieważ jest to pierwsze monograficzne opracowanie dotyczące profesora, nie można tu pominąć spraw związanych z jego praktyką zawodową i działalnością organizacyjną oraz publicystyczną, by w konsekwencji ukazać myśli i postawy lekarza zaangażowanego w przywracanie medycynie jej humanistycznego wymiaru.

Studium ma na celu opisanie roli, jaką odegrał Tadeusz Kielanowski w rozwoju etyki medycznej i w uprawianiu tej dziedziny w Polsce. Praca dąży także do syntetycznego ujęcia

poglądów profesora i do krytycznej analizy tychże, a ponadto podejmuje próbę wskazania źródeł inspiracji.

Opracowanie składa się z dwóch części. Pierwsza – biograficzna – uwzględnia szerszy kontekst historyczny i poświęcona jest różnym formom aktywności zawodowej Tadeusza Kielanowskiego (z uwypukleniem związków z trzema uczelniami medycznymi) oraz jego działalności społecznej, naukowej i publicystycznej. Druga – obejmuje analizę poglądów i podejmowanych przez niego tematów.

Użyte w tytule terminy „etyka” i „filozofia medycyny” są rozumiane w szerokim sensie, tak jak je ujmował Kielanowski. Filozofia medycyny jest więc dziedziną, która – według sformułowania Władysława Szumowskiego – „rozpatruje medycynę jako całość”. Również pojęcie „etyka”, odnoszone tu głównie do medycyny, jest rozumiane szeroko – jako refleksja moralna. Mimo że Kielanowski posługuje się zasadniczo ówczesnym określeniem „etyka i deontologia lekarska”, jego zainteresowania i publikacje zdecydowanie wykraczają poza tradycyjne rozumienie tych pojęć i dotyczą problematyki zwanej dziś bioetyczną. Filozofia medycyny, w najogólniejszym rozumieniu, obejmuje oczywiście etykę. Odróżnienie filozofii i etyki podkreśla też wagę, jaką miała dla Tadeusza Kielanowskiego refleksja moralna.

W drugiej, zasadniczej części, po wstępnym rozdziale charakteryzującym ogólnie myśl Tadeusza Kielanowskiego i analizującym jej inspiracje, następują dwa kolejne rozdziały, które dotyczą jego rozumienia nauki i sztuki lekarskiej oraz pojmowania podstawowych pojęć, takich jak „zdrowie” i „choroba”, przybliżają też znaczenie subiektywności w ich przejawianiu się. Rozdział IV omawia zagadnienia, głównie tradycyjnie rozumianej etyki lekarskiej. Dotyczy więc sformułowanego przez Kielanowskiego projektu kodeksu etyki lekarskiej oraz poświęcony jest etosowi lekarza, uprawnieniom pacjenta, a także etycznej problematyki nauki i badań naukowych. Ostatni – V rozdział – podejmuje zagadnienia tanatologiczne, ideę nauki o dobrym umieraniu oraz kontrowersyjną problematykę samobójstw, eutanazji, aborcji. Analizowane kwestie ujęte są często w perspektywie toczących się wówczas dyskusji, a zwłaszcza w kontekście kształtowania się nowego, systemowego rozumienia medycyny oraz w kontekście tworzących się wówczas dyscyplin – bioetyki i tanatologii.

Studium oparte jest na niezwykle bogatej i różnorodnej spuściznie publikacyjnej Tadeusza Kielanowskiego – bibliografia jego tekstów obejmuje ponad 600 pozycji. Największa ich część dotyczy właśnie filozoficznej i moralnej, często też społecznej, problematyki związanej z medycyną, zdrowiem, umieraniem i śmiercią. Najczęściej są to felietony i artykuły popularnonaukowe drukowane w różnorodnych czasopismach. Kielanowski interesując się przede wszystkim aktualną problematyką, inspirował i uczestniczył w publicznych dyskusjach dotyczących spraw związanych z medycyną i jej społecznymi uwarunkowaniami oraz zawodem lekarza i żywo reagował na pojawiające się dylematy. Jego wysoka kultura filozoficzna, szerokie zainteresowania oraz doskonały warsztat językowy pozwalały na trafne ujmowanie zagadnień. Był postacią znaną, a popularność

zawdzięczał nie tylko pozycji zawodowej, ale również licznym publikacjom i aktywnej, prowadzonej na różnych polach, działalności.

Publikacje Tadeusza Kielanowskiego nie mają zwykle charakteru systematycznych analiz naukowych, a felietony i artykuły ukazywały się w wielu pismach, zarówno w lekarskich, społeczno-kulturalnych, jak i popularnonaukowych. Stanowiło to pewną trudność w ich odnajdywaniu, tym bardziej że część z tych periodyków już nie istnieje. Wiele tematów powtarza się w różnych wypowiedziach, czasem ujmowane są z innej perspektywy, umieszczane w innym kontekście i naświetlane nieco odmiennie. Kielanowski nie opracował też zwartych, książkowych publikacji omawiających w systematyczny sposób zagadnienia filozoficzno-medyczne czy etyczne. Jednym z zadań pracy było więc zebranie rozproszonych refleksji i poglądów zawartych w licznych, ale rozszarych wypowiedziach.

Materiału źródłowego, szczególnie w części biograficznej, dostarczają archiwa instytucji, z którymi był związany, a ponadto wspomnienia, listy i relacje. Spośród materiałów archiwalnych zostały wykorzystane akta osobowe Tadeusza Kielanowskiego znajdujące się w Archiwum Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, w Archiwum Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Archiwum Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku oraz protokoły posiedzeń Rady Wydziału Lekarskiego w Lublinie (UMCS i Akademii Lekarskiej), a także archiwalia Wojewódzkiego Archiwum Państwowego w Lublinie. Istotną rolę odegrały również rodzinne zbiory, będące w dyspozycji mieszkającego w Londynie syna prof. Kielanowskiego – mecenas Macieja Kielanowskiego. Bardzo ważnym źródłem są liczne wspomnienia i teksty autobiograficzne Tadeusza Kielanowskiego ukazujące się najczęściej w „Kwartalniku Historii Nauki i Techniki”, a przede wszystkim autobiografia „Prawie cały wiek dwudziesty” – doskonałe ujęcie z szerokiej perspektywy minionych czasów i ludzi współczesnych autorowi. Kolejne źródło stanowią liczne wywiady przeprowadzone z rodziną prof. Kielanowskiego, współpracownikami i uczniami oraz relacje i wspomnienia pisemne i ustne znających go osób.

Badania biograficzne oparte są na analizie źródeł historycznych i studium porównawczym różnych materiałów archiwalnych, wspomnień prof. Kielanowskiego i o profesora, opracowań historycznych. Natomiast metodą zastosowaną w części systematycznej są studia krytyczne nad dorobkiem naukowym i publicystycznym Kielanowskiego, badania porównawcze jego poglądów ze współczesną profesorowi i dzisiejszą literaturą przedmiotu. W rekonstrukcji myśli profesora posługuję się interpretacją o charakterze historycznym i adaptacyjnym.

Wobec znaczącej roli, jaką odegrał Tadeusz Kielanowski w różnych dziedzinach, na przestrzeni kilkudziesięciu lat stosunkowo niewiele jest publikacji poświęconych jego dorobkowi. Można odnaleźć dość dużo tekstów biograficznych. Traktują one o różnych formach jego aktywności, głównie organizacyjnej. Ukazały się też liczne wspomnienia, przede wszystkim środowiska Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, gdzie też przed kilku laty miała miejsce wystawa „Tadeusz Kielanowski i jego uczniowie”. Zaś po śmierci profesora ukazały się liczne nekrologi i wspomnienia.

Zbiegiem okoliczności w najbliższym czasie, po dwudziestu latach od śmierci prof. Kielanowskiego, ma się ukazać publikacja będąca zbiorem jego tekstów o tematyce społecznej, przygotowywana przez jego syna Macieja, zatytułowana „Bez polityki”.

Mało jest prac poświęconych czy nawiązujących do jego myśli filozoficzno-medycznej (są to m. in. artykuły H. Szabały, T. Sahaja oraz nawiązania u Z. Szawarskiego, A. Alichniewicz, T. Ślipki, B. Wichrowskiego), aczkolwiek ceniony jest przez polskich bioetyków. Brakuje jednak publikacji, która w sposób systematyczny, z perspektywy współczesnej filozofii medycyny, ujęłaby dorobek teoretyczny Tadeusza Kielanowskiego.

Jakie są przyczyny niewielkiego zainteresowania dokonaniai tego tak twórczego lekarza i myśliciela? Być może jest to spowodowane otwarciem się Polski na świat po 1989 r. i intensywnością przemian, które przyniosły wiele nowych koncepcji w sferze refleksji filozoficzno-moralnej, inspirowanej naukami biomedycznymi. A może jest też wyrazem pewnej niechęci do niedawnej, peerelowskiej przeszłości.

Niniejsze studium, w całości poświęcone profesorowi Tadeuszowi Kielanowskiemu, ma przede wszystkim zbadać teoretyczne propozycje ujęcia wciąż aktualnych problemów dotyczących człowieka i medycyny. Ale ma również na celu uchronić od zapomnienia postać profesora i określić rolę, jaką odegrał w ostatnim półwieczu.

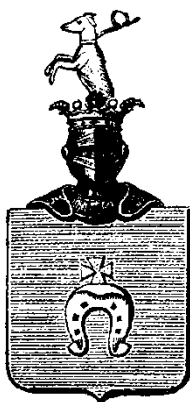
CZĘŚĆ I.

ŻYCIE I DZIAŁALNOŚĆ TADEUSZA KIELANOWSKIEGO

1. Dzieciństwo i lata młodości

1.1. W domu rodzinnym. Rodzeństwo

Tadeusz Michał Kielanowski urodził się 12 września 1905 r.¹ we Lwowie, w rodzinie inteligencji lwowskiej o tradycjach lekarskich. Ojciec, Bolesław Pobóg-Kielanowski był lekarzem, a matka, Maria z Lityńskich, córką lekarza – Leopolda Lityńskiego, który prowadził praktykę lekarską w swoim majątku ziemskim². Oboje rodzice wywodzili się z rodzin ziemiańskich. Ród Kielanowskich sygnował się herbem Pobóg³ jednocześnie uzupełniając swoje nazwisko tym przydomkiem.



Fot. 1. Herb rodowy
Kielanowskich – Pobóg

W XIX i na początku XX wieku Lwów był jednym z najważniejszych ośrodków kulturalnych w Polsce, ale jednocześnie był miastem wielu przenikających się kultur. Zmiany w polityce wewnętrznej osłabionej monarchii austriackiej oraz dzięki wysiłkom Polaków, pozwoliły Galicji zdobyć dużą autonomię. W drugiej połowie XIX w. powstały dwie ważne, urzędujące we Lwowie instytucje – Sejm i Wydział Krajowy. W ślad za tym ludność Galicji uzyskała wolność osobistą, wolność prasy, nauki i stowarzyszeń – swobody nieznane w innych zaborach. We Lwowie językiem urzędowym stał się język polski (obok niemieckiego). Przy dużej swobodzie językowej i narodowościowej Lwów staje się silnym ośrodkiem naukowym i kulturowym, stanowi administracyjne centrum nie tylko Galicji⁴. W dobie autonomii miasto przeżywało okres bujnego rozwoju⁵, powstały wspaniałe gmachy, nowe dzielnice, place. Obok uniwersytetu, działała politechnika i szkoła rolnicza w Dublanach, biblioteka Ossolińskich, Baworowskich oraz dziesiątki gimnazjów i szkół. Rosła rola kulturalna Lwowa, tu tworzyli

¹ Archiwum Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Akta Osobowe Tadeusza Kielanowskiego (dalej AGUMed AoTK) nr 268/50, Odpis Metryki Urodzenia, s.10.

² T. Kielanowski, *Prawie cały wiek dwudziesty, wspomnienia lekarza*, Gdańsk 1987, s. 7.

³ A. Boniecki, *Herbarz polski. Cz. 1. Wiadomości historyczno-genealogiczne o rodach szlacheckich*, t. 11, Warszawa 1987, s. 20; T. Gajl, *Herbarz polski od średniowiecza do XX wieku*, Gdańsk 2007, s. 252.

⁴ Zob. Z. Zieliński, *Lwów stolicą*, „Semper Fidelis” 1997, nr 5-6.

⁵ L. Podhorecki, *Dzieje Lwowa*, Warszawa 1993, s. 126 nast.

wybitni polscy artyści, m. in. Artur Grottger, Helena Modrzejewska, Gabriela Zapolska i wielu innych. U progu XX wieku miasto liczyło około 200 tys. mieszkańców, a blisko połowę stanowili Żydzi i Ukraińcy. W szczególności dla Ukraińców Lwów stawał się także centrum życia narodowego – tworzyły się organizacje, szkoły, muzea. W związku z tym, przy wsparciu austriackim, rodziły się konflikty, które tragicznie zaciążyły na dalszej historii tej ziemi.



Fot. 2. Panorama Lwowa – widok z wieży ratuszowej, 2002 r. – Kościół Dominikanów, Zespół Cerkwi Wołoskiej, Góra Piaskowa (fot. S. Kosiedowski)



Fot. 3. Lwów na starych fotografiach – widok na ul. Legionów (ZSK)

Rodzina Kielanowskich mieszkała w słynnym Gmachu Skarbka – okazałej budowli ufundowanej przez hr. Stanisława Skarbka⁶ w 1837 r., z przeznaczeniem na teatr i hotel dla polskich ziemian. Teatr Skarbkowski⁷, dysponujący w owym czasie największą salą widowiskową w Europie, funkcjonował w latach 1842 – 1899. W miejsce hotelu powstały prywatne apartamenty, początkowo zamieszkiwane przez zamożnych lwowian. W budynku tym mieszkało wiele znanych postaci, m. in. Artur Grottger, Juliusz Kossak, Kornel Makuszyński; a za czasów Tadeusza Kielanowskiego: Jan Gall – wybitny kompozytor i dyrygent, Adam Didur – śpiewak, jeden z najznakomitszych basów przełomu wieków.

Polska kultura Lwowa, ale także fascynująca młodego Tadeusza wielonarodowość miasta, będą miały znaczący wpływ na jego światopogląd, któremu obce będą ekstremizm i nacjonalizm. Tadeusz wraz z trójką rodzeństwa, Józefą, Leopoldem i Janem wzrastali w dość

⁶ Stanisław Skarbak (1780-1848) – hrabia, ziemianin galicyjski, mecenas kultury. Swój okazały majątek, przeznaczył m.in. na utworzenie Polskiego Teatru we Lwowie oraz zakładu dobroczynnego dającego dożywotnie schronienie 60 starcom i wychowującego 400 osieroconych chłopców i dziewcząt. Hr. Skarbak ufundował dla podopiecznych obszerny gmach w swojej posiadłości w Drohowyżu, gdzie dzieci kształciły się i uczyły rzemiosła. Skarbak został pochowany na cmentarzu Łyczakowskim, później jego szczątki przeniesiono do posiadłości rodzinnej w Drohowyżu nad Dniestrem..

⁷ Budowa ogromnego gmachu trwała 5 lat, otwarcie nastąpiło w 1842 r. Widownia teatru mieściła 1460 osób. Fundator był dyrektorem obu scen – polskiej i narzuconej przez zaborcę sceny niemieckiej. Za jego dyrekcji wystawiano wiele sztuk Aleksandra Fredry i Józefa Korzeniowskiego oraz współczesnych zagranicznych autorów. W 1871 r., po uzyskaniu przez Galicję autonomii, teatr został całkowicie objęty przez polski zespół teatralny. W 1872 r. powstała scena opery i operetki, wtedy jedyna w Galicji. Wobec poważnej dekapitalizacji gmachu podjęto decyzję o budowie w pobliżu nowego teatru, który powstał w latach 1898-1900 i został nazwany Teatrem Wielkim. Stary budynek teatru Skarbkowskiego przeznaczono najpierw na filharmonię, potem na kino. Obecnie mieści się tu m. in. ukraiński Teatr Dramatyczny im. Marii Żankoweckiej. Zob. W. Korcz, *Zarys dziejów Lwowa*, Zielona Góra 1994, s. 210 nast.

zamożnym domu mieszczańskim, w którym starannie wychowywano i kształcono dzieci, dbano o kultywowanie tradycji, pielęgnowano zainteresowania artystyczne. Od wczesnych lat uczył się języka francuskiego i niemieckiego, a będąc uzdolnionym muzycznie – gry na



Fot. 4. Gmach Skarbka – dom rodzinny Tadeusza Kielanowskiego, wygląd obecny (fot. S. Kosiedowski)



Fot. 5. Lekarska legitymacja urzędowa Bolesława Kielanowskiego, 1926 r. (ZRK)

skrzypcach, której przez długie lata będzie oddawał się z pasją; umiłowanie muzyki poważnej zawsze będzie istotnym elementem jego życia. Ojciec, człowiek bardzo obowiązkowy, pracowity i dość surowy, stawiał zawsze wysokie wymagania. Rodzinne tradycje patriotyczne, wiążące się m. in. z powstaniem styczniowym⁸, również nie pozostały bez wpływu na kształtowanie się postaw młodego Tadeusza i jego rodzeństwa. Wszystko to formowało ich życiowe drogi.



Fot. 6. Maria i Bolesław Kielanowscy – rodzice Tadeusza Kielanowskiego (ZRK)



Fot. 7. Tadeusz Kielanowski z ojcem i młodszym bratem Leopoldem (ZRK)

⁸ W powstaniu styczniowym zginął Karol Kielanowski, brat Włodzimierza Kielanowskiego – dziadka Tadeusza. Zob. T. Kielanowski, *Prawie cały...*, op. cit., s. 10.

Tadeusz, a także bracia, rozpoczynał naukę w prywatnej szkole prowadzonej przez austriackich Braci Szkolnych. Edukację przerwał wybuch I wojny światowej w 1914 r. – wojny budzącej nadzieje na odzyskanie niepodległości, ale jednocześnie rozpoczynającej we Lwowie sześcioletni okres wielu dramatycznych wydarzeń. Z początkiem wojny ojciec został



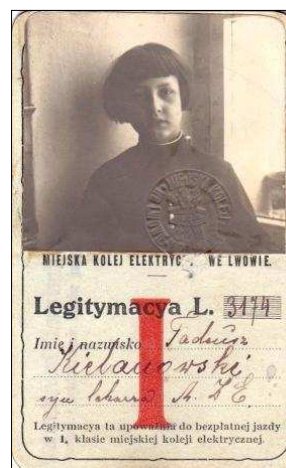
Fot. 8. Zdjęcie rodzinne Kielanowskich, 1918 r. Od lewej – Maria (matka), Jan, Bolesław (ojciec), Leopold, Tadeusz (ze skrzypcami), Józefa (ZIP)

powołany, jako lekarz do wojska, do 30. Pułku Piechoty. W związku ze zbliżającą się ofensywą wojsk rosyjskich rodzina Kielanowskich opuściła Lwów, towarzysząc początkowo ojcu w podróży wojskowym pociągiem. Wiosną 1915 r. dotarli do Grazu, zatrzymując się tu na blisko dwa lata. Tadeusz Kielanowski kontynuował naukę w prywatnym gimnazjum Scholza i tak przypomina ten czas: „... mile wspominam blisko dwa lata spędzone w Grazu. W szkole szło mi doskonale, miałem wielu kolegów różnych narodowości [...] właściwie w ogóle nie czuliśmy, że jest wojna”⁹.

W połowie 1915 r. zakończyła się dziewięciomiesięczna rosyjska okupacja Lwowa. Kielanowscy powrócili do rodzinnego miasta w 1916 r. Trudne politycznie i materialnie warunki nie poprawiły się po powrocie Austriaków, którzy wprowadzili rządy wojskowe, całkowicie odmienne od przedwojennej, liberalnej polityki. Tadeusz kontynuował naukę w słynnym VIII gimnazjum. Ten młodzieńczy czas przypadnie na okres dramatycznych i szczególnych wydarzeń historycznych: rozpad monarchii austro-węgierskiej, odzyskanie przez Polskę niepodległości, walki polsko-ukraińskie i obronę Lwowa oraz okres wojny polsko-bolszewickiej.



Fot. 9. Budynek byłego gimnazjum nr VIII we Lwowie, obecnie grekokatolicka Akademia Teologiczna (fot. S. Kosiedowski)



Fot. 10. Legitymacja Tadeusza Kielanowskiego (ZRK)

⁹ Ibidem, s. 17.

W 1921 r. młody Kielanowski został wytypowany do stypendium rządu francuskiego i wraz z kilkunastoma najlepszymi uczniami z Polski wyjechał do Nancy, gdzie uczył się w Lyceé Henri Poincaré. Rodzeństwo kontynuowało edukację we Lwowie, który przeżywał okres rozwoju w II Rzeczypospolitej. Nieprzeciętne zdolności i zalety, wyniesione z domu wartości i hart ducha, przywiązanie do tradycji rodzinnych, wewnętrzna dyscyplina i twórczy charakter przyczyniły się do wytyczenia niezwyklej dróg czworga dzieci Kielanowskich. Rodzeństwo, podobnie jak Tadeusz Kielanowski, miało swój udział w kształtowaniu się polskiej kultury, każde we właściwy sobie sposób.

Najmłodszy – Jan Kielanowski (1910 –1989)¹⁰ studiował matematykę na tamtejszym uniwersytecie, potem przeniósł się na Oddział Rolniczy Politechniki Lwowskiej w Dublinach, gdzie studiował na Wydziale Rolno-Leśnym – został wybitnym polskim zootechnikiem, profesorem i jednym z najmłodszych wtedy członków PAN, organizatorem i pierwszym dyrektorem (w 1974 r.) Instytutu Fizjologii i Żywienia Zwierząt PAN w Jabłonie pod Warszawą. Jeszcze przed wojną kierował działem zootechnicznym w zakładzie doświadczalnym torfowisk w Sarnach na Polesiu. W czasie okupacji pracował w Akademii Medycyny Weterynaryjnej we Lwowie i działał w AK. Doktorat i habilitację z nauk rolniczych uzyskał po wyzwoleniu na UMCS w Lublinie. Po powrocie ze stażu naukowego w Stanach Zjednoczonych i Anglii został kierownikiem bydgoskiego oddziału Państwowego Instytutu Naukowego Gospodarstwa Wiejskiego, który stał się załącznikiem Instytutu Fizjologii i Żywienia Zwierząt PAN. Jan Kielanowski opracował jego założenia programowe i organizacyjne a przez 20 lat nim zarządzał (w 1990 r. w uznaniu zasług profesora Instytutowi nadano jego imię). Jest autorem ponad dwustu prac naukowych; członkiem wielu krajowych i zagranicznych towarzystw naukowych i laureatem wielu odznaczeń. W pamięci pracowników Instytutu Fizjologii i Żywienia Zwierząt PAN zachował się jako wielki autorytet naukowy i moralny.

Przez lata angażował się w działalność opozycyjną¹¹. Był sygnatariuszem wielu listów protestacyjnych, w tym skierowanego w grudniu 1975 r. do Sejmu „Listu 59” – protestu przeciw projektowanym zmianom w Konstytucji PRL. Od 1977 r. związany z KOR-em; był jednym z założycieli Towarzystwa Kursów Naukowych, a od 1978 r. przewodniczącym jego rady programowej. Protestował publicznie przeciw napaściom bojówek Socjalistycznego Związku Studentów Polskich i SB na wykłady TKN. W październiku 1979 r. wraz z Janem Józefem Lipskim został rzecznikiem głodujących w kościele św. Krzyża w Warszawie w obronie uwięzionych w Czechosłowacji członków opozycyjnej „Karty 77”.

¹⁰ Notę biograficzną opracowano na podst.: J. Pietruski, *Kronika rodzinna*, Białystok-Warszawa 2009; *Informator Instytutu Fizjologii i Żywienia Zwierząt PAN* 2005, oprac. T. Żebrowska; S. Zagórski, *Jan Kielanowski, 1910-1989*, „Gazeta Wyborcza”, dodatek „Duży Format” nr 37/698 z 18 IX 2006; oraz na podst. wywiadu z doc. Janem Pietruskim przeprowadzonego przez autora pracy w Lublinie 29 grudnia 2009 r. Wywiad niepublikowany i nieautoryzowany. Dalej jako: Wywiad z J. Pietruskim.

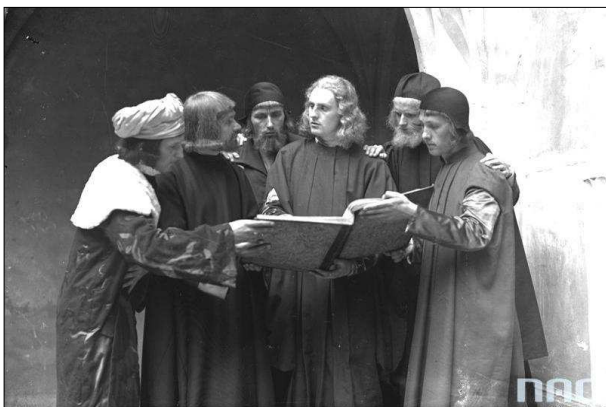
¹¹ Zob. S. Zagórski, *Jan Kielanowski, 1910-1989*, op. cit.

W 1975 r. został przyjęty do działającej w podziemiu loży masońskiej „Kopernik”, a w latach 1981–1986 wybrano go wielkim mistrzem. W 1979 r. prezydent na uchodźstwie – Edward Raczyński – zwrócił się do niego z propozycją, by został jego następcą, ale Jan Kielanowski tego zaszczytu nie przyjął.

Jego żoną była Zofia Chomicz, muzykolog, profesor Akademii Muzycznej w Warszawie. Ten wszechstronnie wykształcony naukowiec, humanista, świetny znawca muzyki, autor znakomitych akwareli zmarł w Warszawie w 1989 r.

Leopold Pobóg-Kielanowski (1907–1988)¹², absolwent polonistyki na UJK, został aktorem, znanym reżyserem teatralnym i organizatorem życia kulturalnego na emigracji. Doktoryzował się na podstawie pracy: „Wizja malarska w utworach dramatycznych Stanisława Wyspiańskiego”, której promotorem był wybitny znawca literatury polskiej prof. J. Kleiner z UJK. We Lwowie był sekretarzem Teatrów Miejskich i redaktorem pisma „Scena Lwowska”. Po uzyskaniu uprawnień reżyserskich (na podstawie egzaminu zdanego w 1933 r. w Państwowym Instytucie Sztuki Teatralnej przed komisją, której przewodził Leon Schiller) zaangażował się na sezon 1934/35 do Teatru Ziemi Pomorskiej w Toruniu, powrócił też do aktorstwa; zagrał wiele ról i równocześnie wyreżyserował siedem sztuk. W latach 1935–1938 był reżyserem Teatru w Katowicach i wystawił wtedy „Dziady” oraz dramaty Wyspiańskiego: „Zygmunt August” i „Wyzwolenie”, a ogromnym powodzeniem cieszyła się inscenizacja „Mikołaja Kopernika” L.H. Morstina, którą wystawiał m. in. w Krakowie oraz kilku stolicach europejskich.

W 1938 r. został dyrektorem i reżyserem Teatru Miejskiego na Pohulance w Wilnie, który dzięki jego działalności szybko stał się znanym centrum kultury. Poza świetnymi spektaklami w sali teatralnej odbywały się liczne koncerty, a w foyer – wystawy. Do chwili opuszczenia Wilna wyreżyserował 49 sztuk teatralnych. Teatr działał jeszcze w czasie



Fot. 11. Fragment przedstawienia L.H. Morstina „Mikołaj Kopernik” na dziedzińcu wawelskim (1936 r.). W środku reżyser, Leopold Pobóg-Kielanowski, w roli Mikołaja Kopernika (NAC)

okupacji sowieckiej, ale z powodu narastających szykan w czerwcu 1940 r., wyjechał do Warszawy, gdzie działał w konspiracji. Po upadku powstania warszawskiego, w którym brał udział, został wywieziony na roboty przymusowe do Niemiec. Po wyzwoleniu dołączył we Włoszech do Teatru Dramatycznego 2. Korpusu armii gen. Andersa. Współtworzył ten teatr i był wykładowcą Studium Dramatycznego. Po zakończeniu wojny pozostał w Wielkiej Brytanii, zajął się

¹² Notę biograficzną opracowano na podst.: J. Pietruski, *Kronika rodzinna*, op. cit.; E. Nawrat, *Pamięci Leopolda Pobóg-Kielanowskiego*, „Śląsk” 2007, nr 6; oraz na podst. wywiadu z J. Pietruskim.

organizacją Teatru Polskiego w Londynie, którego był wieloletnim dyrektorem, reżyserem, a jednocześnie animatorem życia kulturalnego na emigracji. W 1947 r. został wybrany prezesem ZASP na Obczyźnie. Dyrektor Radia Wolna Europa, Jan Nowak-Jeziorański, powierzył mu zadanie organizacji sekcji RWE w Londynie. Przez prawie trzydzieści lat pełnił funkcję kierownika sekcji i działu literacko-kulturalnego. Pierwsza żona, aktorka Walentyna Aleksandrowicz, zginęła w obozie w Oświęcimiu-Brzezince. Na emigracji ożenił się ponownie. Jego drugą żoną była Zofia Tarnopolska-Meeson. Nigdy nie przyjechał już do Polski. Pod koniec życia osiedlił się na Maderze. Zmarł w Londynie.

Józefa Kielanowska-Pietruska (ur. 1904, zm. 1969 w Lublinie)¹³ uczęszczała do gimnazjum żeńskiego Sacré Coeur we Lwowie i Grazu. Ukończyła studia na wydziale humanistycznym i filologicznym na Uniwersytecie Jana Kazimierza, a także konserwatorium w klasie fortepianu – była uzdolnioną pianistką. Często, zarówno w domu we Lwowie, jak i później na tajnych koncertach podczas okupacji, koncertowała razem z bratem Tadeuszem. W 1927 r. wyszła za mąż za Oktawa Pietruskiego, absolwenta prawa UJK. Oktaw, gimnazjalny kolega Tadeusza Kielanowskiego, pochodził ze znanego i zasłużonego rodu Pietruskich – jego dziadek, wielki patriota i działacz był m. in. wicemarszałkiem sejmu galicyjskiego (Wydziału Krajowego). Zamieszkali w rodzinnym majątku Pietruskich w Rudzie, gdzie często odwiedzał ich Tadeusz Kielanowski. Oktaw pełnił urząd sędziego sądu grodzkiego w Żydaczowie. W czasie wojny Józefa przebywała we Lwowie; a rozstawszy się z mężem, po wojnie wyjechała z rodziną do Lublina, gdzie pracowała na Uniwersytecie Marii Curie-Skłodowskiej oraz Akademii Medycznej jako ceniony lektor języków obcych.

1.2. Szkoła w Nancy i paryska młodość

We wrześniu 1921 r. Tadeusz Kielanowski rozpoczął naukę w Lyceé Henri Poincaré w Nancy, które było szkołą z internatem, placówką edukacyjną o wysokim poziomie i surowej



Fot. 12. Szkoła w Nancy (ZRK)

dyscyplinie, o której pisze: „uczyło się w niej ponad tysiąc chłopców w wieku od sześciu do dwudziestu lat, a i nieco starszych, bo były w niej także klasy pomaturalne. [...] Wszystko w tej szkole było surowe tak regulamin, jak i architektura¹⁴ [...]. Spaliśmy w 36-osobowych salach w żelaznych, twardych łóżkach z wałkiem, a nie poduszką pod głową. W samym środku jednego boku sali, w łóżku za zasłonami, spał z nami

¹³ Notę biograficzną opracowano na podst.: J.T. Pietruski, *Kronika rodzinna*, op. cit. oraz na podst. wywiadu z J. Pietruskim.

¹⁴ T. Kielanowski, *Prawie cały...*, op. cit., s. 28.

wychowawca. Do sypialni, po umyciu, wchodziło się w milczeniu”¹⁵.

Dzięki dobrej znajomości języka francuskiego został przyjęty do przedostatniej klasy, kończącej się wstępnym egzaminem maturalnym, który kwalifikował do klasy ostatniej – maturalnej. Maturę składało z dwunastu przedmiotów przed komisją zewnętrzną. Była egzaminem uprawniającym do wstępu na francuskie uniwersytety. Korzystając z bogatej biblioteki szkolnej, wiele czasu poświęcał na lekturę. Uprawiał sport – piłkę nożną, okazując się zdolnym bramkarzem; w dalszym jego życiu sport będzie miał duże znaczenie. Kontynuował grę na skrzypcach, m. in. w międzyszkolnej i konserwatoryjnej orkiestrze symfonicznej. Maturę zdał po dwu latach nauki – w 1923 r. Mógł wówczas wybrać kierunek studiów i uczelnię.

Okres dorastania był także czasem odchodzenia od kościoła katolickiego i od religijnej wiary. Jeszcze w gimnazjum we Lwowie nauka religii wzbudzała w nim wiele wątpliwości. We Francji ten agnostycyzm pogłębił się i utrwalił. U schyłku życia pisał: „na razie moja niewiara trwa. Czekam cierpliwie...”¹⁶.

Wakacje spędzone w rodzinnym Lwowie były okresem podejmowania decyzji o wyborze kierunku studiów. W zasadzie zdecydowany był na studia medyczne, jednakże spotkał się ze stanowczą dezaprobatą rodziny, sugerującej wybór prawa, a później, być może – karierę dyplomatyczną. Po długich wahaniach rozpoczął studia prawnicze na Sorbonie w Paryżu. Szczególnie interesowały go wykłady z historii i filozofii prawa¹⁷. W kolejnym roku akademickim dodatkowo studiował ekonomię¹⁸ w prywatnej Szkole Nauk Politycznych.

Wiele czasu poświęcał zgłębianiu myśli francuskich socjalistów utopijnych: Saint-Simona, Proudhona, Fouriera. Do zainteresowania tą literaturą przyczynił się studiujący tu również Władysław Jan Grabski¹⁹, syn premiera Polski – Władysław Grabskiego. Obaj mieszkali w pensjonacie przy ul. Lhomond. Starszy o parę lat Władysław przygotowywał wtedy rozprawę dotyczącą Karola Fouriera i często podejmowali dyskusję o filozofii francuskich utopistów²⁰. Lektura ta ukształtuje przekonania społeczno-filozoficzne Kielanowskiego; czytał wtedy także dzieła rosyjskich anarchistów – Bakunina i Kropotkina oraz filozofów francuskiego oświecenia – Woltera i Rousseau.

W Paryżu spotykał wielu kształcących się tu polskich rówieśników, często ze znanych rodzin, i nawiązał liczne przyjaźnie. Poza Władysławem Grabskim poznał Józefa i Michała Mościckich – synów późniejszego prezydenta Rzeczypospolitej, i Józefa Pełczyńskiego, który po wyjeździe do Anglii został cenionym publicystą, pisującym pod pseudonimem „Martin”.

¹⁵ Ibidem, s. 30.

¹⁶ Ibidem, s. 20.

¹⁷ Ibidem, s. 37.

¹⁸ AGUMed AoTK, nr 268/50, *Życiorys z 1956 r.*, s. 8.

¹⁹ Władysław Jan Grabski (1901-1970) – pisarz związany z ruchem katolickim. Pisał powieści historyczne z dziejów Polski.

²⁰ T. Kielanowski, *Prawie cały...*, op. cit., s. 37.

W czasie studiów paryskich przez dwie kadencje pełnił funkcje sekretarza Stowarzyszenia Studentów Polskich w Paryżu²¹, polonijnej organizacji studenckiej o kilkudziesięcioletniej tradycji. Działając w stowarzyszeniu organizował m. in. występy polskich artystów, wspólne święta, pomagał w poszukiwaniu pracy dla polskich studentów. Z pewnym rozgoryczeniem wspomina pewien epizod, jedno ze spotkań z Marią Skłodowską-Curie: „z okazji obchodzonej przez cały świat XXV rocznicy odkrycia radu wybraliśmy na walnym zebraniu członkiem honorowym Towarzystwa, drugim w historii Towarzystwa po Maurycym Zamoyskim [...], panią Marię Skłodowską-Curie, wydaliśmy mnóstwo pieniędzy na druk pięknego dyplomu i poszliśmy do naszej uczoney do domu. Dyplomu nie przyjęła, nie prosiła nas siadać, oświadczając szorstko, że zbrzydły jej hołdy, składane obecnie; należało o niej pamiętać, kiedy była młoda i biedna, a nie dziś”²². To zdarzenie warto przytoczyć ze względu na późniejsze elementy biografii Kielanowskiego, jak chociażby współudział w organizacji i pracy uniwersytetu w Lublinie, który przybrał imię noblistki²³.

Lata spędzone na studiach prawniczych przekonały Kielanowskiego, że nie znajdzie w tej dziedzinie tego, czemu chciałby służyć w dalszym życiu. Studia paryskie były rozwijające intelektualnie i kulturalnie, ale pragnął być lekarzem i pomagać cierpiącym, dlatego też pisał: „Nie było mi potem łatwo zmienić kierunek studiów, choć zorientowałem się rychło, że błędę. Prawo, podobnie jak muzyka, wydało mi się formą pozbawioną konkretnej treści; chciałem zostać lekarzem, bo treścią medycyny było w moim pojęciu rzemiosło, przynoszące uchwytne, niedwuznaczne i pożyteczne efekty. W dyskusji na podobne tematy nie broniłbym dziś tak kategorycznych sądów, wtedy byłem jednak młody, a w młodości wszelkie barwy widzi się żywo”²⁴.

Dlatego też wiosną 1925 odmówił propozycji intratnej funkcji zastępowania na okres letni wicekonsula polskiego w Hadze; propozycji, którą złożył przyjaciel – Józef Mościcki, z którym studiował w Szkole Nauk Politycznych. Po uzyskaniu bakalaureatu²⁵ przerywa dalszą naukę i w 1925 r. powraca do rodzinnego Lwowa, aby mimo dobrze zapowiadającej się kariery dyplomatycznej i wbrew stanowczym sugestiom rodziny, podjąć studia medyczne.

1.3. Powrót do Lwowa. Studia medyczne

Decyzja Tadeusza Kielanowskiego o zmianie kierunku studiów była decyzją przemyślaną i nigdy nie poddawał jej w wątpliwość. Studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie rozpoczął jesienią 1925 r. – ukończył je w 1931 r., uzyskując 4 lipca dyplom doktora wszech nauk lekarskich.

²¹ Ibidem, s. 39.

²² T. Kielanowski, *Mój życiorys naukowy*, „Kwartalnik Historii Nauki i Techniki” 1978, nr 3-4, s. 564.

²³ Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie został powołany do życia 23 października 1944 r. i rozpoczął działalność jako pierwsza polska państwowa wyższa uczelnia po II wojnie światowej.

²⁴ T. Kielanowski, *Mój życiorys naukowy*, op. cit., s. 563.

²⁵ AGUMed AoTK, nr 268/50, *Życiorys* z 1956 r., s. 8.

Uniwersytet Lwowski był jedną z największych i najbardziej zasłużonych placówek naukowych odrodzonej Polski²⁶. W okresie międzywojennym wszechnica lwowska promieniowała na cały kraj, pracowało w niej wielu znakomitych uczonych, działały tu i wywodziły się z niej liczne wybitne szkoły naukowe: filozoficzna, matematyczna, antropologiczna, geograficzna i in. Niestety, uniwersytet dzielił wszystkie dramatyczne koleje losu Lwowa i Kresów Wschodnich. W okresie międzywojennym, w apogeum jego działalności naukowej i kulturotwórczej, także tu ujawniały się konflikty na tle narodowościowym: polsko-ukraińskie i polsko-żydowskie. Wydział Lekarski (utworzony w 1894 r.), stanowił liczący się ośrodek nauk lekarskich²⁷. Do wybitnych postaci, nie tylko okresu dwudziestolecia, należeli m. in. profesorowie kierujący poszczególnymi jednostkami uczelni: prof. Rudolf Weigl – Katedra Biologii Ogólnej, prof. Jakub Parnas – Katedra Chemii Lekarskiej, Franciszek Gröer – Katedra i Klinika Pediatria, Witold Ziembicki – Katedra Historii Medycyny, a także wiele innych osobowości.



Fot. 13. Uniwersytet Jana Kazimierza we Lwowie, obecnie Lwowski Uniwersytet Narodowy im. I. Franki (fot. S. Kosiedowski)



Fot. 14. Biblioteka uniwersytecka, okres międzywojenny (ZSK)

Tadeusz Kielanowski w swoich wspomnieniach w szczególny sposób przywołuje kilku wyjątkowych profesorów, z którymi miał bezpośredni kontakt: prof. Franciszka Gröera – doskonałego specjalistę i wykładowcę, artystę i muzyka, a zarazem oryginała; prof. Kazimierza Bocheńskiego – wyjątkowego nauczyciela akademickiego, prof. Jakuba Parnasa – wybitnego biochemika a jednocześnie wielkiego znawcę zabytków Lwowa, prof. Włodzimierza Kłoskowskiego – farmakologa, a także prof. Adolfa Becka – fizjologa.

²⁶ Zob. J. Draus, *Uniwersytet Jana Kazimierza we Lwowie 1918-1946. Portret kresowej uczelni*, Kraków 2006, s. 13-19.

²⁷ Ibidem, s. 38-39.

Dzięki zdolnościom i umiejętności systematycznej pracy doskonale radził sobie z opanowaniem materiału z zakresu nauk lekarskich. Z egzaminów uzyskiwał najwyższe noty. Jednym z potknięć był egzamin z interny u prof. Renckiego – gdzie dopiero w drugim terminie otrzymał ocenę dostateczną²⁸; egzamin ten w wielu studentach wzbudzał silne emocje i obawy. Grupa studencka, do której należał od I roku skupiała bardzo dobrych studentów i zaliczała egzaminy w pierwszych terminach. Z tego zespołu, poza Tadeuszem Kielanowskim, cztery osoby uzyskały tytuł profesora²⁹: Edward Grzegorzewski, Wiesław Hołobut, Bolesław Popielski³⁰, Bolesław Jałowy. Jednoczyły ich nie tylko sprawy studenckie,



Fot. 15. Tadeusz Kielanowski z grupą studencką – drugi z lewej w górnym rzędzie. Pierwszy rok studiów medycznych (ZRK)



Fot. 16. Pierwsza sekcja zwłok. T. Kielanowski – pierwszy z lewej (ZRK)

ale również przyjaźń. Najserdeczniejsze więzy łączyły Kielanowskiego z Bolesławem Jałowym, który już w wieku 29 lat został profesorem na UJK i był światowym autorytetem w dziedzinie histologii (zginął w 1943 r., zastrzelony przez ukraińskiego nacjonalistę).

Światopoglądowe i polityczne oblicze kadry uniwersyteckiej było co prawda zróżnicowane, jednakże zdominowane przez sympatyków i działaczy endecji, a po przewrocie majowym w 1926 r., równoważone przez ugrupowania sanacyjne. Podobnie wśród zróżnicowanej ideowo polskiej młodzieży, która należała do różnych młodzieżowych organizacji, dominowała Młodzież Wszechpolska, będąca przybudówką Stronnictwa Narodowego i z czasem głosząca coraz bardziej skrajne, nacjonalistyczne poglądy³¹. Opowiadała się także za bojkotem studentów pochodzenia żydowskiego i ograniczeniem ich dostępu do studiów wyższych (*numerus clausus*) bądź całkowitym usunięciem ich z uczelni (*numerus nullus*).

²⁸ Ibidem, s. 70.

²⁹ Ibidem, s. 53.

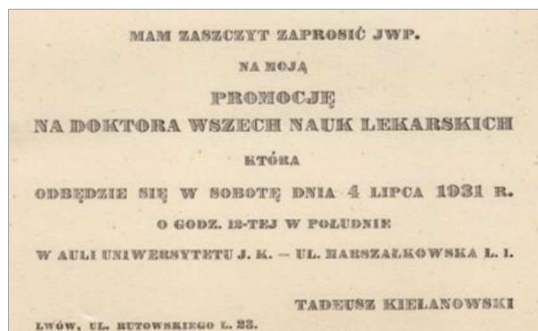
³⁰ Bolesław Popielski (1907-1997) wybitny specjalista medycyny sądowej. W 1939 został docentem medycyny sądowej na UJK. Po II wojnie światowej znalazł się we Wrocławiu; od 1956 był profesorem zwyczajnym medycyny sądowej na tamtejszej akademii medycznej. Był autorem m.in. następujących prac: *Sądowo-lekarska sekcja zwłok*, *Zagadnienia lekarskie w ustawodawstwie polskim*, *Orzecznictwo lekarskie i zagadnienia prawne w wenerologii*, *Zagadnienia prawne w medycynie*, *Medycyna i prawo*, *Orzecznictwo lekarskie*. Za: A. Śródka, *Uczni polscy XIX i XX stulecia*, tom V. Suplement, Warszawa 2002.

³¹ J. Draus, op. cit., s. 49.

Stowarzyszeniami typowo studenckimi były wtedy tzw. korporacje akademickie, kluby o określonych ideałach i etykietce, zrzeszające studentów i absolwentów. Polskie, różniły się od innych europejskich korporacji nawiązywaniem do tradycji Filomatów i Filaretów oraz tradycji niepodległościowej – w ich szeregach przyjmowani byli tylko Polacy. Faktyczny jednak ich obraz odbiegał od zakładanych ideałów; olbrzymi wpływ miała na nie Młodzież



Fot. 17. Zaświadczenie o pełnieniu funkcji przewodniczącego Towarzystwa Wzajemnej Pomocy Medyków – z 20 kwietnia 1928 r. (ZRK)



Fot. 18. Zaproszenie na promocję doktorską (ZRK)

Wszepolska. Tadeusz Kielanowski dystansował się wobec korporacji, mimo że miał wielu przyjaciół w nich działających, nie należał też do żadnej organizacji politycznej – czemu pozostał wierny w swoim dalszym życiu. Zarówno Paryż, jak i Lwów jego młodości, miały wiele kultur, nauczyły go szacunku dla różnych tradycji i tolerancyjnej postawy wobec przekonań światopoglądowych i religijnych. Zdecydowanie nie akceptował wielu zjawisk w życiu akademickim, szczególnie wzrastającego antysemityzmu i działań korporacji i w związku z tym przez wielu był uważany za lewicującego liberała.

W trakcie studiów angażował się w działania studenckiej Bratniej Pomocy, na Wydziale Lekarskim nazywającej się Towarzystwem Wzajemnej Pomocy Medyków i na



Fot. 19. Dyplom doktora wszech nauk lekarskich (AGUMed)

trzecim roku, w styczniu 1928 r., został wybrany jej prezesem (rok wcześniej pełnił funkcję wiceprezesa)³². Zakres działań bratniej pomocy był bardzo obszerny i dotyczył między innymi administracji domów akademickich, stołówki, prowadzenia kasy zapomogowej, wydawania skryptów. Będąc prezesem medycznego „bratniaka” został tym samym

³² T. Kielanowski, *Prawie cały...*, op. cit., s. 57.

członkiem Senackiej Komisji Zdrowia Młodzieży Akademickiej³³, której przewodniczył prof. Henryk Halban³⁴, bardzo zasłużony przyjaciel młodzieży. Uczestniczenie w pracach tej komisji da Kielanowskiemu doskonałe rozeznanie w sytuacji zdrowotnej młodzieży akademickiej, gdzie główny problem stanowiła gruźlica; co piąta osoba przyjęta na studia nie kończyła ich z powodu tej choroby. Już wtedy prof. Halban wysunął projekt stworzenia osobnego domu akademickiego dla łżej chorych na gruźlicę, chcących i mogących kontynuować studia. Jednakże idea ta nie znalazła początkowo zrozumienia, ale Halban uparcie dążył do realizacji swojej myśli. Te doświadczenia będą istotnym motywem późniejszego wyboru specjalizacji Kielanowskiego.

³³ Ibidem, s. 58.

³⁴ Henryk Halban (1870-1933) – lekarz neurolog, psychiatra. Ukończył studia medyczne na Uniwersytecie Jagiellońskim, kontynuował je w Wiedniu. W 1905 został profesorem neurologii i psychiatrii Uniwersytetu Lwowskiego. Był trzykrotnie dziekanem Wydziału Lekarskiego UJK, zaś w 1933 został wybrany rektorem UJK. Nie objął tego urzędu z powodu ciężkiej choroby.

2. Pierwsze lata pracy

We wrześniu 1931 r. Tadeusz Kielanowski rozpoczął półroczny staż w szpitalu na żeńskim oddziale wewnętrznym prowadzonym przez dr Witolda Ziembickiego³⁵, z przydziałem na salę gruźliczą. Te pierwsze szpitalne doświadczenia tak wspomina: „Bolesnie przeżywałem śmierć młodych pacjentów na gruźlicę prosówkową, albo tak zwane wtedy suchoty galopujące; byłem pełny pomysłów terapeutycznych i badawczych, ale atmosfera szpitalna nie sprzyjała nawet dyskusji nad nimi. Ordynator zajmował się historią medycyny i wpadał na oddział najwyżej raz na tydzień [...] Zgnębiony, zbuntowany, szukałem innych bogów i dowiedziałem się, że jest wolny etat asystenta anatomii patologicznej. [...] Rozpocząłem więc pracę na stanowisku może niewymarzonym, ale interesującym i miałem spędzić w Zakładzie dobrych i mniej dobrych lat sześć”³⁶. Tak więc jesienią tegoż roku zostaje asystentem w Zakładzie Anatomii Patologicznej³⁷, kierowanym przez prof. Witolda Nowickiego. Udział w krakowskim zjeździe



Fot. 20. Zaświadczenie potwierdzające uprawnienia wykonywania praktyki lekarskiej (ZRK)

przeciwgruźliczym, na którym poznał wielu fizjatrów, doświadczenia z okresu stażu i te wcześniejsze, z senackiej komisji zdrowia, zdecydowały o poświęceniu się problematyce gruźlicy. W tym zakładzie prowadzi badania z zakresu anatomopatologii i kliniki gruźlicy płuc oparte na bogatym materiale sekcyjnym. Wykonuje badania doświadczalne na królikach, mając na celu wyjaśnienie mechanizmu krwawień w uczuleniach krwotocznych – tzw. zjawisko Schwartzmana. W 1933 r. publikuje pierwsze prace dotyczące zjawiska Schwartzmana³⁸, ogłoszone po francusku i niemiecku cieszące się wielkim uznaniem. Omawiał je w swojej monografii sam Gregory Schwartzman, a w latach 60. Hans Selye, twórca nauki o stresie. Staną się one później podstawą habilitacji Tadeusza Kielanowskiego.

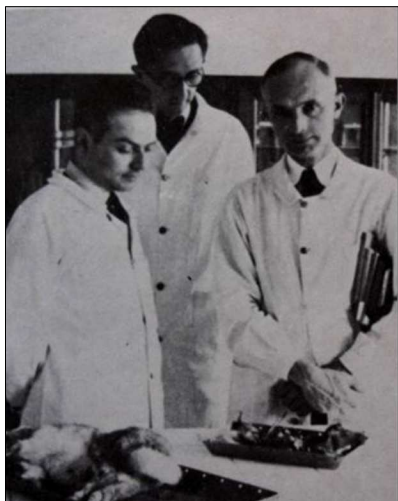
³⁵ Witold Ziembicki (1874-1950) – lekarz internista, historyk medycyny. Studiował w Krakowie, Lwowie, Zurichu i Strasburgu. Doktorat i habilitację uzyskał na Uniwersytecie Lwowskim. Prymariusz Oddziału Wewnętrznego (1910-1935) i dyrektor (1918-1919) Szpitala Powszechnego we Lwowie. Od 1934 profesor i kierownik Katedry Historii i Filozofii Medycyny UJK. Po wojnie najpierw wykładał w Krakowie na UJ, a od 1946 r. był profesorem i kierownikiem Katedry Historii i Filozofii Medycyny na Uniwersytecie i Politechnice we Wrocławiu. Za: J. Draus, *Uniwersytet Jana Kazimierza we Lwowie 1918-1946*, op. cit.

³⁶ T. Kielanowski, *Mój życiorys naukowy*, op. cit., s.565.

³⁷ AGUMed AoTK, nr 269/50, Ankieta personalna, s. 5.

³⁸ *Etudé histologique de la réaction hémorragique de Schwartzman*, C. R. Soc. Biol. 1933, 85, 648-650.

Kielanowski, już jako autor kilkunastu publikacji, otrzymał stypendium Funduszu Kultury Narodowej na roczny pobyt za granicą. Najpierw, jesienią 1935 r., przebywał w Berlinie w Instytucie Anatomii Patologicznej, którego twórcą był wybitny uczoney XIX wieku – Rudolf Virchow, a podczas pobytu Kielanowskiego kierował nim świetny badacz prof. Robert Roessle. Następnie, z początkiem 1936 r., wyjechał do pracy w Zakładzie Anatomii Patologicznej w Dusseldorfie prof. Paula Huebschmanna – autora cenionych prac



Fot. 21. Tadeusz Kielanowski z prof. F. van Deinse i dr. E. Loukidisem w Instytucie Pasteura (ZRK)

z zakresu patologii gruźlicy. „Poza kontaktami z profesorem naukowo w Zakładzie niewiele korzystałem – wspomina ten pobyt – bo jak tylko profesor Zakład opuszczał, niemieccy asystenci zdejmowali kitle i pozostawiali w swoich mundurach SA, które większość nosiła na co dzień, rajcowali i rozchodzili się”³⁹. W związku z narastającą falą nazizmu skrócił swój pobyt w Niemczech i kontynuował stypendium w Laboratorium Gruźlicy Eksperymentalnej Instytutu Pasteura w Paryżu u prof. Frédéric van Deinse’a i prof. André Guérina, współodkrywcy szczepionki BCG. W Instytucie, wspólnie z Ewangelosem Loukidisem, zajmował się zagadnieniem bakteriemii gruźliczej u królików zakażonych dożylnie prątkiem typu ptasiego. Znaczącą pracę na temat ogłosił po francusku i po polsku⁴⁰.

Korzystając z pobytu w Instytucie Pasteura, bywał w innych pracowniach zajmujących się odmienną problematyką, gdzie poznawał wielu interesujących uczonych. W Collège de France uczestniczył w cyklu wykładów profesora chirurgii René Leriche’a, jednego z twórców chirurgii bólu. Na zawsze pozostał pod ich wrażeniem: „Od czasów Leriche’a rozwinęła się farmakologia walki z bólem i zmieniło się chirurgiczne leczenie bólu, ale istnieje czasem wśród lekarzy coś w rodzaju obserwacji bólu zamiast zwalczania bólu. Postawy takiej nie tolerował Leriche i pod tym względem byłem przez całe życie jego wiernym uczniem jako klinicysta i nauczyciel akademicki”⁴¹.

Z podróży naukowej Kielanowski wrócił do Lwowa latem 1936 r., zdobywszy ogromny bagaż nowych doświadczeń dotyczących pracy naukowej i jej organizacji. Praca w zakładzie prof. Witolda Nowickiego nie dawała mu już właściwej satysfakcji, tym bardziej, że pragnął poświęcić się praktyce klinicznej. W nienajlepszej atmosferze 31 sierpnia 1937 r. pożegnał się z Zakładem Anatomii Patologicznej⁴².

³⁹ T. Kielanowski, *Mój życiorys naukowy*, op. cit., s.568.

⁴⁰ Praca napisana wspólnie z E. Loukidisem: *Badania porównawcze bacylemii gruźliczej u uodpornionych i nieuodpornionych królików*, „Polska Gazeta Lekarska” 1936, nr 44; w języku francuskim: *Etude comparative de la sépticémie a bacilles tuberculeus avaire ches le lapin immunisé le lapin non immunize*, C. R. Soc. Biol., 1936, 122, 88.

⁴¹ T. Kielanowski, *Mój życiorys naukowy*, op. cit., s. 570.

⁴² AGUMed AoTK, nr 269/50, Ankieta personalna, s. 5.

Zgodnie z wcześniejszymi zamierzeniami przeniósł się do II Kliniki Chorób Wewnętrznych prof. Romana Renckiego. Z braku wolnych etatów od 1 września 1937 r.⁴³ został zatrudniony na stanowisku asystenta tytularnego (bez wynagrodzenia) i rozpoczął



Fot. 22. Fotografia Tadeusza Kielanowskiego z 1938 r. (ZRK)

specjalizację z ftyzjatrii. Oddział gruźliczy w klinice prowadził adiunkt dr Stanisław Hornung, z którym przez wiele lat będzie współpracował. Oddział ten, zlokalizowany na III piętrze kliniki, nadbudowany został kilka lat wcześniej i wyposażony za prywatne pieniądze profesora Renckiego – wybitnego internistę, człowieka o nietuzinkowej osobowości, fundatora wielu przedsięwzięć, również stypendiów dla zdolnych studentów, ale w opinii Kielanowskiego – jednocześnie oschłego i o trudnym i charakterze⁴⁴. „W klinice leczylimy chorych ze sztuczną odmą – pisał Kielanowski – bezwartościowymi, niestety, bo innych nie było, lekami, uzupełnianiem odmy niedoskonałej, przepalaniem zrostów oraz torakoplastyką, ciężkim zabiegiem, który wykonywał na chirurgii docent Wiktor Bross. Wszystkie te metody, razem wzięte niewiele były warte, ale lepszych nie było, nie istniały”⁴⁵.

Kiedy podejmował decyzję o podjęciu pracy w klinice otrzymał jednocześnie propozycję kierowania domem akademickim dla chorych na gruźlicę, zwanym domem posanatoryjnym (lub też Domem C). Dzięki inicjatywie zapoczątkowanej przez prof. Henryka Halbana, który konsekwentnie dążył do jej realizacji i, dzięki pomocy dr Stanisława Hornunga, urzeczywistnił ją, w 1934 r. dom zaczął funkcjonować. Przyjęcie tej propozycji zapoczątkuje ważny etap życia Tadeusza Kielanowskiego – doprowadzi tę ideę do końca i rozpropaguje ją za granicą.

Z ogromnym zapałem oddał się tworzeniu ram organizacyjnych, regulaminów, zasad funkcjonowania i leczenia chorującej młodzieży akademickiej; w ten sposób tworzył zręby nowej formy opieki zdrowotnej – półsanatorium (otwarte sanatorium) przeciwgruźlicze. Studenci, dzięki pobytowi i leczeniu w nim, nie musieli przerywać nauki i rezygnować ze studiów. „Pacjentów obowiązywał regulamin, wymagający punktualnej obecności na trzech obfitych i znakomitych posiłkach, leżenia przez dwie godziny po obiedzie w pokojach (dwu- i trzyosobowych) przy otwartych oknach, gaszenia świateł wieczorem o dziesiątej i – oczywiście – pedantycznego stosowania się do zaleceń lekarskich, a więc terminowych badań, dopełnień odmy, przyjmowania leków itd. Poza tym mieli obowiązek normalnego studiowania i rzeczywiście normalnie albo nawet lepiej niż normalnie studiowali”⁴⁶.

⁴³ Ibidem.

⁴⁴ T. Kielanowski, *Mój życiorys naukowy*, op. cit., s. 571.

⁴⁵ T. Kielanowski, *Prawie cały...*, op. cit., s. 104.

⁴⁶ T. Kielanowski, *Mój życiorys naukowy*, op. cit., s. 571.

Osiągnięcia tego pierwszego w świecie otwartego sanatorium Kielanowski, w maju 1939 r., zaprezentował w Zurychu na międzynarodowej konferencji poświęconej zdrowiu młodzieży akademickiej⁴⁷. Idea ta spotkała się z ogromnym zainteresowaniem, a referat opublikowano także we Francji, gdzie na wzór lwowskiego sanatorium zaczęto tworzyć podobne jednostki w większości ośrodków akademickich. Do jej upowszechnienia przyczyni się dr Daniel Douady, wtedy dyrektor sanatorium we francuskich Alpach, z którym w okresie gdańskim prof. Kielanowski będzie wielokrotnie współpracował.

W ostatnich latach przed wojną zajmował się także walką z gruźlicą na wsi, współpracując z ruchomą kolumną przeciwgruźliczą, tworząc i prowadząc wiejski ośrodek zdrowia w Kłodnie pod Lwowem⁴⁸.

⁴⁷ T. Kielanowski, *Prawie cały...*, op. cit., s. 110.

⁴⁸ Archiwum Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Akta Osobowe Tadeusza Kielanowskiego, nr 9/A, (dalej jako AUML AoTK), Dane o pracy społecznej i politycznej, s. 15.

3. W okupowanym Lwowie

Wybuch II wojny światowej otwiera kolejny dramatyczny etap losów Lwowa i jego mieszkańców. Okres wojny Tadeusz Kielanowski przeżył we Lwowie; zrezygnował z możliwości wyjazdu w pierwszych dniach września do Szwajcarii spodziewając się jednocześnie mobilizacji w szeregi Wojska Polskiego. Już 1 września nad Lwowem pojawiły się niemieckie bombowce, a 12 września wojska niemieckie wdzierały się na przedpola miasta, odpierane, po zaciętych walkach, przez polskie oddziały⁴⁹. 20 września, trzy dni po agresji ZSRR, od wschodniej strony podeszła pod Lwów Armia Czerwona. Miasto zostało otoczone przez siły dwóch okupantów. Na mocy wcześniejszych tajnych porozumień niemiecko-sowieckich wojska III Rzeszy wycofały się do linii Sanu. 22 września Lwów znalazł się pod okupacją Związku Radzieckiego. Od pierwszych dni władzę w mieście przejęły organy NKWD, obok których stopniowo tworzone nową administrację cywilną. Rozpoczął się okres nowych, radzieckich porządków i depolonizacji różnych instytucji. Uniwersytet Jana Kazimierza rozpoczął, co prawda swoją działalność, ale już w połowie października Komitet Centralny Komunistycznej Partii (bolszewików) Ukrainy, KP(b)U, mianował rektorem Michaiła Marczenkę (w momencie obejmowania funkcji nie posiadał żadnego stopnia naukowego) i rozpoczęły się prace nad przebudową struktury organizacyjnej i programów studiów; Uniwersytetowi nadano imię Iwana Franko.

Z 1 grudnia 1939 r. z uniwersytetu wyłączono Wydział Lekarski i Farmaceutyczny, tworząc, stosownie do wzoru sowieckiego, Państwowy Instytut Medyczny⁵⁰ (tzw. Medinstytut); zachowano jednak na swoich stanowiskach wielu pracowników naukowych. Jego dyrektorem mianowano dr. Anatolija Makarczenkę z Moskwy, a dziekanem (wydziału lekarskiego) został przyjaciel Kielanowskiego – prof. Bolesław Jałowy, który był dobrym organizatorem i opiekunem polskiej kadry naukowej (niejednokrotnie chronił polskich lekarzy przed nakazami pracy i zsyłką na wieś oraz potrafił wygaszać pojawiające się napięcia pomiędzy polskimi lekarzami a ukraińskimi i władzą radziecką)⁵¹.

Pólsanatorium dla studentów chorych na gruźlicę uległo stopniowej likwidacji, stając się na pewien czas szpitalem. W okresie władzy radzieckiej Kielanowski pozostał asystentem („ordynatorem szpitalnym”) oddziału gruźliczego Fakuldeckiej Kliniki Chorób Wewnętrznych Medinstytutu we Lwowie; oddziałem kierował w dalszym ciągu dr Stanisław Hornung. Działalność pracowników właściwie ograniczała się do praktyki klinicznej: „w zasadzie obowiązywała nas praca naukowa, ale w praktyce nie było po temu nastroju; w świecie toczyła się wojna i tylko o niej potrafiliśmy myśleć i dyskutować po wykonaniu podstawowej pracy rozpoznawczej i leczniczej”⁵² – wspominał.

⁴⁹ Zob. L. Podhorecki, *Dzieje Lwowa*, Warszawa 1993, s. 205 nast.

⁵⁰ J. Draus, *Uniwersytet Jana Kazimierza we Lwowie 1918-1946. Portret kresowej uczelni*, Kraków 2006, s. 77.

⁵¹ T. Kielanowski, *Z okupowanego Lwowa*, „Przegląd Lekarski” 1971, nr 1, s. 109.

⁵² T. Kielanowski, *Mój życiorys naukowy*, op. cit., s. 573.



Fot. 23. Legitymacja członka Izby Zdrowia, Lwów 1942 r. (ZRK)

tworzenia Instytutu Gruźlicy⁵³. Nakazy nie doszły do skutku w wielu przypadkach dzięki interwencjom dziekana Bolesława Jałowego.

22 czerwca 1941 r. Niemcy zaatakowały dotychczasowego sojusznika – Związek Radziecki i od końca tego miesiąca we Lwowie rozpoczął się dramat okupacji hitlerowskiej, wspieranej przez nacjonalistów ukraińskich, którym pozwolono na kilka dni utworzyć nawet własny rząd. Za szczególnie niebezpieczną dla interesów niemieckich, obok Żydów i komunistów, została uznana inteligencja polska. Hitlerowski terror ujawnił się już w nocy z 3 na 4 lipca 1941 r., kiedy aresztowano 22 profesorów lwowskich uczelni (wraz z członkami rodziny lub współmieszkańcami – łącznie 40 osób), rozstrzelano ich nad ranem na Wzgórzach Weluckich⁵⁴. Zginęło wtedy 13 profesorów i docentów medycyny. Tego samego dnia zamknięto Instytut Medycyny (dawny Wydział Lekarski) wraz z całym uniwersytetem; kliniki przejęli Niemcy dla rannych żołnierzy Wehrmachtu.



Fot. 24. Tablica upamiętniająca mord na polskich profesorach na Wzgórzach Weluckich. Powyżej widocznej na zdjęciu tablicy znajduje się napis: „W tym miejscu 4 lipca 1941 r. hitlerowcy oprawcy rozstrzelali polskich profesorów lwowskich uczelni i członków ich rodzin” (fot. S. Kosiedowski)

⁵³ T. Kielanowski, *Prawie cały...*, op. cit., s. 125.

⁵⁴ J. Draus, *Uniwersytet Jana Kazimierza we Lwowie 1918-1946*, op. cit., s. 110 nast.

Na miejski szpital przeciwgruźliczy, gdzie będzie kontynuował pracę Kielanowski, przeznaczono budynek przy ul. Teatyńskiej 1, będący wcześniej więzieniem dla nieletnich, a pierwotnie Zakładem dla Nieuleczalnych im. św. Wincentego à Paulo⁵⁵. Stary obiekt miał ogromne sale, w których mieściło się po kilkadziesiąt łóżek. Wyższe stanowiska powierzano z reguły nacjonalistom ukraińskim współpracującym z okupantem, ale Kielanowski we wspomnieniach podkreśla też dobrą współpracę i stosunki z wieloma lekarzami ukraińskimi: „Dyrektorem szpitala został nieprzyjemny lekarz z Trembowli, dr Tomasz W., nie odzywający się nigdy ani słowem po polsku; w roku 1943 mianowano go lekarzem Ukraińskiej Dywizji SS-Galizien i wtedy odetchnęliśmy z ulgą, bo nowym dyrektorem został przezacny kolega dr Grzegorz Czemersy, mówiący równie dobrze i równie chętnie po polsku i po ukraińsku, człowiek wolny od wszelkich nienawiści, przede wszystkim lekarz”⁵⁶. Jako, że pierwszy dyrektor nie miał pojęcia o fizjatrii, to w zasadzie dr Hornung zarządzał całością, a Kielanowski pełnił funkcję pierwszego adiunkta (Oberarzt)⁵⁷; w szpitalu tym spędzi cały okres hitlerowskiej okupacji, tj. do lipca 1944 r.

Podjeżdża wtedy również praktykę prywatną, wynajmując salon w kamienicy znajdującej się w bardzo dobrym punkcie miasta. Prywatna ordynacja przynosiła wynagrodzenie m.in. w postaci żywności, co umożliwiała przeżycie w tym trudnym czasie. Ale kamienica ta będzie także miejscem różnych działań konspiracyjnych wielu osób; tu m. in. kolportowano nielegalną polską prasę.

Kielanowski został członkiem Związku Walki Zbrojnej wkrótce po wkroczeniu Niemców do miasta, a po przemianowaniu związku na Armię Krajową został zaprzysiężony w jej szeregach pod pseudonimem „Kolek” i „Profesor”⁵⁸. Prowadził m. in. tajne szkolenie pielęgniarzek, a prywatny gabinet lekarski był punktem przerzutowym środków opatrunkowych przeznaczonych dla partyzantów – często sam je roznosił w umówione miejsca. (W 1943 r. na pewien czas musiał opuścić Lwów w związku z grożącym mu niebezpieczeństwem.) Jego konspiracyjna działalność miała też inny wymiar. Zamiłowanie do muzyki i kontakty z muzykującymi kolegami zaowocowały organizacją tajnych koncertów⁵⁹ muzyki poważnej, które odbywały się w jego wynajętym gabinecie-salonie. Poza stałym składem występowało tu wielu utalentowanych muzyków, wybitnych później artystów, m. in.: Stanisław Skrowaczewski – pianista i kompozytor, po wojnie znany jako światowej sławy dyrygent, Henryk Statkiewicz – skrzypek, po wojnie profesor konserwatorium w Bydgoszczy, Jerzy Broszkiewicz – pianista a później wybitny pisarz, śpiewacy – Władysław Malczewski, Andrzej Hiolski. Sam także grał na skrzypcach w czasie niektórych wieczorów. Koncerty odbywały się cyklicznie, co srode w okresie od jesieni 1943 r. do później wiosny 1944 r.

⁵⁵ T. Kielanowski, *Z okupowanego Lwowa*, op. cit., s. 109.

⁵⁶ T. Kielanowski, *Mój życiorys naukowy*, op. cit., s. 573.

⁵⁷ Ibidem.

⁵⁸ T. Kielanowski, *Prawie cały...*, op. cit., s. 138.

⁵⁹ T. Kielanowski, *Z okupowanego Lwowa*, op. cit., s. 112.

Niemiecka okupacja trwała trzy lata. W lipcu 1944 r. zbliżająca się do Lwowa Armia Czerwona poderwała do walki lwowskie oddziały Armii Krajowej, które w ramach akcji „Burza” wspierały wojska radzieckie⁶⁰. 27 lipca miasto było wolne od Niemców i nad budynkami użyteczności publicznej zawisły biało-czerwone flagi – na krótko... Sytuacja w mieście szybko wracała do stanu z okresu władzy radzieckiej. Front przesuwał się szybko na zachód, a Tadeusz Kielanowski otrzymał nakaz stawienia się do pracy w charakterze lekarza komisji poborowej. Wkrótce, 27 września, sam otrzymał wezwanie mobilizacyjne z przydziałem do wojska polskiego w Lublinie. Odmówił reklamowania ze służby przez odradzający się radziecki Instytut Medyczny i na zawsze opuścił rodzinny Lwów. Mocą postanowień jałtańskich kilka miesięcy później ziemia czerwieńska z Lwowem znalazły się w obszarze terytorium ZSRR.

⁶⁰ Zob. L. Podhorecki, *Dzieje Lwowa*, op. cit., s. 241 nast.

4. W powojennym Lublinie

Tadeusz Kielanowski na podstawie rozkazu mobilizacyjnego 2 października stawił się w Lublinie, wyzwolonym 24 lipca 1944 r. przez radzieckie jednostki przy współdziałaniu AL i AK. Otrzymał przydział na stanowisko szefa służby zdrowia do Centralnej Szkoły Oficerów Polityczno-Wychowawczych. Pełnił tę funkcję do listopada 1944 r., prowadząc opiekę lekarską i sanitarną. Potem został oddelegowany do Frontowego Punktu Ewakuacyjnego nr 8 i awansowany do stopnia majora. Służba w tej jednostce wiązała się m. in. z wizytowaniem wojskowych szpitali na tyłach frontu⁶¹.

Pierwsze wrażenia z pobytu w Lublinie wspomina następująco: „Mrowisko. Miasto przeludnione ponad wszelkie wyobrażenie. Na ulicach tłumy ludzi, nędznie ubrani cywile, wśród nich niejeden, który pod podartym płaszczem nosi jeszcze pasiak z Majdanka. Mnóstwo



Fot. 25. Lublin 1945 r. –Tadeusz Kielanowski w mundurze oficera Wojska Polskiego (ZRK)

żołnierzy polskich, radzieckich, a także francuskich, angielskich i amerykańskich, uwolnionych z obozów jenieckich. Front tuż, nad Wisłą, ale mimo że my, umundurowani, bywamy tam często, jakoś mało nas sprawy frontowe niepokoją. Wynik wojny uważamy za przesądzony, budujemy więc Polskę. Wszystko wydaje się nam tak łatwe, jak beznadziejnie trudne jest w rzeczywistości. [...] Optymizm był konieczny i w coś trzeba było wierzyć tej lubelskiej jesieni 1944, bo było chłodno i głodno i nie zawsze bezpiecznie...”⁶². Poczucie braku bezpieczeństwa wiązało się nie tylko z bliskością frontu, ale także okazywaną czasem niechęcią mieszkańców miasta; dla niektórych byli przedstawicielami niechcianej władzy, a czasami wręcz uważani byli za Rosjan w polskich mundurach.

Lublin – największe miasto na wyzwolonych przez Armię Czerwoną spod niemieckiej okupacji terenach – stał się od 1 sierpnia siedzibą prosowieckiego tymczasowego organu władzy wykonawczej w Rzeczypospolitej Polskiej – Polskiego Komitetu Wyzwolenia Narodowego. PKWN, powołany 21 lipca w Moskwie, z dużą skutecznością, prezentując się jako prawowita władza państwowa, rozpoczął organizację struktur powojennego Państwa Polskiego. Utrzymująca się przez kilka miesięcy linia frontu na prawym brzegu Wisły uczyniła z Lublina na pół roku stolicę nowego państwa polskiego. Niezwykle ważnym elementem działań PKWN była organizacja kształcenia i wychowania, co z jednej strony było potrzebą chwili; z drugiej – dawało szansę na wykształcenie nowego pokolenia młodzieży o „właściwej” formacji światopoglądowej.

⁶¹ T. Kielanowski, *Prawie cały...*, op. cit., s. 177; por.: T. Kielanowski, *Wspomnienia z pierwszych lat budowy Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej*, „Kwartalnik Historii Nauki i Techniki” 1982, nr 3/4, s. 600.

⁶² T. Kielanowski, *Rok akademzachoński 1944/1945*, „Służba Zdrowia” 1964, nr 18, s. 4.

W resorcie oświaty PKWN utworzono Wydział Szkół Wyższych pod kierownictwem prof. dr. Henryka Raabego⁶³, przedwojennego członka PPS, którego priorytetowym zadaniem stało się zorganizowanie państwowej szkoły wyższej. Wynikało to zarówno z politycznych zamierzeń PKWN, jak i rzeczywistego ogromnego zapotrzebowania na wykwalifikowane kadry z wyższym wykształceniem, w tym przede wszystkim lekarzy. Już od 1 września w gazecie „Rzeczpospolita” zaczął ukazywać się apel prof. Raabego o zgłaszanie i rejestrowanie się pracowników naukowych, którzy znaleźli się w Lublinie. 18 września przesłał do odpowiednich resortów memoriał w sprawie utworzenia uczelni wyższej – Akademii Medycyny i Nauk Przyrodniczych⁶⁴. Wobec oficjalnego wznowienia, już w sierpniu, działalności Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego prof. Raabe nie myślał o tworzeniu konkurencyjnej uczelni, ale o szkole wyższej, kształcącej odpowiednie kadry zgodnie z potrzebami regionu. Komuniści z PPR widzieli tę sprawę trochę inaczej.

W połowie października 1944 r. Kielanowski spotkał się z dr. Edwardem Grzegorzewskim⁶⁵ – dawnym kolegą ze studiów, dyrektorem Departamentu Zdrowia przy ówczesnym MPOSiZ oraz współautorem koncepcji wydziału lekarskiego projektowanej uczelni. Dr Grzegorzewski zaproponował prowadzenie zajęć z patologii (jako jedynemu na tym terenie anatomopatologowi z doświadczeniem i dorobkiem naukowym) oraz współpracę przy organizacji studiów medycznych⁶⁶. Zapoczątkowało to kolejny etap w życiu Tadeusza Kielanowskiego. W Lublinie spotkał wielu innych lwowskich kolegów w mundurach Wojska

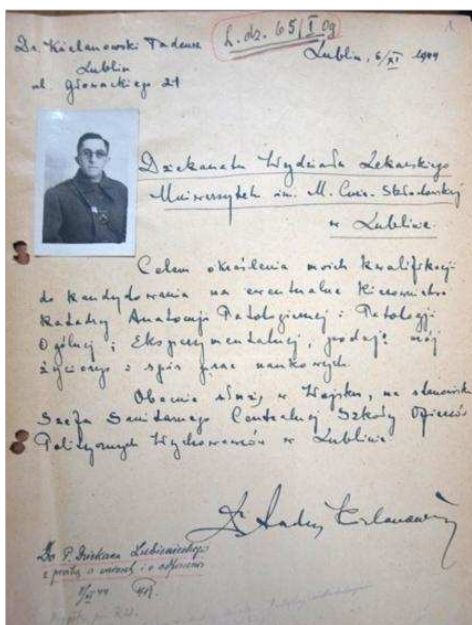
⁶³ Henryk Raabe (1882, Warszawa–1951, Lublin), polski lewicowy działacz polityczny i społeczny, wybitny zoolog. Od 1918 docent UJ w Krakowie, w latach 1939–1941 profesor uniwersytetu we Lwowie. W okresie 1944–1949 był organizatorem i pierwszym rektorem UMCS w Lublinie oraz profesorem zoologii. Opublikował prace naukowe z zakresu protozoologii i ewolucjonizmu. W 1903 r. został członkiem SDKPiL, od 1926 działaczem PPS. W latach: 1947–1950 poseł do Krajowej Rady Narodowej i poseł na sejm, 1945–1946 ambasador PRL w Moskwie. Był też wybitnym działaczem Związku Nauczycielstwa Polskiego. Za: *Słownik biograficzny miasta Lublina*, pod red. A. Witusika, Lublin 1993.

⁶⁴ J. Malarczyk, *Powstanie i rozwój Uniwersytetu*, [w:] *Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej 1944–1979*, Lublin 1979, s. 10. Projekty i pomysły były rozliczne i pochodziły z różnych środowisk: pracowników nauki, władz państwowych i władz Lublina. Rozważano myśl o utworzeniu Akademii Kultury Narodowej, projektowano powołanie Akademii Medycyny i Nauk Przyrodniczych, zastanawiano się nad koncepcją zorganizowania Wyższej Szkoły Rolniczej i Technicznej.

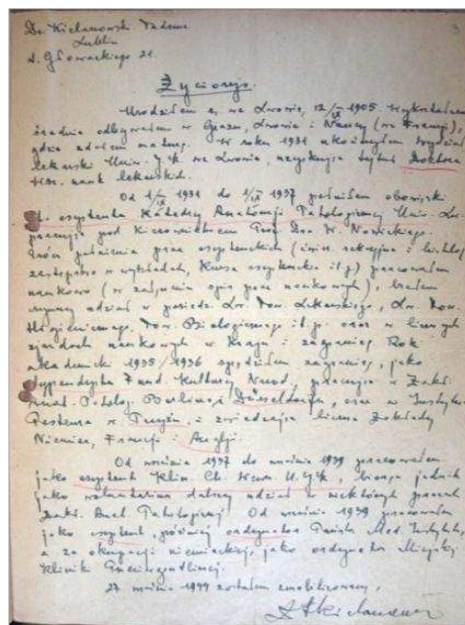
⁶⁵ Edward Grzegorzewski (1906, Tobolsk –1982, Baltimore) – ekspert i pracownik WHO, profesor higieny na wydziałach lekarskich wielu uniwersytetów. Studia medyczne odbywał we Lwowie, potem w Warszawie. W latach 1932–1934 przebywał na stypendium Fundacji Rockefellera w USA (Uniwersytet J. Hopkinsa w Baltimore). Po powrocie został kierownikiem Oddziału Higieny, Epidemiologii i Chorób Społecznych w Warszawie; w 1938 r. objął kierownictwo Oddziału Higieny Społecznej w PZH w Warszawie. W czasie okupacji kierował Wydziałem Zdrowia Zarządu Miejskiego w Warszawie, brał udział w tajnym nauczaniu, potem pracował w sanatorium w Otwocku. We wrześniu 1944 r. został dyrektorem Departamentu Zdrowia MPOSiZ, funkcję tę pełnił do kwietnia 1945 r. Jednocześnie brał udział w organizacji Wydziału Lekarskiego UMCS – od 1945 r. prof. nzw. higieny społecznej. W lipcu 1945 r. został mianowany pełnomocnikiem ministra zdrowia do spraw organizacji Akademii Lekarskiej w Gdańsku i pierwszym jej rektorem. Kierował Zakładem Higieny, w 1946 r. mianowany profesorem zwyczajnym. Brał udział w pracach organizacyjno-koncepcyjnych powstającej Światowej Organizacji Zdrowia (WHO); po jej powołaniu (7 IV 1948) został dyrektorem wydziału nadzoru, organizacji i szkolenia w zakresie higieny. Pozostał za granicą, pracował jako profesor higieny na różnych uniwersytetach w Stanach Zjednoczonych, w krajach Ameryki Południowej, Iranie, Libii i Izraelu. Za: Z. Machaliński, *Grzegorzewski Edward (1906–1982)*, [w:] *Ludzie Akademii Medycznej w Gdańsku*, pod red. Z. Machalińskiego, t. 2, Gdańsk 2004.

⁶⁶ T. Kielanowski, *Wspomnienia z pierwszych lat budowy Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej*, „Kwartalnik Historii Nauki i Techniki” 1982, nr 3/4, s. 600.

Polskiego i w autobiografii zapisze: „mimo przestróg podziemnych władz polskich, którym w czasie wojny podlegaliśmy, nikt z nas nie miał wątpliwości, że należy się brać natychmiast do pracy, każdy w swoim zawodzie i każdy w miarę swoich najlepszych możliwości”⁶⁷.



Fot. 26. Podanie o zatrudnienie na UMCS w Lublinie (AUML)



Fot. 27. Życiorys z 1944 r. (AUML)

O ostatecznym kształcie przyszłej uczelni zdecydowano na posiedzeniu PKWN 23 października 1944 r., podejmując uchwałę zatwierdzoną przez Prezydium KRN i wydając z tego samego dnia odpowiedni dekret⁶⁸ o powołaniu uniwersytetu z czterema wydziałami: lekarskim, przyrodniczym, rolnym i weterynaryjnym (w styczniu powołano wydział farmaceutyczny). Uczelni nadano imię Marii Curie-Skłodowskiej, a prof. Henryk Raabe został powołany na pierwszego rektora i organizatora szkoły.

24 października odbyło się zebranie organizacyjne Rady Wydziału Lekarskiego – dziekanem został prof. dr Jan H. Lubieniecki, wybitny internista, a prodziekanem dr E. Grzegorzewski⁶⁹. W zespole nauczycieli akademickich Wydziału Lekarskiego znaleźli się przedwojenni profesorowie i docenci⁷⁰: Ludwik Hirszfild⁷¹ – mianowany prorektorem UMCS,

⁶⁷ T. Kielanowski, *Mój życiorys naukowy*, op. cit., s.576.

⁶⁸ *Dekret o utworzeniu Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej*, Dz.U. 1944 , Nr 9, poz. 42.

⁶⁹ Grzegorzewski pełnił funkcję prodziekana do maja 1945 r. jednocześnie pracując nad projektem powołania uczelni medycznej w Gdańsku.

⁷⁰ T. Kielanowski, *Wspomnienia z pierwszych lat budowy ...*, op. cit., s. 602.

⁷¹ Ludwik Hirszfild (1884, Warszawa – 1954, Wrocław) – lekarz, bakteriolog i immunolog, twórca polskiej szkoły immunologicznej oraz dziedziny nauki – seroantropologii. Studiował medycynę w Würzburgu i Berlinie. W wieku 30 lat uzyskał habilitację za pracę nad zjawiskami odpornościowymi i krzepliwości krwi. Był asystentem w Instytucie Badań Raka w Heidelbergu oraz w Zakładzie Higieny uniwersytetu w Zurychu. W czasie I wojny światowej uczestniczył w zwalczaniu epidemii tyfusu plamistego na Syberii. Po odzyskaniu niepodległości współtworzył Państwowy Zakład Higieny w Warszawie. W 1926 habilitował się po drugi jako bakteriolog i immunolog. W czasie II wojny światowej przebywał w getcie warszawskim, dzięki przemycanej do getta szczepionce prof. Weigla, leczył chorych na tyfus. W 1942 r. uciekł z getta, ukrywając się pod zmienionym nazwiskiem. Po wyzwoleniu brał udział w tworzeniu UMCS w Lublinie. W 1945 podjął pracę na WL Uniwersytetu Wrocławskiego (pierwszy dziekan tego wydziału). W 1952 r. utworzył we Wrocławiu Instytut Immunologii i Terapii Doświadczalnej PAN. Do najważniejszych osiągnięć

Feliks Skubiszewski⁷², Sergiusz Schilling-Siengalewicz⁷³, Jakub Węgieńko⁷⁴. Także na zebraniach pozostałych wydziałów wyłoniono rady wydziałowe oraz dziekanów⁷⁵. Pierwsze ogólne zebranie profesorów i asystentów całej nowej uczelni miało miejsce 25 października. W posiedzeniu wziął udział kierownik resortu oświaty PKWN, dr S. Skrzeszewski. Zebranie to przeszło do historii uniwersytetu jako „zgrupowanie na beczkach”, gdyż przebiegało w jednej z remontowanych sal Gimnazjum im. S. Staszica, gdzie za fotele służyły deski położone na beczkach z cementem⁷⁶. Rozdzielono m. in. bardzo skromne pomieszczenia – kilkanaście sal i pokoi we wspomnianym gimnazjum – mniej więcej po trzy na każdy wydział. Ustalono też, że zapisy na studia będą przyjmowane od 1 listopada, a od 15 tego miesiąca mogą rozpocząć się zajęcia – faktycznie rozpoczęły się pod koniec roku i na początku 1945. Uroczysta inauguracja roku akademickiego miała miejsce dopiero 14 stycznia 1945 r. – przybył na nią prezydent Bolesław Bierut.

Ówczesne władze, mając na względzie dramatyczną sytuację zdrowotną w powojennej rzeczywistości i brak fachowych sił medycznych (liczba lekarzy w Polsce wynosiła wtedy ok.

naukowych należy praca nad grupami krwi, odkrył prawa dziedziczenia grupy krwi i wprowadził oznaczenie grup krwi przyjęte na całym świecie. Oznaczył również czynnik *Rh* i odkrył przyczynę konfliktu serologicznego. Za: *Biogramy uczonych polskich. Cz. 6. Nauki medyczne*, oprac. A. Śródka, Wrocław 1990.

⁷² Feliks Skubiszewski (1895, Czemierniki – 1981, Lublin) – wybitny chirurg, pierwszy rektor i patron Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Medycynę studiował na Wydziale Lekarskim w Moskwie. Od 1925 pracował w Klinice Chirurgii Uniwersytetu Poznańskiego (habilitacja 1931 r.). W czasie wojny - wysiedlony z Poznania – pracował w szpitalu w Puławach. W 1944 r. organizował i kierował następnie II Kliniką Chirurgiczną UMCS. Był dziekanem WL 1945/1946 UMCS oraz prorektorem – 1947/1948; prof. zwyczajny od 1948 r. W 1950 r. został mianowany pierwszym rektorem Akademii Lekarskiej w Lublinie (potem Akademii Medycznej). Za: A. Wróbel *Profesor Feliks Skubiszewski (1895-1981). Rektor Akademii Medycznej w Lublinie*, „Alma Mater” 1994, nr 4.

⁷³ Sergiusz Schilling-Siengalewicz (1886, Romanowo k. Lwowa – 1951, Poznań) – wybitny toksykolog i specjalista medycyny sądowej, kierownik Katedr Medycyny Sądowej w Wilnie, Lublinie i Poznaniu. Studiował medycynę na UJK. W latach 1915-1920 przebywał w niewoli rosyjskiej. Po zakończeniu I wojny światowej wrócił do Lwowa. Habilitował się w 1923 r. i objął Katedrę Medycyny Sądowej USB w Wilnie. Po wojnie organizował Katedrę Medycyny Sądowej w Lublinie, z końcem 1944 r. został powołany na stanowisko prof. zwyczajnego Uniwersytetu Poznańskiego. W 1948 r. utworzył Ośrodek Toksykologii Przemysłowej, pierwszy tego typu w Polsce, dający początek innym jednostkom, m. in. medycyny pracy. Siengalewicz wydał znaczące monografie, jak *Toksykologia* (I wyd. przed wojną, kolejne w 1947 r.) oraz *Zarys medycyny sądowej i toksykologii*. Kielanowski ocenił Siengalewicza, obok Jakuba Węgieńki, jako najbliskotliwszego i najdowcipniejszego, z kierowników katedr medycznych. Zob. L. Birn, *Nasi wykładowcy i mistrzowie. Sergiusz Schilling-Siengalewicz (1886-1951)* [w:] *Pierwszy powojenny rocznik studentów medycyny w Gdańsku 1945-1950*, opr. M.M. Żydowo, L. Birn, Gdańsk 2000.

⁷⁴ Jakub Węgieńko (1889, Warszawa – 1960, Warszawa) – polski diabetolog i internista żydowskiego pochodzenia, pionier w leczeniu cukrzycy. Studiował medycynę na Uniwersytecie w Zurychu, następnie na Uniwersytecie w Brnie. Lekarz Wojska Polskiego w latach 1918-1921. Od 1921 r. pracował w Klinice Chorób Wewnętrznych UW, habilitował się w 1934 r. W 1939 wyjechał do Lwowa i wstąpił do Armii Andersa. W 1943 rozpoczął pracę w Teheranie w szpitalu polskiej delegatury rządu londyńskiego. Po likwidacji szpitala w 1944 powrócił do Polski. W Lublinie organizował II Klinikę Chorób Wewnętrznych UMCS – w 1947 r. mianowany prof. zwyczajnym. W 1948 został powołany na stanowisko rektora nowej Akademii Lekarskiej w Szczecinie. Zorganizował i kierował Kliniką Chorób Wewnętrznych. W 1950 przeniósł się do AM w Warszawie, został kierownikiem III Kliniki Chorób Wewnętrznych i prorektorem. Był współtwórcą Sekcji Diabetologicznej Towarzystwa Internistów Polskich – obecnego Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Za: *Biogramy uczonych polskich. Cz. 6. Nauki medyczne*, op. cit.

⁷⁵ Dziekanem Wydziału Przyrodniczego został prof. Konstanty Strawiński, dziekanem Wydziału Rolnego został prof. Janusz Domaniewski, na Wydziale Weterynaryjnym obsadzono jedynie stanowisko prodziekana. Za: J. Malarczyk, *Powstanie i rozwój Uniwersytetu*, op. cit., s.16.

⁷⁶ J. Malarczyk, *Powstanie i rozwój Uniwersytetu*, op. cit., s. 34.

7 tys.), uznały, że wydział kształcący lekarzy musi być priorytetem lubelskiej uczelni. Jednakże brak odpowiedniej bazy lokalowej, jakichkolwiek pomocy naukowych i całej struktury organizacyjnej, a w przypadku wydziału lekarskiego – również zaplecza szpitalnego, wydawały się przeszkodami nie do pokonania i wymagał niezwyklej odwagi oraz wiary w powodzenie zamierzenia. Z rezerwą odnosiły się również niektóre środowiska naukowe, wskazując na prowizoryczność realizowanych projektów. Niemniej energia i poświęcenie szeregu ludzi, ale też wiara w sukces nowej, młodej władzy pozwalały pokonywać piętrzące się trudności. Wybitną rolę odegrał prof. Raabe, troszcząc się osobiście o wyposażenie, o wszelkie sprawy organizacyjne, lokalowe, ale także socjalno-bytowe przybywających profesorów i pracowników, co wielokrotnie podkreślał Kielanowski: „Wszelkie sprawy koncentrowały się w gabinecie Raabego, a nie było problemu ze spotkaniem go, bo osiągalny był od wczesnego południa do późnej nocy; obiad jadł w stołówce, a po obiedzie drzemał nie więcej jak dziesięć minut siedząc przy biurku. Tylko wczesne godziny poranne spędzał w najrozmaitszych biurach wojskowych i cywilnych, gdzie starał się, zwykle skutecznie, o pieniądze, o papier, żywność, materiały na ubrania dla pracowników i o decyzje władz, potrzebne uniwersytetowi”⁷⁷.

Począwszy od listopada 1944 r. rada wydziału odbywała zebrania co tydzień. Rozsyłano zaproszenia do współpracy do profesorów przebywających jeszcze we Lwowie i Wilnie, oraz pozyskiwano do udziału w pracy co wybitniejszych miejscowych lekarzy. Większość profesorów i asystentów służyła równocześnie w wojsku, także dużą część studentów stanowili żołnierze odkomenderowanymi z frontu i macierzystych jednostek w celu kontynuowania i kończenia studiów⁷⁸.

Tadeusz Kielanowski na stanowisku kierownika Katedry Anatomii Patologicznej: Patologii Ogólnej i Doświadczalnej został zatrudniony 1 listopada 1944 r.⁷⁹, ale pozostawał w mundurze, pełniąc funkcję inspektora frontu w Frontowym Punkcie Ewakuacyjnym. Na Wydziale Lekarskim UMCS w grudniu 1944 r. w zasadzie obsadzone były już wszystkie katedry. Dziekan Lubieniecki przyjmował zgłoszenia kandydatów na studia, organizował biura dziekanatu i zawierał umowy ze szpitalami, kreując pierwsze kliniki i zakłady. Problemem była rzetelna rekrutacja zgłaszających się przedwojennych studentów – brakowało ich dokumentów. Naciski władz wojskowych, które chciały odesłać na front skoszarowanych kandydatów, przyspieszyły decyzję o uruchomieniu wykładów i rekrutacji – przeprowadziła ją komisja pod przewodnictwem dr. Kielanowskiego, która wspomogła dziekana w tych trudnych decyzjach⁸⁰. Na wydziale lekarskim – w związku z tym, że zgłaszały się osoby, które przed wojną rozpoczęły naukę na kierunku lekarskim – zorganizowano cztery roczniki studiów – rok pierwszy, drugi, czwarty i piąty; studia medyczne trwały wtedy pięć lat. Przyjęto

⁷⁷ T. Kielanowski, *Wspomnienia z pierwszych lat budowy...*, op. cit., s. 608.

⁷⁸ *Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej. 3 lata pracy*, Lublin 1947, op. cit., s. 62.

⁷⁹ AUML AoTK, nr 9/A, Zgłoszenie o wstąpieniu do pracy, s. 4.

⁸⁰ T. Kielanowski, *Wspomnienia z pierwszych lat budowy...*, op. cit., s. 603.

na nie łącznie 509 studentów – na 980 na całym uniwersytecie⁸¹. 24 listopada została utworzona rozkazem Naczelnego Dowódcy WP Katedra Medycyny Wojskowej⁸². Rozkaz ten stanowił podstawę powołania wielu kandydatów na studia lekarskie do czynnej służby wojskowej – wynikało to m. in. z potrzeb na froncie. Początkowo zmobilizowanych było ponad stu studentów (w końcu 1945 r. – trzystu). Skoszarowano ich w pomieszczeniach udostępnionych przez KUL, w których odbywały się też niektóre zajęcia.

Trudności, na jakie napotykała organizacja Wydziału Lekarskiego wiązały się tym, że trzeba było rozpocząć zajęcia nie tylko ze studentami I roku, gdzie program przewiduje zajęcia z nauk podstawowych, ale i z latami wyższymi i ostatnimi, gdzie podstawą są zajęcia kliniczne. Bazą do ich organizacji stały się szpitale lubelskie: pierwsze kliniki – chorób wewnętrznych, chirurgiczna, położniczo-ginekologiczna znalazły tymczasowe pomieszczenia w Szpitalu Św. Wincentego à Paulo⁸³.

Systematyczne wykłady i zajęcia rozpoczęły się od początku stycznia 1945 r. w salach przeważnie nieopalonych i nieoświetlonych, często pozbawionych szyb. Zaczynały się wcześniej, nawet o szóstej i trwały do późnego wieczora. 3 stycznia 1945 r. o godzinie siódmej rano odbył się pierwszy wykład prowadzony przez Tadeusza Kielanowskiego z anatomii patologicznej: „Sala była oświetlona wyłącznie świecą, która co chwila gasła, ponieważ nie było w oknach szyb. Wszyscy byliśmy w mundurach [...]. W czasie mojego wykładu, który miał trwać z małą przerwą dwie godziny, świeciło i można już było w pewnym momencie zgasić świecę. Był to dla polskiej medycyny doprawdy świt symboliczny”⁸⁴.

W roku akademickim 1945/46 wykładał anatomię patologiczną, patologię ogólną i ftyzjatrię. „Wykładaliśmy – wspomina ten okres Kielanowski – w różnych improwizowanych salkach, w świetlicach, w szpitalnych korytarzach. Gorzej było z ćwiczeniami, bo trudno zaimprovizować pomoce naukowe i książki. Ratowali nas najwięksi entuzjaści wydziału, miejscowi lekarze, przynosząc, co kto miał i mógł. [...] I tak doczekaliśmy się [...] styczniowej, potem kwietniowej ofensywy, wreszcie zwycięstwa w maju. Kiedy Rząd Tymczasowy przeniósł się do Warszawy, poprawiły się nieco nasze warunki lokalowe, ale odtąd już nie byliśmy „oczkiem w głowie” PKWN-u ani rządu, bo powstawały w wielu miastach nowe wydziały lekarskie, a „stary” wydział lubelski musiał im służyć kadrami”⁸⁵.

Organizacja ćwiczeń z anatomopatologii dla studentów rozpoczynających lata kliniczne wiązała się z wieloma trudnościami, gdyż żaden z przedwojennych szpitali lubelskich nie dysponował prosektorium. W pierwszych miesiącach na salę prosektoryjną dr Kielanowski adoptował drewniany barak na dziedzińcu szpitala ewakuacyjnego, w którym składowano zwłoki zmarłych żołnierzy. Umieszczono w nim blaszany stół i żelazny piecyk do

⁸¹ S. Kowalczyk, *Geneza i rozwój Uczelni*, op. cit., s. 6.

⁸² Wiosną 1946 r. została przemianowana na Fakultet Medycyny Wojskowej, ale już w lipcu tego roku został on rozwiązany. Za: J. Derecki, *Katera i Fakultet Medycyny Wojskowej w Lublinie*, „Alma Mater” 1995, nr 4, s. 47-50.

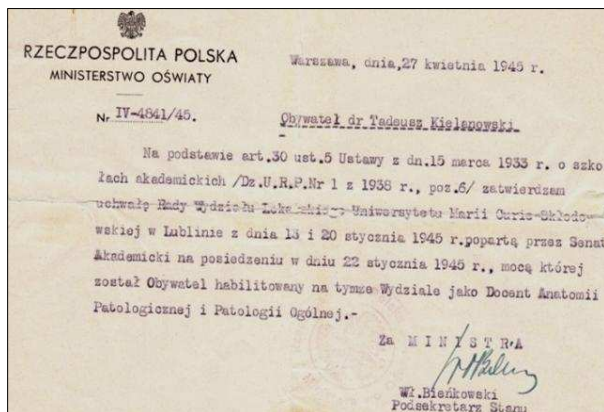
⁸³ *Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej. 3 lata pracy*, op. cit., s. 62.

⁸⁴ T. Kielanowski, *Prawie cały...*, op. cit., s. 189.

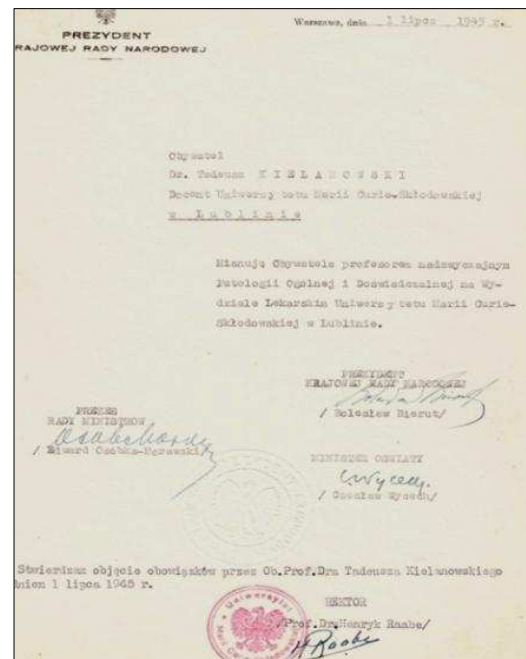
⁸⁵ T. Kielanowski, *Rok akademicki 1944/1945*, op. cit., s. 4.

rozmrzania zwłok, a pierwszym narzędziem do sekcjonowania stał się nóż znaleziony w kieszeni zmarłego jeńca francuskiego (przechowywany później w Zakładzie jako świadectwo tamtych czasów). Jesienią 1945 r. przybył z Wilna prof. Stanisław Marburg, który zajął się organizacją Katedry i Zakładu Anatomii Patologicznej. Kielanowski w związku z tym pełnił funkcję kierownika Katedry Patologii Ogólnej i Doświadczalnej – do 1950 r., będąc początkowo jej jedynym pracownikiem. Dopiero później znalazł asystenta w osobie Stanisława Brokmana – studenta IV roku. Ich zadaniem była przede wszystkim dydaktyka z zakresu patologii ogólnej.

W styczniu 1945 r. Wydział Lekarski uzyskał prawo nadawania stopnia doktora medycyny i doktora habilitowanego. Tadeusz Kielanowski habilitował się, jako jeden z pierwszych, właśnie w styczniu tego roku⁸⁶ zgodnie z przedwojennymi procedurami, na podstawie pracy „Hetero-alergia krwotoczna, czyli zjawisko Schwartzmana” (referentem i recenzentem był prof. Hirszfild) i został mianowany docentem patologii ogólnej



Fot. 28. Dokument potwierdzający ministerialne zatwierdzenie habilitacji, 1945 r. (AUML)



Fot. 29. Dokument mianowania profesorem nadzwyczajnym Katedry Patologii Ogólnej i Doświadczalnej UMCS, 1945 r. (AUML)

i doświadczalnej; habilitacja została zatwierdzona w kwietniu⁸⁷. Profesorem nadzwyczajnym patologii ogólnej i doświadczalnej został z 1 lipca tegoż roku⁸⁸.

Rada Wydziału Lekarskiego w styczniu wybrała specjalną komisję, która miała się zająć sprawami klinik i zakładów wydziału, możliwościami ich organizacji i rozwoju, a w związku z tym również kwestią uzyskania dotacji państwowych oraz terenów od Miejskiej Rady Narodowej. Przewodniczenie radzie powierzono Kielanowskiemu⁸⁹. Przedstawiając

⁸⁶ AUML AoTK, nr 9/A, Pismo przewodnie w sprawie zatwierdzenia habilitacji, s. 7. Habilitację uzyskali również wtedy E. Grzegorzewski i J. Morzycki, związani później z AM w Gdańsku.

⁸⁷ Pismem z dn. 27 kwietnia 1945 r. - AUML AoTK, nr 9/A, Zatwierdzenie przez Ministra..., s. 13.

⁸⁸ AUML AoTK, nr 9/A, Mianowanie profesorem nadzwyczajnym, s. 21.

⁸⁹ *Powstanie i organizacja Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w świetle źródeł*, wyb. i oprac. J. Malarczyk, Lublin 1968, s. 366. Członkami tej komisji byli: prof. dr Feliks Skubiszewski, prof. dr Jan

w lutym wyniki analizy, wskazywał na konieczności rozpoczęcia budowy klinik i zakładów, argumentując tym, że Lublin nie posiada żadnego nowoczesnego szpitala, w związku z czym konieczna będzie w przyszłości nowa baza szpitalna. Poza tradycyjnymi klinikami i zakładami: „należałoby stworzyć w Lublinie Instytut Radiologiczny, Klinikę Gruźliczą i Katedrę Medycyny Sportowej z krytą halą sportową, basenem zimowym oraz wzorowy dom akademicki”⁹⁰. Po dyskusji wniosek dr. Kielanowskiego przyjęto jako podstawę do dalszej rozbudowy Wydziału Lekarskiego UMCS.

Po ofensywnie styczniowej linia działań wojennych przesuwiała się na zachód. W jej pobliżu miał przenieść się Frontowy Punkt Ewakuacyjny, któremu przez cały czas podlegał Kielanowski. W związku z tym otrzymał rozkaz opuszczenia Lublina. Dzięki zdeterminowanej interwencji prorektora Hirszfelda u władz wojskowych decyzja została cofnięta i pozostał w mieście, pełniąc funkcję lekarza garnizonowego. W kwietniu 1945 r. Rada WL postanowiła zwrócić się z prośbą do kierownictwa sanitarnego Frontu Wojsk Polskich o przeniesienie do rezerwy Kielanowskiego oraz innych pracowników naukowych⁹¹; zdemobilizowany zostanie jednak dopiero 7 listopada 1945 r. i awansowany do stopnia podpułkownika⁹².

Wobec pogarszającego się stanu zdrowia prof. Lubienieckiego Kielanowski, często już wcześniej wspomagający dziekana w różnych działaniach, od kwietnia przejmuje zastępczo jego funkcję w tym pierwszym roku i prowadzi dalszą organizację wydziału. Z powodu późniejszego rozpoczęcia się zajęć akademickich trwają one w 1945 r. do końca lipca. „Byłem zajęty – wspomina – dosłownie od świtu do nocy. Szukałem po całym mieście sal, w których można by wyklądać, organizowałem pomoc i opiekę zdrowotną dla chorych studentów, łagodziłem spory, przyjmowałem nowych studentów, przybywających z terenów wyzwolonych dopiero przez ofensywę styczniową i ciągle musiałem bywać u rektora Raabego [...]. Podziwiałem jego pracowitość, ofiarność i inteligencję, ale już wtedy w niektórych sprawach nie dochodziliśmy do porozumienia”⁹³.

W następnym roku akademickim, w związku z planami przeniesienia się do organizowanej przez Edwarda Grzegorzewskiego Akademii Medycznej w Gdańsku, rezygnuje z przedłużenia funkcji akademickich i kandydowania na dziekana. Los jednak zdecydował inaczej, pozostał w Lublinie, i w związku z tym przyjął propozycję objęcia urzędu

Henryk Lubieniecki, prof. dr Jakub Węgięko, prof. dr Ludwik Hirszfeld oraz zast. prof. dr Hanna Hirszfeldowa.

⁹⁰ Z protokołu posiedzenia Rady Wydziału Lekarskiego UMCS. Lublin 10 II 1945 r. (cyt. za: *Powstanie i organizacja Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w świetle źródeł*, op. cit., s. 88).

⁹¹ J. Lubienieckiego, F. Skubiszewskiego, J. Świtka (zob. *Z protokołu posiedzenia Rady WL UMCS*. Lublin 28 IV 1945 r. [w:] *Powstanie i organizacja Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w świetle źródeł*, op. cit., s. 117).

⁹² AGUMed AoTK, sygn. 268/50, Życiorys, s. 8.

⁹³ T. Kielanowski, *Prawie cały...*, op. cit., s. 191.

prodziekana⁹⁴. Funkcję dziekana wydziału, wybieranego w tajnym głosowaniu, pełnił przez dwie kolejne, wtedy roczne kadencje: 1946/47⁹⁵ i 1947/48⁹⁶.

Okres ten wiązał się z licznymi problemami kadrowymi, poszukiwaniem nowych sił fachowych i troską o właściwe funkcjonowanie poszczególnych jednostek, gdyż wiele medycznych autorytetów, już z końcem I roku akademickiego, zaczęło przenosić się do organizujących się wydziałów lekarskich w innych ośrodkach wyzwolonej Polski: do Gdańska – E. Grzegorzewski, J. Morzycki w 1945 r., później I. Abramowicz; do Wrocławia – prof. Hirszfeld i prof. Hirszfeldowa; do Poznania – prof. Schilling-Siengalewicz; do Łodzi – doc. Beer, a w późniejszym okresie do Szczecina – prof. Węgierko i prof. Mruczyński. W 1947 r. zmarł prof. Lubieniecki. Było to przyczyną pierwszego poważnego kryzysu na wydziale – jednakże udało się zaprosić do współpracy innych, wybitnych przedstawicieli świata medycznego⁹⁷: prof. dr. L. Zembrzuskiego⁹⁸, prof. dr. S. Mahrburga⁹⁹, prof. dr. W. Chodźkę¹⁰⁰ i dr. L. Flecka¹⁰¹.

⁹⁴ Ibidem, s. 193.

⁹⁵ Protokoły posiedzeń Rady Wydziału Lekarskiego UMCS w roku akademickim 1945/46 (dalej: PpRWL), nr UMCS 2/2; *Protokół posiedzenia Rady WL UMCS z dn. 14 VI 1946 r.*, s. 44. T. Kielanowski otrzymał 10 głosów na 19, F. Skubiszewski – 9 i został prodziekanem.

⁹⁶ S. Kowalczyk, *Geneza i rozwój Uczelni*, op. cit., s. 18.

⁹⁷ Zob. *Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej. 3 lata pracy*, op. cit., s. 64

⁹⁸ Ludwik Zembrzusi (1871, Brzezice – 1962, Malbork) – lekarz chirurg, historyk medycyny. Studiował medycynę na UW i w Wiedniu. Był kierownikiem Wydziału Szpitalnictwa Departamentu Sanitarnego Ministerstwa Spraw Wojskowych, a następnie do 1928 r. dyrektorem naukowym Szkoły Podchorążych Sanitarnych w Warszawie. W 1930 r. zorganizował na Wydziale Lekarskim UW Zakład Historii Medycyny. Od 1933 do 1939 kierował katedrą Historii i Filozofii Medycyny. W 1936 otrzymał tytuł profesora nadzwyczajnego, a w 1947 profesora tytularnego. W latach 1945-1947 kierował katedrą Historii i Filozofii Medycyny UMCS. Za: *Biogramy uczonych polskich. Cz. 6. Nauki medyczne*, oprac. A. Śródka, Wrocław 1990.

⁹⁹ Stanisław Mahrburg (1886, Mińsk Mazowiecki – 1974, Warszawa) – organizator i wieloletni kierownik Katedry Anatomii Patologicznej AML. Studiował medycynę na uniwersytecie w Dorpacie. W 1924 r. został asystentem Katedry Patologicznej USB w Wilnie. Habilitował się w 1932 r. W 1937 został kierownikiem Katedry Anatomii Patologicznej USB, a w 1939 – profesorem. W czasie okupacji prowadził konspiracyjnie wykłady i ćwiczenia. W okresie 1948-1950 pełnił funkcję dziekana WL UMCS a w latach 1956-1959 prorektora AML. Pracował naukowo zwłaszcza nad patologią i patogenezą nowotworów złośliwych, patomorfologią wieku noworodkowego, patologią nagłej śmierci oraz rzucawki porodowej. Za: M. Rożynek, *Prof. dr med. Stanisław Mahrburg „Patologia Polska”* 1975, nr 26, s. 465-470.

¹⁰⁰ Witold Chodźko (1875, Piotrków Trybunalski – 1954, Lublin) – profesor higieny, lekarz psychiatra i neurolog, społecznik, mąż stanu II RP. W latach 1926-1939 dyrektor Państwowej Szkoły Higieny w Warszawie. Od 1930 członek PAU. W okresie 1918-1923 minister zdrowia publicznego w dziesięciu gabinetach II RP. Zapoczątkował w Polsce organizowanie opieki nad chorymi psychicznie. Opracował podstawy kilku ustaw sanitarnych. Był pionierem badań w dziedzinie higieny pracy na wsi. W latach 1919-1922 nadzwyczajnym komisarzem do walki z epidemiami; zorganizował kontrolę bakteriologiczną na wschodnich terenach Polski i wprowadził tam masowe szczepienia przeciw cholercie i ospie prawdziwej. Prezes PT Psychiatrycznego oraz prezes Naczelnej Izby Lekarskiej w okresie międzywojennym. W latach 1922-1934 był delegatem Polski do Ligi Narodów. Od 1945 r. profesor higieny UMCS w Lublinie. Za: *Biogramy uczonych polskich. Cz. 6. Nauki medyczne*, op. cit.

¹⁰¹ Ludwik Fleck (1896, Lwów – 1961, Ness-Ziona w Izraelu) – mikrobiolog, specjalista z dziedziny bakteriologii, immunologii i hematologii. Był także autorem cenionych prac filozoficznych. Pochodził z rodziny lwowskich Żydów. Studiował medycynę na UJK. Pracował jako asystent prof. R. Weigla w Katedrze Biologii Ogólnej UJK. W latach 1928-1935 kierował laboratorium bakteriologicznym i chemicznym w szpitalu ZUS we Lwowie. Był znanym ekspertem w dziedzinie immunologii i serologii. W czasie okupacji niemieckiej przebywał w getcie i pracował w Instytucie Badań nad Tyfusem Plamistym prof. Weigla. W 1943 r. został osadzony w obozie koncentracyjnym w Auschwitz, potem Buchenwaldzie.

W drugim roku funkcjonowania uczelni na studia lekarskie zgłosiło się ponad 500 kandydatów – przyjęto ponad 350; rok akademicki rozpoczął się 1 listopada 1945 r. Na jego początku przyznano uniwersytetowi okazały gmach przy Placu Litewskim 5, w którym przez długi czas mieścił się rektorat i dziekanaty, a także administracja i kilka zakładów¹⁰². Po pierwszym twórczym, ale i prowizorycznym okresie konieczna stała się stabilizacja wymagająca również pozyskania nowych lokali, ich choćby minimalnego remontu, zagospodarowania i wyposażenia. Postępująca demobilizacja wojska i przenoszenie się urzędów do Warszawy, przyczyniły się do uzyskania dla Wydziału Lekarskiego nowych lokali¹⁰³. Dzięki temu mogły rozwinać się zakłady i kliniki, podniósł się poziom pracy dydaktycznej, a liczne katedry rozpoczęły pracę naukową. Docierające do uniwersytetu ze Szwecji i Szwajcarii dary UNRA znacznie wzbogaciły wyposażenie i instrumentarium klinik i zakładów.

Dzięki staraniom Kielanowskiego nawiązano współpracę ze Szpitalem św. Jana Bożego, uzyskując w ten sposób pewną ilość miejsc klinicznych i możliwość kształcenia studentów w dziedzinie propedeutyki chirurgii, okulistyki i fizjologii¹⁰⁴. Znalazła tu również tymczasowe lokum I Klinika Chorób Wewnętrznych, której częścią był kliniczny oddział gruźliczy (zlokalizowany w budynku dawnej fundacji na rzecz ubogich starców), którego organizacją zajął się Kielanowski¹⁰⁵. W końcu drugiego roku Ministerstwo Oświaty ustaliło dla Wydziału Lekarskiego 24 katedry – niestety nie było wśród nich katedry gruźlicy płuc.

Wszystkie te „zdobycze” lokalowe, rozrzucone po całym mieście, były tymczasowym rozwiązaniem i nie zapewniały przyszłościowej stabilizacji i organizacji uczelni medycznej z prawdziwego zdarzenia. W trzecim roku nastąpił kolejny kryzys, gdyż uniwersytet nie uzyskiwał już dla swoich celów żadnych nowych budynków, i trudno było zapewnić właściwą organizację dydaktyki dla zwiększającej się licznych studentów. Na posiedzeniu Rady Wydziału Lekarskiego w marcu 1947 r.¹⁰⁶ dziekan Kielanowski przedstawił trudności, na jakie

Po wyzwoleniu kierował Zakładem Mikrobiologii UMCS. Od 1952 pracował w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie. Prowadził rozległe badania nad mechanizmami odpornościowymi; był członkiem PAN. Wykładał w Brazylii, Francji, USA i ZSRR. W 1956 r. wyjechał do Izraela, gdzie kontynuował badania nad zjawiskiem leukergii w Instytucie w Ness-Ziona; kierował Departamentem Patologii Eksperymentalnej i Izraelskim Instytutem Badań Biologicznych. W 1935 wydał książkę z zakresu filozofii nauki *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache*. Do 1977 r. jego filozoficzne prace były nieznane. Dopiero przekład na angielski pracy pt. *Powstanie i rozwój faktu naukowego* (przekład polski w 1986 r.) spowodował podjęcie badań nad jego twórczością filozoficzną. Elementy idei Flecka wykorzystał T. Kuhn w głośnej książce *Struktura rewolucji naukowych*. Fleck uznawany jest za prekursora programu socjologii wiedzy rozwijanego przez Szkołę Edynburską od połowy lat 70. Zob. Z. Cackowski, *Wstęp do wydania polskiego*, [w:] L. Fleck, *Powstanie i rozwój faktu naukowego*, Lublin 1986.

¹⁰² Z. Kowalski, *Baza materialna Uniwersytetu*, [w:] *Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej 1944-1979*, op. cit., s. 45.

¹⁰³ W gmachu byłej szkoły rabinackiej Jeszybot przy ul. Lubartowskiej 57 znalazły pomieszczenie zakłady teoretyczne (mikrobiologii, chemii fizjologicznej, fizjologii, farmakologii oraz kierowanej przez Kielanowskiego – patologii ogólnej), a gmach byłego szpitala żydowskiego przeznaczono na klinikę ginekologiczno-położniczą.

¹⁰⁴ *Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej. 3 lata pracy*, op. cit., s. 64.

¹⁰⁵ T. Kielanowski, *Prawie cały...*, op. cit., s. 200.

¹⁰⁶ Z protokołu posiedzenia Rady Wydziału Lekarskiego UMCS. Lublin. 11 III 1947 r., [w:] *Powstanie i organizacja Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w świetle źródeł*, op. cit., s. 200-205; Odpowiednich pomieszczeń brakowało dla wielu ważnych klinik i zakładów: I Kliniki Chorób Wewnętrznych, Kliniki

napotyka rozbudowa wydziału od początku swojego istnienia, wskazując, że mimo poważnych dotychczasowych starań, wysiłków i interwencji nie zdołano uzyskać niezbędnych pomieszczeń. Ówczesna ilość łóżek klinicznych wynosiła 376 i nie wystarczała do normalnego kształcenia studentów; istniejące kliniki i zakłady w większości były zbyt małe, niewyposażone w laboratoria i sale wykładowe. „Ze względu na zasadniczy brak niektórych bardzo ważnych klinik i zakładów – czytamy w protokole z wystąpienia Kielanowskiego¹⁰⁷ – nauczanie studentów jest niekompletne, zaś istniejące dotychczas kliniki są niedostateczne dla zapewnienia odpowiedniego poziomu wykształcenia”. Protokół odnotował, iż we wnioskach końcowych dziekan wskazywał, „że przy faktycznym dotychczasowym stanie rzeczy, zaistnieją z początkiem przyszłego roku akademickiego warunki tego rodzaju, które nie pozwolą wziąć odpowiedzialności Radzie Wydziałowej za należyte nauczanie i kształcenie studentów medycyny. Jako wyjście z tej sytuacji widzi dziekan dwie możliwości: radykalną zmianę stosunków miejscowych lubelskich w postaci znacznego rozszerzenia stanu posiadania lokali, dostosowanych budynków i łóżek klinicznych – względnie przeniesienie Wydziału Lekarskiego do innego miasta w Polsce, które by zaspokoiło wymagania pod tym względem”¹⁰⁸. W wyniku dyskusji z udziałem rektora Raabe postanowiono, że Kielanowski opracuje memoriał, który będzie podstawą do wysunięcia postulatów na konferencji delegatów wydziału z naczelnymi władzami wojewódzkimi i miejskimi. Oczywiście Kielanowski nie planował przeniesienia Wydziału Lekarskiego do innego miasta, jednak tak kategoryczne postawienie sprawy dało pewne efekty dla rozwoju bazy i wyposażenia. Marzył przede wszystkim o budowie szpitala klinicznego – jednakże, wobec powojennej rzeczywistości, mogło ono ziścić się wiele później; oddanie do użytku Zespołu Klinicznego „A” nastąpiło dopiero w 1964 r.

W okresie pełnienia funkcji dziekańskich jednym z elementów działalności Rady WL i samego Kielanowskiego były prace nad reformą studiów lekarskich; w czerwcu 1946 r. ukonstytuowała się komisja do spraw reformy¹⁰⁹, której był członkiem. Reforma była potrzebna ze względu na to, że nie istniały ramowe programy nauczania, a jedynie tzw. godzinowe limity na określone zajęcia, przez co wykształcenie studentów poszczególnych uniwersytetów mogło się bardzo między sobą różnić. Często w tym czasie bywał w Warszawie, w Ministerstwie Oświaty oraz w Ministerstwie Zdrowia, gdzie podejmowano kluczowe decyzje dotyczące Wydziału Lekarskiego i całego uniwersytetu. Tam nawiązała się wieloletnia współpraca, a także przyjaźń z dr. Jerzym Sztachelskim, późniejszym Ministrem Zdrowia. Tam też miał okazję do spotkań z dziekanami innych wydziałów lekarskich. Spotkanie z prof. J. Sobańskim z Łodzi zaowocowało konferencją dziekanów wydziałów lekarskich. Miała ona na celu omówienie wszelkich problemów organizacyjnych, dydaktycznych, kadrowych i in. – nie

Chorób Nerwowych, Kliniki Zakaźnej, Kliniki Laryngologicznej, Kliniki Okulistycznej, Kliniki Stomatologicznej, Zakładu Farmakologii, Zakładu Medycyny Sądowej, Zakładu Higieny, Zakładu Patologii Ogólnej, Zakładu Medycyny Zapobiegawczej.

¹⁰⁷ Ibidem.

¹⁰⁸ Ibidem.

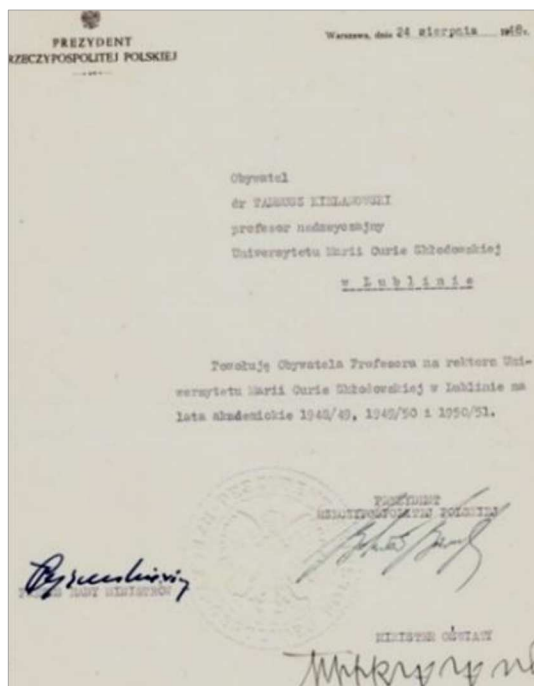
¹⁰⁹ AUML PpRWL, nr UMCS 2/2, Protokół Rady WL UMCS z dn. 14 VI 1946 r. s. 43.

spełniła jednak pokładanych w niej oczekiwań. Z przykrością wspominał Kielanowski jedną z zaprezentowanych tam opinii: „...żaden Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej nie istnieje, to, co wy tam robicie z waszym Raabe jest niepoważne i nie ma żadnej przyszłości. Niejeden Uniwersytet powstał w świecie [...], ale nie tak się to robi, jak w Lublinie”¹¹⁰.

Kiedy w 1948 r. Kielanowski myślał o zakończeniu sprawowania funkcji organizacyjnych na wydziale, został mianowany na trzyletnią kadencję rektorem UMCS¹¹¹. Urząd rektora piastował od września 1948 r. do końca lutego 1950 r.¹¹², do czasu organizacyjnego ukształtowania się jako odrębnej uczelni Akademii Lekarskiej¹¹³.



Fot. 30. Tadeusz Kielanowski – rektor UMCS w Lublinie (AUMCS)



Fot. 31. Powołanie na stanowisko rektora UMCS, 1948 r. (AUML)

Mianowanie rektorem lekarza, byłego dziekana wydziału lekarskiego, wiązało się z chęcią przywrócenia temu wydziałowi pierwszoplanowej roli i zapewnienia mu właściwego rozwoju – taką oficjalną wersję usłyszał Kielanowski. Faktycznie Raabe, przedstawiciel nauk teoretycznych, nie zawsze rozumiał specyficzne potrzeby studiów medycznych, gdzie nacisk jest położony zarówno na teorię, jak i praktykę, od których zależy życie pacjenta. Na tym tle już wcześniej dochodziło do pewnych nieporozumień między Kielanowskim a ówczesnym rektorem¹¹⁴, którego skądinąd niezwykle cenił i podziwiał. Odwołanie Raabego wiązało się z innymi, niejednoznacznymi okolicznościami, chodziło też o kwestie polityczne¹¹⁵.

¹¹⁰ T. Kielanowski, *Prawie cały...*, op. cit., s. 207.

¹¹¹ AUML AoTK, nr 9/A, Powołanie na stanowisko Rektora, s. 23.

¹¹² AUML AoTK, nr 9/A, Zwolnienie ze stanowiska Rektora UMCS, s. 31.

¹¹³ 24 X 1949 r. wydano rozporządzenie, obowiązujące od 1 I 1950, w sprawie wydzielania wydziałów lekarskich i farmaceutycznych i utworzenia z nich akademii lekarskich (Dz.U. 1950, Nr 58, poz. 405).

¹¹⁴ Jedną z konfliktowych sytuacji wiązała się z rozdysponowaniem przez rektora Raabego na wszystkie wydziały dotacji, którą T. Kielanowski uzyskał w Ministerstwie Zdrowia na potrzeby swojego wydziału.

¹¹⁵ Raabe związany z przedwojennym PPS poddawał krytyce wiele działań ówczesnego PPR.

Krótki, półtoraroczny okres pełnienia funkcji rektora, był dla Kielanowskiego czasem niezwykle wyczerpującym. Wypełniała go troska o właściwe funkcjonowanie, w pewnej mierze już okrzepłego, całego uniwersytetu i jego dalszy rozwój, w szczególności zaś jego Wydziału Lekarskiego. „Kadencję miałem trudną – wspomina – mimo życzliwości i lojalności okazywanych mi przez profesorów wszystkich wydziałów. Odwiedzałem codziennie jedną lub dwie katedry czterech nielekarskich wydziałów, poznawałem ludzi, ich trudności i potrzeby. Odnosiłem wrażenia przeważnie pozytywne, czasem bardzo pozytywne...”¹¹⁶.



Fot. 32. Inauguracja roku akademickiego 1949/50 i uroczystości 5-lecia UMCS. Obok rektora Kielanowskiego siedzi prawdopodobnie Helena Skłodowska-Szalay, siostra Marii Skłodowskiej-Curie (AUMCS)



Fot. 33. Wycinki prasowe z gazet lubelskich – 5 lat UMCS (AUMCS)

Za jego kadencji rozpoczęła się budowa miasteczka akademickiego, na terenach uzyskanych od miasta przez jego poprzednika już w kwietniu 1946 r. – w ten sposób rozpoczęto realizację marzeń o stworzeniu „lubelskiego Oxfordu”¹¹⁷. W 1947 r. został rozstrzygnięty konkurs na zagospodarowanie przestrzenne Dzielnicy Uniwersyteckiej, a w 1948 r. na projekt domów akademickich – w skład tej drugiej komisji konkursowej wchodził również Kielanowski jako rektor uczelni i w grudniu 1948 r. podjął bardzo aktywne działania w celu uzyskania kredytów na budowę domu akademickiego i uniwersyteckiej dzielnicy. 23 października 1949 r., w dniu uroczystej inauguracji z okazji 5-lecia UMCS, obydło się uroczyste wmurowanie przez rektora aktów erekcyjnych pod budowę gmachu Fizyki i Chemii oraz domu akademickiego. W gali tej wzięło udział wielu przedstawicieli najwyższych władz, włącznie z ministrem oświaty; gościem była również siostra Marii Skłodowskiej-Curie – Helena Skłodowska-Szalay¹¹⁸.

D. Gałaszewska-Chilczuk z IPN w Lublinie w rozmowie w „Dzienniku Wschodnim” tak przedstawia tę sytuację: „Postawa Raabego była od początku ostro krytykowana przez partyjnych profesorów. Do tego doszły ataki ze strony lubelskiego Komitetu Wojewódzkiego PPR. Szczególnie nie podobała się prowadzona przez niego polityka kadrowa. Zarzucano mu – i jego najbliższemu współpracownikom – nielojalność wobec PPR, obsadzanie senatu opozycjonistami czy „jawnymi reakcjonistami”. Władzy partyjne nie akceptowały dbałości wykazywanej przez prof. Raabego w utrzymaniu autonomii przez uczelnię. Za to wszystko musiał zapłacić swoim odejściem.” Za: „Odczerwieniam” UMCS, rozmowa z dr. D. Gałaszewską-Chilczuk z IPN w Lublinie, „Dziennik Wschodni” [on-line] z 13 II 2009 [dostęp 14 VI 2010]. Dostępny w World Wide Web: <http://www.dziennikwschodni.pl/>.

¹¹⁶ T. Kielanowski, *Wspomnienia z pierwszych lat budowy...*, op. cit., s. 613.

¹¹⁷ Z. Kowalski, *Baza materialna Uniwersytetu*, [w:] *Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej 1944-1979*, op. cit., s. 55.

¹¹⁸ *Wmurowanie aktów erekcyjnych pod budowę gmachu Fizyki i Chemii oraz Domu Akademickiego*,

W 1949 r. na UMCS rozporządzeniem ministra oświaty otwarto nowy, szósty wydział – Wydział Prawa. Jego dziekanem został prof. Aleksander Wolter. Na pierwszym posiedzeniu Rady Wydziału Prawa rektor Kielanowski, mówił z satysfakcją: „Potrzeba istnienia Wydziału Prawa w UMCS dała się głęboko odczuwać we wszystkich dziedzinach życia uniwersyteckiego, w którym niewątpliwie wydział ten obecnie odegra przodującą rolę”¹¹⁹. Niestety, wraz z kreowaniem tego wydziału władze państwowe nakazały wstrzymać rekrutację na Wydział Prawa KUL, co doprowadziło do jego stopniowej likwidacji. Większość kadry naukowej przeszła na uczelnię państwową, po uzgodnieniach między obu jej rektorami¹²⁰. Kielanowski starał się zawsze o jak najlepsze kontakty z Katolickim Uniwersytetem Lubelskim, wskazując,



Fot. 34. Wycinki prasowe z gazet lubelskich – „Sztandar Akademika”, pismo ZMP (AUMCS)

że dwie uczelnie wyższe powinny ze sobą w sposób przyzwoity współistnieć, i miał wiele osobistych kontaktów profesorami KUL – co nie wszyscy akceptowali. Natomiast władze państwowe dążyły do zahamowania rozwoju katolickiej uczelni i ograniczania jej oddziaływania na społeczeństwo, m. in. zamykając kierunki świeckie na KUL, a otwierając je na UMCS (nasilenie represji wobec KUL nastąpiło nieco później, w latach 50.).

Tadeusz Kielanowski wspomina okres rektorski jako najcięższy w życiu „nie ze względu na wymogi funkcji, bo doświadczenia organizacyjnego i znajomości spraw uniwersyteckich już mi nie brakowało, ale ze względu na panującą wtedy w Lublinie i w kraju atmosferę (tzw. okres błędów i wypaczeń)”¹²¹. W 1948 roku zaczęły nasilać się wszelkie przejawy okresu stalinizmu. Sam doświadczył wielu donosów, a nawet prowokacji, czy też prób skompromitowania go. Borykał się z zewnętrznymi, politycznymi decyzjami dotyczącymi zarówno studentów, jak i pracowników. Prorektorem mianowano Józefa Parnasa¹²² z Wydziału Weterynaryjnego,

[M.A.J.], „Sztandar Ludu” 1949, nr 293, s. 3.

¹¹⁹ J. Malarczyk, *Powstanie i rozwój Uniwersytetu*, op. cit., s. 34.

¹²⁰ T. Kielanowski, *Wspomnienia z pierwszych lat budowy...*, op. cit., s. 615

¹²¹ T. Kielanowski, *Mój życiorys naukowy*, op. cit., s. 581.

¹²² Józef Parnas – członek PPR, później PZPR (członek Komitetu Wojewódzkiego w Lublinie), członek Wojewódzkiej Rady Narodowej. Gałaszewska-Chilczuk z IPN charakteryzuje go następująco: „był oceniany jako postać co najmniej dziwna. Do tej pory kariera naukowa i stopnie naukowe Parnasa są przedmiotem kontrowersji. Trudności z ustaleniem jego danych personalnych miało samo MSW. Jego teczce założonej w 1964 r. nadano kryptonim „Intrygant”. Liczbę napisanych przez niego życiorysów porównuje się z liczbą życiorysów zostawionych przez Bolesława Bierutą, do którego zresztą nieustannie pisał listy i zapraszał do Lublina. Wysyłał przeróżne donosy do władz partyjnych. Równocześnie pisał do... papieża z prośbą o błogosławieństwo. Partia miała z Parnasem niemały problem. Ale to właśnie on miał nadać, jak sam podkreślał w 1950 roku, uczelni oblicze godnej tradycji PKWN. Na uczelni zaczęli rządzić członkowie partii i Związku Młodzieży Polskiej”. Cyt. za: „Odczerwieniam” UMCS, rozmowa z dr. D. Gałaszewską-Chilczuk

aktywnego członka PZPR – miał on kontrolować i być czujnym wobec bezpartyjnego rektora. Od początku współpraca układała się źle – zaczęły się pojawiać donosy i intrygi. Jednym z dramatyczniejszych wydarzeń przytaczanych przez Kielanowskiego jest aresztowanie ok. 60 studentów, po sprowokowanym zajściu w czasie procesji Bożego Ciała w czerwcu 1949 r. Władze partyjne zażądały usunięcia aresztowanych studentów, na co nie chciał zgodzić się rektor, uzasadniając to m. in. koniecznością zachowania odpowiednich procedur i powołania komisji dyscyplinarnej. Prorektor Parnas wykorzystując wyjazd Kielanowskiego, podpisał decyzję o relegacji. Po pewnym czasie większość tych osób została przywrócona w prawach studenta. Klimat tego wydarzenia przypieczętował powzięcie decyzji o złożeniu urzędu rektorskiego. Jednak w wyniku rozmowy z wiceministrem Sztachelskim zdecydował się na pełnienie jej do czasu, projektowanego wtedy wyłączenia wydziałów medycznych z uniwersytetów¹²³.

Wykłady z fizjologii, w okresie lubelskim, prof. Kielanowski prowadził od roku akademickiego 1945/46, jeszcze przed powstaniem kliniki fizjologicznej, aż do roku akademickiego 1951/52. Przez ostatnie dwa lata dojeżdżał na zajęcia z Białegostoku, gdzie był już rektorem akademii medycznej. Polska z II wojny światowej wyszła jako kraj z największą zachorowalnością na gruźlicę, miała najwyższe wskaźniki w Europie, sięgające ponad 300 zachorowań na 100 tys. mieszkańców¹²⁴; choroba ta była epidemią i podstawową przyczyną śmiertelności. Mimo wyjątkowo groźnej i zabójczej w latach powojennych gruźlicy nie powoływano oddzielnych katedr i klinik gruźliczych na wydziałach lekarskich. Kielanowski, w ramach I Kliniki Chorób Wewnętrznych, uruchomił we wrześniu 1947 r. kliniczny oddział fizjologiczny. Oddział powstał jako część Oddziału Gruźliczego Szpitala Jana Bożego¹²⁵, którym ordynowała dr Helena Mysakowska i która zgodziła się udostępnić części oddziału (25 łóżek szpitalnych) dla potrzeb naukowo-klinicznych i dydaktycznych fizjologii. Kielanowski jako kierownik fizjologii szybko skupił wokół siebie grono asystentów¹²⁶, dla większości uzyskując stypendia z ministerstwa zdrowia; z braku wykształconych specjalistów angażował również studentów ostatnich lat kierunku lekarskiego, ucząc ich wszystkiego od podstaw¹²⁷. Prof. Mysakowska pisała: „Z rozrzewnieniem wspominają koledzy pracę w tym okresie. Profesor codziennie przekazywał im najnowsze zdobycze i aktualności z fizjologii, czerpane z piśmiennictwa. Te godziny rozmów z profesorem były dla

z IPN w Lublinie, „Dziennik Wschodni” [on-line] z 13 II 2009 [dostęp 14 VI 2010]. Dostępny w World Wide Web: <http://www.dziennikwschodni.pl/>.

¹²³ T. Kielanowski, *Prawie cały...*, op. cit., s. 234. Po odejściu T. Kielanowskiego do AM w Białymstoku obowiązki rektora UMCS pełnił przez półtora roku, do końca kadencji, Józef Parnas.

¹²⁴ S. Kwiatkowska, I. Grzelewska-Rzymowska, *Gruźlica w Polsce i na świecie*, „Alergia” 2008, nr 2, s. 42.

¹²⁵ Pismo T. Kielanowskiego w sprawie Oddziału gruźliczego I Kliniki Chorób Wewnętrznych, Załącznik do protokołu Rady WL z 26 IV 1950 r., s. 87.

¹²⁶ Asystentami byli m.in.: Stanisław Brokman, Borys Centkiewicz, Stanisław Grodzki, Mirosław Klepacki, Roman Kordecki, Witold Koziejowski, Jan Krupka, Stanisław Laskowski, Edward Miksza, Henryk Pieczętka, Kazimierz Podobiński, Jerzy Zdziechowski, Biruta Tomaszunas-Fąfrowicz.

¹²⁷ M. in. Birutę Fąfrowicz – późniejszego kierownika Kliniki Chorób Płuc i Gruźlicy w Lublinie, Witolda Koziejowskiego, Jerzego Zdziechowskiego, Stanisława Brokmana.

asystentów niezwykle cenne w szkoleniu ich nie tylko w zakresie ftizjatrii, ale i w ogólnym rozwoju intelektualnym”¹²⁸.

W Lublinie, tak zresztą jak w całej Polsce, niezwykle brakowało lekarzy-ftyzjatrów. Osiągnięciem Kielanowskiego było przeszkolenie wielu lekarzy, którzy w późniejszym okresie stanowili trzon przeciwgruźliczej służby zdrowia w Lublinie i województwie. W swoim klinicznym oddziale gruźliczym stosował i uczył dostępnych wtedy metod leczenia. Jedną z wciąż skutecznych było wytwarzanie i dopełnianie sztucznej odmy opłucnej – dzisiaj zabieg już historyczny Wiązała się z tym sposobem konieczność przepalania zrostów między blaszkami opłucnej¹²⁹. Zaczęło się upowszechniać stosowanie antybiotyków – streptomycyny¹³⁰, która przynosiła rewelacyjne efekty, ale często była niedostępna; zdarzało się nawet, że płukano fiołki po streptomycynie, aby podać chociaż jej namiastkę potrzebującemu pacjentowi¹³¹, natomiast standardowym działaniem zachowawczym było dobre odżywianie, podawanie witamin i leżakowanie. „Mój dzień pracy – pisze Kielanowski – zaczynałem w klinice przed godziną ósmą, dojeżdżając tam dorożką konną [...]. O ósmej myłem się już do operacji przepalania zrostów opłucnowych w celu poprawienia odmy, jedynej wtedy metody leczenia gruźlicy. A ponieważ chirurgiczne mycie rąk trwa dwadzieścia minut, wysłuchiwałem jednocześnie raportu asystentów o stanie chorych albo egzaminowałem studentów. Potem operowałem, piłem kawę i robiłem obchód, a w lecie, jeśli była ładna pogoda, szedłem pieszo albo jechałem rowerem na dwunastą do dziekanatu”¹³². Trudno było wtedy też mówić o pracy naukowej – podstawowym problemem było wyszkolenie przyszłych lekarzy i pracowników naukowych w dziedzinie ftizjatrii. Niemniej Kielanowski w tym okresie publikował prace kliniczne na temat gruźlicy oraz popularną, kilka razy wznawianą, broszurę „Gruźlica jest uleczalna”. Wydał też kilka artykułów.

Wyrazem intensywnych działań Kielanowskiego w kierunku kreowania samodzielnej kliniki ftizjatrycznej, aczkolwiek bezowocnych, są zapisy w protokołach posiedzeń Wydziału Lekarskiego. Na nadzwyczajnym posiedzeniu Rady WL Kielanowski podkreślał konieczność nauczania gruźlicy płuc w ramach odrębnej kliniki, z którą współpracowałyby poradnia przeciwgruźlicza. Kwestia nauczania ftizjatrii była wtedy programowym tematem VII Polskiego Zjazdu Przewodniczącego we Wrocławiu (wrzesień 1947 r.). Uchwała zjazdu obligowała Wydziały Lekarskie do tworzenia oddzielnych klinik gruźlicy płuc¹³³ w związku z społecznym zagrożeniem tej choroby, co w Lublinie nie zostało zrealizowane. Z kolei, dwa

¹²⁸ H. Mysakowska, *Początki Katedry i Kliniki Ftizjatrycznej Akademii Medycznej w Lublinie*, „Archiwum Historii Medycyny” 1968, nr 1, s. 95.

¹²⁹ Przepalania zrostów dokonywano elektrycznym żegadłem wprowadzanym do jamy opłucnej pod kontrolą wzroku przez endoskop wprowadzany w drugim miejscu.

¹³⁰ W tzw. *Baraku* przez pewien okres istniał specjalny oddział do leczenia chorych na gruźlicę streptomycyną.

¹³¹ Wywiad z prof. Birutą Fańfrowicz przeprowadzony przez autora pracy w Lublinie 6 lutego 2010 r. Wywiad niepublikowany i nieautoryzowany. Dalej jako: Wywiad z B. Fańfrowicz.

¹³² T. Kielanowski, *Prawie cały...*, op. cit., s. 201.

¹³³ AUML PpRWL, UMCS 2/4, Sprawozdanie z nadzwyczajnego posiedzenia Rady WL z dn. 3 IV 1948 r., s. 63.

lata później, kiedy Akademia Lekarska była już wydzielona z uniwersytetu, Kielanowski po raz kolejny przypominał, że każda akademia musi mieć katedrę i klinikę fizjologiczną. Ze względu na zamiar odejścia z Lublina, celem tworzenia Akademii Lekarskiej w Białymstoku, zwrócił się z prośbą do Rady WL, aby zajęła się Oddziałem Gruźliczym w Szpitalu Jana Bożego, który miał stać się załącznikiem kliniki fizjologicznej. Doc. Goldschmied, kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych zapewnił o zatroszczeniu się tym oddziałem. Z kolei Rada poprosiła Kielanowskiego, aby nie zrywał kontaktów z pracami wydziału i w dalszym ciągu prowadził wykłady z fizjologii¹³⁴. Jeszcze w kwietniu 1950 r., będąc już powołanym do organizowania nowej uczelni medycznej w Białymstoku, ale nadal członkiem WL w Lublinie, Kielanowski pisze dramatyczny list skierowany do Rady:

*Do Rady Wydziału Lekarskiego
Akademii Medycznej w Lublinie*

Lublin, 23 kwietnia 1950 r.

„W związku z moim wyjazdem z Lublina proszę Radę Wydziału o rozpatrzenie sprawy utrzymania Oddziału Gruźliczego I Kliniki Chorób Wewnętrznych i ewentualnego stopniowego przeobrażenia go w samodzielną Klinikę.

Oddział ten uruchomiłem we wrześniu 1947 roku, napotykać jednak od razu na duże trudności obiektywne i niemniejsze trudności wynikające ze znanych Radzie stosunków panujących na terenie szpitala J. Bożego. Warunki i stosunki uniemożliwiające prawidłowe funkcjonowanie tej placówki naukowej przedstawiałem wielokrotnie wszelkim władzom Politycznym i Sanitarnym, wnosilem interpelacje na terenie Miejskiej Rady Narodowej, itd., jednak jak dotąd bez wyniku. Zaznaczam, że Oddział wizytowali na moją prośbę Prezydent m. Lublina, Sekretarz KW PZPR, wice Minister Zdrowia dr J. Sztachelski, komisja społeczna wyłoniona przez M. Radę Narodową i inni. Wydaje mi się, że uczyniłem wszystko co było w mojej mocy, by zwrócić uwagę władz na niedostateczne warunki pracy Oddziału Gruźliczego

Mimo wielkich trudności oddział kliniczny może poszczycić się licznymi osiągnięciami, a z których chciałbym pokreślić przeszkolenie dużej ilości lekarzy i absolwentów medycyny, na których barkach spoczywa dzisiaj niemal w całości ciężar pracy fizjologicznej na terenie miasta i województwa.[...]

Ponieważ nie ma w kraju kandydata na objęcie w Lublinie katedry fizjologii, obejmę chętnie wykłady zleczone z tego przedmiotu, dojeżdżając z Białegostoku”¹³⁵.

List ten budzi wiele pytań i refleksji. Pomijając kwestie panujących relacji i możliwości lokalowych, wskazuje na problem stopnia i zakresu niezależności władz uczelni od różnych czynników, pokazuje zakres samodzielności w podejmowaniu decyzji – Kielanowski był przecież dziekanem, rektorem, a może świadczy o indolencji kolegialnych ciał uczelni, Senatu i Rady Wydziału; oraz – na ile działania władz różnych szczebli były

¹³⁴ AUML PRWL, nr L/1, Sprawozdanie z nadzwyczajnego posiedzenia Rady WL z dn. 19 I 1950 r., s. 5

¹³⁵ AUML PRWL, nr L/1, Pismo T. Kielanowskiego w sprawie Oddziału gruźliczego I Kliniki Chorób Wewnętrznych, Załącznik do protokołu Rady WL z 26 IV 1950 r., s. 87.

zainteresowane autentycznymi potrzebami zdrowotnymi, a na ile pierwszoplanowymi były kwestie propagandowe i ideologiczne? Katedra i klinika ftyzjatryczna została formalnie powołana w 1953 r. – jej kierownikiem mianowano dr. Helenę Mysakowską, ordynatora oddziału gruźliczego Szpitala J. Bożego.

Tadeusz Kielanowski w szczególnie sposób otaczał opieką studentów i pracowników uniwersytetu, kierując się w tym względzie pełnią wiedzy o stanie zdrowia powojennej młodzieży i świadomością tego, jak szerzą się choroby, zwłaszcza gruźlica. Pełniąc funkcje dziekańskie umożliwiał chorującej młodzieży przełożenie terminu zaliczeń, a także przeniesienie niektórych zajęć na kolejny rok¹³⁶. Z jego inicjatywy w czerwcu 1945 r., po pokonaniu wcześniejszych problemów organizacyjnych, rozpoczęła swoją działalność Organizacja Pomocy Lekarskiej dla Młodzieży Akademickiej (z początku pod nazwą Ośrodek Zdrowia UMCS). Przychodnia przeciwgruźlicza wraz z ogólną i stomatologiczną były jej pierwszymi placówkami. Na posiedzeniu Senatu UMCS w lipcu 1945 r.¹³⁷ Kielanowski przedstawił stan organizacji opieki zdrowotnej dla młodzieży akademickiej, wskazując m. in., że badania „wykazały wiele przypadków gruźlicy otwartej wśród młodzieży akademickiej i pracowników Uniwersytetu. Celem przyjscia z pomocą chorym i zagrożonym tą chorobą zorganizowano akcję dożywiania i subwencjonowania”. We wnioskach podkreślił konieczność uzyskania dostępu do sanatorium w Zakopanem oraz założenie osobnego domu akademickiego dla studentów chorych na gruźlicę, a także przestrzegania określonych zachowań chorych na gruźlicę. Półsanatorium – dom studencki udało się wkrótce zorganizować. Dysponowało ono 20 miejscami i było oparte na zasadach organizacyjnych wypracowanych przez Kielanowskiego w okresie przedwojennym. Również na terenie województwa stworzono sanatorium przeciwgruźlicze w Adampolu, w byłym pałacyku Zamojskich. Często je wizytował.

Okres lubelski dla Kielanowskiego był także czasem wielorakiej działalności społecznej, naukowej oraz akademickiej. Brał udział w pracach Lekarskiego Instytutu Wydawniczego w Warszawie oraz Państwowej Rady Zdrowia przy Ministerstwie Zdrowia. W środowisku lubelskim związany był z kilkoma towarzystwami naukowymi, będąc ich współzałożycielem i prezesem, jak oddziału Towarzystwa Badań nad Gruźlicą (późniejsze Towarzystwo Ftyzjopneumonologiczne) i Lubelskiego Towarzystwa Lekarskiego, pełnił również funkcję wiceprezesa Lubelskiej Okręgowej Izby Lekarskiej¹³⁸. Będąc rektorem zabiegał o zatwierdzenie wniosku Senatu UMCS o utworzenie Towarzystwa Naukowego im. Marii Curie-Skłodowskiej – towarzystwo jednak nie powstało. Życie naukowe UMCS skupiało się w lubelskich oddziałach ogólnopolskich towarzystw naukowych¹³⁹. Ponadto

¹³⁶ Wywiad z B. Fąfrowicz.

¹³⁷ *Z protokołu ósmego posiedzenia Senatu UMCS. Lublin, 25 VII 1945 r.* [w:] *Powstanie i organizacja Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w świetle źródeł*, op. cit., s. 131-132.

¹³⁸ Izby Lekarskie – reaktywowane po wojnie, zostały zniesione ustawą z 18 VII 1950 r. jako zbędne, a nawet szkodliwe z punktu widzenia ówczesnej ideologii.

¹³⁹ Zob. *Powstanie i organizacja Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w świetle źródeł*, op. cit., s.380.

w okresie od marca 1948 do października 1949 r. jako przedstawiciel UMCS wchodził w skład Miejskiej Rady Narodowej w Lublinie, biorąc udział w jej pracach, szczególnie angażując się w problematykę związaną z ochroną zdrowia¹⁴⁰.

Na uniwersytecie troszczył się o nie tylko o właściwą realizację zadań naukowych studentów, ale również o ich wszechstronny rozwój. Był kuratorem studenckiej organizacji Koło Medyków oraz Akademickiego Związku Sportowego (miał też udział w jego powstaniu). Założył sekcję boksu AZS, który w młodości, poza piłką nożną, amatorsko uprawiał (przez krótki czas sekcją zajmował się sam Feliks Stamm). Wśród młodzieży zyskał duże uznanie, nawet, będąc już rektorem, grywał ze studentami w tenisa stołowego i uczestniczył w akademickich zawodach, co niektórzy wtedy uważali za niestosowne. Troszczył się o młodzież, lubił z nią przebywać i to było doceniane. Jego wykłady z patologii ogólnej czy też fizjologii cieszyły się dużą popularnością, zarówno ze względu na ich formę, jak i treść odnoszącą się do różnych zagadnień. „Mówił zajmująco – wspomina ówczesny student – pięknym językiem, jego wykłady wykraczały poza problemy patologii. Recenzował na nich wydarzenia kulturalne Lublina, zachęcał do uczęszczania na koncerty i do uprawiania sportu. Był bardzo życzliwy studentom, interesował się ich życiem, stanem zdrowia i chętnie służył pomocą, zwłaszcza chorym na gruźlicę. Był wśród nas bardzo popularny, zjednał sobie bardzo dużo sympatii i uznania”¹⁴¹. Rzeczywiście Kielanowski bardzo dbał o rozwój kulturalny młodzieży, udało mu się spowodować, że wiele osób zaczęło uczęszczać na koncerty do działającej już filharmonii – zresztą często wybierał się wspólnie z grupą studentów.

Trudne powojenne lata związały Kielanowskiego z tym miastem, ale tym, co go z nim wiązało, była również przybyła ze Lwowa rodzina. W czerwcu 1946 r. do Krakowa przybył kolejny transport repatriacyjny, w którym znalazł się ojciec oraz siostra z dziećmi. Mieli pojechać dalej na zachód, do Wrocławia, w którym zamieszkała znaczna część lwowiaków. W związku z tym, że Kielanowski już drugi rok przebywał w Lublinie, zdecydowali się przyjechać do tego miasta¹⁴². Udało się znaleźć względnie przyzwoite mieszkanie na ul. Narutowicza 52, w którym wszyscy wspólnie zamieszkali. Tadeusz Kielanowski zajmował jeden pokój, w którym przez pewien czas prowadził praktykę prywatną. Wszyscy znaleźli zatrudnienie na UMCS. Ojciec, dr Bolesław Kielanowski został zaangażowany jako wykładowca higieny oraz pomocy w nagłych wypadkach na Wydziale Farmaceutycznym¹⁴³, a jego druga żona, Janina Kielanowska została kierownikiem sekretariatu Wydziału Prawa; siostra – Józefa Pietruska przez wiele lat pracowała jako lektor języków obcych, a jej syn, Jan Pietruski po zdaniu matury rozpoczął studia medyczne na UMCS.

¹⁴⁰ Akta miasta Lublina 1944-1950 (AmL), nr zespołu 24, Protokoły posiedzeń Miejskiej Rady Narodowej w Lublinie w roku 1948 oraz w roku 1949.

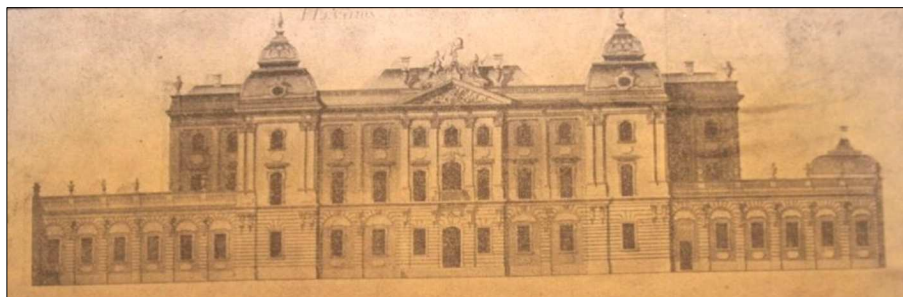
¹⁴¹ J. Kowalski, *Nasi profesorowie na Wydziale Lekarskim UMCS w latach 1944-1945*, „Alma Mater” 1995, nr 4, s. 35. Tę troskę T. Kielanowskiego podkreślała bardzo prof. Fąfrowicz – wywiad z B. Fąfrowicz.

¹⁴² Zob. J. Pietruski, *Kronika rodzinna*, op. cit., s. 109. Wojenne i powojenne losy znanych lwowskich rodzin opisuje A. Fastnacht-Stupnicka w mającej się wkrótce ukazać książce pt. *Zostali we Lwowie*.

¹⁴³ *Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej. 3 lata pracy*, Lublin 1947, op. cit., s. 81. Bolesław Kielanowski przed wojną we Lwowie wykładał higienę na kursach dla lekarzy.

5. Tworzenie Akademii Medycznej w Białymstoku

Rok 1950 rozpoczyna kolejny etap życia i działalności Tadeusza Kielanowskiego – organizację i budowę Akademii Medycznej w Białymstoku. Z ideą utworzenia wyższej uczelni rolniczej lub medycznej na terenie zaniedbanych ziem północno-wschodnich zetknął się Kielanowski będąc na roboczym spotkaniu w Ministerstwie Oświaty w sprawach UMCS



Fot. 35. Pałac Branickich – z Kroniki AMB (AUMB)

w kwietniu 1949 r.¹⁴⁴. Brano wtedy pod uwagę Olsztyn, Suwałki, Białystok. Głównym pomysłodawcą i orędownikiem powołania w Białymstoku uczelni medycznej był wiceminister zdrowia Jerzy Sztachelski, wcześniej wojewoda białostocki, człowiek związany z tą ziemią i mający na uwadze polepszenie sytuacji zdrowotno-higienicznej zaniedbanego regionu. W Kielanowskim widział dobrego kandydata na realizatora tego niezwykle trudnego, jednakże perspektywicznego przedsięwzięcia, i niezobowiązującą propozycję zajęcia się tworzeniem akademii przedłożył w 1949 r.

Białystok był wtedy niewielkim zniszczonym i spalonym w czasie wojny miastem, Wycofujący się Niemcy i wkraczający Rosjanie zniszczyli zabudowę Białegostoku w około osiemdziesięciu procentach. O podobną wielkość spadł potencjał przemysłowy miasta. Miasto



Fot. 36. Pałac Branickich – zniszczenia wojenne, 1944 r. (AUMB)

nie miało gazu, elektryczność była fatalnej jakości, podobnie woda i kanalizacja. Istniejące szpitale były nad wyraz skromne, pozbawione właściwej infrastruktury i nienadające się na kliniki.

Rysowała się możliwość umiejscowienia siedziby głównej projektowanej akademii w najokazalszym i najcenniejszym gmachu zabytkowym w Białymstoku – w pałacu Branickich¹⁴⁵, imponującym w okresie swojej świetności

¹⁴⁴ T. Kielanowski, *Znowu mrzonki*, „Kontrasty” 1985, nr 2, s. 2.

¹⁴⁵ Murowany obronny zamek gotycki w Białymstoku został wzniesiony przez królewskiego budowniczego Hioba Bretfusa na polecenie Piotra Wiesiołowskiego, marszałka wielkiego litewskiego z końcem XVI w.

(XVIII w.) obiekcie zwanym, może trochę przesadnie „podlaskim Wersalem”. Niestety pałac, tak jak miasto, również był w ruinie.

Białystok nie miał żadnych tradycji uniwersyteckich – nie podejmowano tu wcześniej prób utworzenia szkoły wyższej. Młodzież z białostoczczyzny studiowała głównie w Wilnie, a także w Warszawie. Dopiero po wojnie zaczęto myśleć o stworzeniu wyższej szkoły. Niewykorzystaną okolicznością pojałtańskiej polski był „repatriacyjny transport uniwersytecki”¹⁴⁶ z Wilna, który w kwietniu 1945 r. zatrzymał się na dworcu w Białymstoku. Splot niekorzystnych czynników, poczynając od braku zaplecza i odpowiedniej świadomości ówczesnych władz, uniemożliwił powstanie tu uniwersytetu. Wileńskie środowisko akademickie skierowało się głównie do Torunia, dając początek Uniwersytetowi Mikołaja Kopernika, oraz do Gdańska, gdzie naukowcy pracownicy Wydziału Lekarskiego włączyli się w tworzenie tamtejszej akademii lekarskiej¹⁴⁷. Później, w 1946 r., rozważano utworzenie szkoły typu rolniczego lub pedagogicznego – ostatecznie w listopadzie 1949 r. powstała tylko Wieczorowa Szkoła Inżynierska.

Potrzeba utworzenia uczelni medycznej w Białymstoku wynikała z dramatycznego stanu opieki zdrowotnej i warunków pracy służby zdrowia na tym terenie, czego przykładem był fakt, że na prawie 1 mln ludności białostoczczyzny w 1947 r. przypadało zaledwie 130 lekarzy¹⁴⁸, a wobec ich braku w kraju – nie było możliwości poprawy tego stanu. Zarówno Ministerstwo Zdrowia, z Jerzym Sztachelskim na czele, jak i lokalne władze partyjne rozważały możliwość utworzenia akademii. Już sierpniu 1948 r. na zlecenie ministerstwa zdrowia przybyła do Białegostoku komisja, która miała zapoznać się z możliwościami urzeczywistnienia tych planów. W kolejnym roku, 21 lipca 1949 r., na wspólnym posiedzeniu rad narodowych – wojewódzkiej, miejskiej i powiatowej – uchwalono, aby wystąpić do

Zamek zmieniał właścicieli, a do rodu Branickich wniosła go w wianie żona Jana K. Branickiego, stolnika koronnego. Pod koniec XVII w. kolejny z Branickich zlecił przekształcenie zamku w barokową rezydencję, czego dokonał Tylman z Gameren (budowniczy pałacu Krasińskich). O ostatecznym wyglądzie pałacu zadecydowała rozbudowa w poł. XVIII, za czasów hetmana wielkiego koronnego i niezwyklej osobowości – Jana Klemensa Branickiego (1689–1771); dokonano jej wg projektu Jakuba Fontany (twórcy Collegium Nobilium w Warszawie i pałacu w Radzynie Podlaskim) i łączyła ona wszystkie elementy architektoniczne w harmonijną, barokową całość, komponującą się widokowo z miastem; powstał cały zespół pałacowo-ogrodowy. W wyniku trzeciego rozbioru Białystok przeszedł w ręce Prus, a następnie znalazł się w granicach imperium rosyjskiego. W latach 1841–1918 pałac był siedzibą carskiego Instytutu Panien Szlacheckich – państwowej szkoły średniej. Z czasem ulegał dewastacji i szpecącym przebudowom, a bogate wyposażenie z dziełami sztuki – rozgrabiono. Po I wojnie światowej stał się siedzibą urzędu wojewódzkiego i rezydencją wojewody. Podczas wojny polsko-bolszewickiej był siedzibą Tymczasowego Komitetu Rewolucyjnego Polski (przełom lipca i sierpnia 1920 r.), któremu przewodniczył Julian Marchlewski. W ostatnich tygodniach II wojny światowej pałac Branickich został w ponad siedemdziesięciu procentach zniszczony. Za: *Pół wieku Akademii Medycznej w Białymstoku 1950–2000*, opr. i wyb. K. Worowski, Białystok 2000, s. 41–45.

¹⁴⁶ *Pół wieku Akademii Medycznej w Białymstoku 1950 – 2000*, opr. i wyb. K. Worowski, Białystok 2000, s. 21.

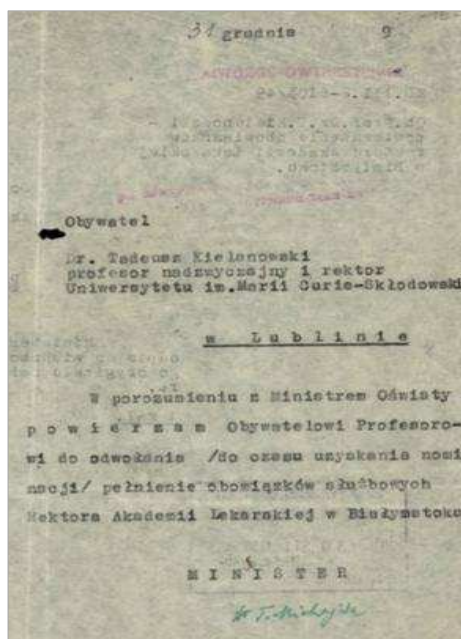
¹⁴⁷ Ibidem. Wyjątek stanowiła kadra Wydziału Teologicznego, która w Białymstoku, należącym do archidiecezji wileńskiej, wznowiła pracę w ramach Wyższego Seminarium Diecezjalnego w maju 1945 r. – co oczywiście było solą w oku władz partyjnych.

¹⁴⁸ Zob. J. Chlebowski, *Kronika Akademii Medycznej w Białymstoku*, „Roczniki Akademii Medycznej w Białymstoku” 1957, R. 3, s. 255.

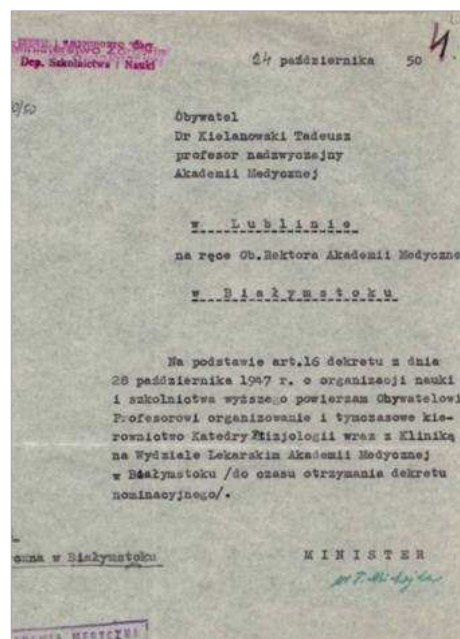
Prezydenta PRL z wnioskiem o utworzenie uczelni medycznej w Białymstoku¹⁴⁹. We wrześniu Ministerstwo Zdrowia mianowało lek. Bronisława Jodkowskiego pełnomocnikiem do spraw organizacji wyższego szkolnictwa w Białymstoku (kilka miesięcy później został pełnomocnikiem do spraw organizacji Akademii Lekarskiej). Sprzyjającą okolicznością był projekt wydzielenia wydziałów lekarskich i farmaceutycznych z uniwersytetów, co umożliwiało łatwiejsze kreowanie samodzielnych uczelni medycznych.

Prawną podstawą powstania akademii w Białymstoku jest ogłoszone w Dzienniku Ustaw RP z 28 II 1950 r. (Nr 6, poz. 57) rozporządzenie Rady Ministrów z 3 lutego 1950 r. – „W sprawie założenia Akademii Lekarskiej w Białymstoku” z mocą obowiązującą od 1 stycznia 1950 r., podpisane przez Prezesa Rady Ministrów Józefa Cyrankiewicza, ministra zdrowia Tadeusza Michejdę i ministra oświaty Stanisława Skrzyszewskiego¹⁵⁰. W kolejnym rozporządzeniu, z 3 marca 1950 r., Rada Ministrów przemianowała wydzielone wtedy lub nowo powołane akademie lekarskie w akademie medyczne.

Jednocześnie przedstawiciele ministerstwa zdrowia i władz wojewódzkich czynili starania o uzyskanie odpowiednich budynków dla przyszłej akademii; objęły one pałac Branickich (własność Ministerstwa Kultury i Sztuki) oraz znajdujący się obok niego budynek dawniejszego seminarium nauczycielskiego¹⁵¹ (własność Ministerstwa Oświaty). Z końcem 1949 r. budynki te wraz z przyległymi terenami zostały formalnie przekazane Ministerstwu Zdrowia z przeznaczeniem dla akademii lekarskiej.



Fot. 37. Powołanie Tadeusza Kielanowskiego na stanowisko rektora AMB (AUMB)



Fot. 38. Powierzenie funkcji kierownika i organizatora Katedry Fizjologii AMB (AUML)

¹⁴⁹ Ibidem.

¹⁵⁰ Zob. *Pół wieku Akademii Medycznej w Białymstoku 1950 – 2000*, op. cit., s. 29.

¹⁵¹ Gmach ten został wzniesiony przez władze carskie w 1896 r. z przeznaczeniem dla rozwijającej się Szkoły Panien Szlacheckich, mieszczącej się w pałacu. W okresie międzywojennym stał się siedzibą Seminarium Nauczycielskiego. Za: *Pół wieku Akademii Medycznej w Białymstoku 1950 – 2000*, op. cit., s. 50.

Minister zdrowia T. Michejda – pismem z dnia 31 grudnia 1949 r. – powierzył Tadeuszowi Kielanowskiemu, do czasu otrzymania nominacji, pełnienie obowiązków służbowych rektora Akademii Lekarskiej w Białymstoku¹⁵². Przyszły rektor wspomina, że o fakcie tym dowiedział się z prasy¹⁵³, wcześniejsze rozmowy z ministrem Sztachelskim były zupełnie niezobowiązujące – w związku z projektem wyłączenia wydziałów lekarskich ze struktur uniwersyteckich rozważał jedynie możliwość podjęcia się nowych zadań. W tym czasie, oczekując odwołania z funkcji rektora UMCS – do końca lutego 1950 r. związany był z pracami lubelskiej uczelni, przede wszystkim wiążącymi się z podziałem na dwie szkoły wyższe – uniwersytet i akademię lekarską.

W marcu 1950 r. Tadeusz Kielanowski wizytował Białystok pod kątem organizacji wyższej uczelni medycznej, odwiedzając jednostki służby zdrowia w Białymstoku pozostające pod kierunkiem dr. Witolda Stasiewicza, naczelnika Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia, entuzjasty i w zasadzie późniejszego współorganizatora akademii w Białymstoku. Rekonesans ujawnił ogromne trudności. Kielanowski wspominał: „Pojechaliśmy z dr. Stasiewiczem do szpitali białostockich i zaczynał mnie ogarniać niepokój. Szpital zwany Czerwonego Krzyża mieścił, się w starej, bardzo prymitywnej kamienicy czynszowej i nie posiadał właściwie żadnej pracowni, tak że nie badano nawet wszystkim chorym moczu. Szpital istniał dzięki niewiarygodnej ofiarności lekarzy [...]. Nieco lepiej przedstawiał się Szpital Położniczo-Ginekologiczny [...] rozpaczliwie źle był ulokowany Szpital Zakaźny, w którym nie istniała nawet możliwość separacji płci [...]. Czymś nad wyraz prymitywnym, była obok Szpitala Zakaźnego, Wojewódzka przychodnia przeciwgruźlicza i jej sale chorych, z niewielką liczbą łóżek. Kierownik poradni i ordynator dr Stanisław Gajewski zaimponował mi jednak jakością pracy, wykonywanej w tych warunkach...” – dalej Kielanowski pisze – „pamiętałem wielką improwizację lubelską z roku 1944. Było wtedy bardzo trudno, ale Lublin ówczesny był w porównaniu ze spalonym, małym Białymstokiem metropolią. Miał przynajmniej wodę, dobry gaz i prąd”¹⁵⁴. Efekt przeprowadzonego rozeznania był w zasadzie negatywny. Być może entuzjazm lekarskiego środowiska lub wieńcząca wizytację krótka wycieczka do Supraśla zdecydowały o podjęciu przez Kielanowskiego tego wyzwania – „była to najbardziej romantyczna, najbardziej lekkomyślna, rzekłbym, że najbardziej polska decyzja w moim życiu. Niemniej [...] ja sam tej decyzji nigdy nie żałowałem”¹⁵⁵.

Poczynając od marca, rozpoczął się niezwykle wyjątkowy okres różnorodnych prac związanych z organizacją i budową powołanej do życia, dziesiątej w kraju uczelni medycznej. W założeniach miała rozpocząć zajęcia w październiku tego roku – czyli w ciągu sześciu miesięcy należało wszystko zorganizować i odbudować! Przez pierwsze miesiące Kielanowski

¹⁵² Archiwum Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, Akta Osobowe Tadeusza Kielanowskiego (dalej AUMB AoTK) sygn. 89/1053, Powierzenie obowiązków służbowych Rektora, s. 16.

¹⁵³ T. Kielanowski, *Powstanie i organizacja Akademii Medycznej w Białymstoku*, „Kwartalnik Historii Nauki i Techniki” 1980, nr 2, s. 300.

¹⁵⁴ Ibidem, s. 302.

¹⁵⁵ T. Kielanowski, *Mój życiorys naukowy*, op. cit., s. 584.

dojeżdżał do Białegostoku mieszkając dalej na stałe w Lublinie i pracując nad koncepcją organizacji uczelni i poszukując odpowiedniej kadry naukowej, co stanowiło bardzo poważny problem – Białystok nie był atrakcyjnym miejscem, a dla wielu projekt zlokalizowania tam akademii medycznej stanowił pomysł dość absurdalny. Ponieważ uruchomiony miał być tylko pierwszy rok konieczne było obsadzenie katedr i zakładów teoretycznych. Ludzi, którzy podjęliby się pionierskiego wyzwania poszukiwał przede wszystkim w znanym sobie środowisku lubelskim. Wspominał – „w Białymstoku doglądałem robót w pałacu i szykowałem sobie pokoik w lewym skrzydle budowli. Za każdym razem przywoziłem książki i inne drobiazgi. W Lublinie szukałem ludzi – lekarzy, których nęciłaby wielka przygoda osiedlenia się w spalonym mieście, gdzie warsztat pracy trzeba było sobie samemu stworzyć z niczego. Kusilem, czym mogłem, ale nikt nie miał złudzeń, wszyscy wiedzieli, że będzie niełatwo. Jakoś jednak ludzie mieli do mnie zaufanie”¹⁵⁶. A w innym miejscu pisał: „Nie warunki materialne miasta i obiektów stanowiły, jak zresztą przewidywałem, największe trudności do pokonania, ale kadry. Dla uruchomienia w jesieni pierwszego roku studiów, trzeba było zachęcić profesorów i asystentów z innych bogatszych środowisk, by przyjechali do spalonego miasta, gdzie na razie nie oferowano im właściwie nic, ani mieszkania, ani gotowego warsztatu pracy”¹⁵⁷.

Pierwszym nauczycielem akademickim, którego udało się nakłonić Kielanowskiemu do pracy w nowej uczelni i objęcia katedry anatomii prawidłowej był Tadeusz Dzierżykray-Rogalski¹⁵⁸, wówczas doktor medycyny i magister antropologii, a w drugim roku istnienia uczelni – jej pierwszy dziekan. Zorganizował w AMB imponujący zakład naukowy i zainicjował tu badania archeologiczne i antropologiczne Jaćwingów, pradawnych mieszkańców białostoczczyzny. Z kolei znakomity przyrodnik – prof. Witold Sławiński¹⁵⁹ z Wydziału Rolnego UMCS, sam zgłosił się do nowej pracy. Objął katedrę biologii i rozwinął działalność naukową i społeczno-oświatową na terenie województwa. Organizując swoją

¹⁵⁶ T. Kielanowski, *Prawie cały...*, op. cit. s. 244.

¹⁵⁷ T. Kielanowski, *Na zdrowy rozum...*, „Służba Zdrowia” 1980, nr 37, s. 4.

¹⁵⁸ Tadeusz Dzierżykray-Rogalski (1918, Warszawa – 1998, Warszawa) – lekarz, antropolog, paleopatolog. Studiował na Wydziale Przyrodniczym oraz Wydziale Lekarskim UMCS w Lublinie; habilitował się w 1951 r., profesorem został w 1958. W Białymstoku organizował i kierował Katedrą i Zakładem Anatomii Prawidłowej Człowieka (1950-62) i był dziekanem Wydziału Lekarskiego AMB (1951-53). Jednocześnie był kierownikiem Katedry Antropologii i prof. kontraktowym AWF w Warszawie. Później pracował w Zakładzie Archeologii Śródziemnomorskiej PAN w Warszawie jako kierownik Pracowni Ekologii Człowieka i Paleopatologii, od 1982 r. profesor w Zakładzie Krajów Pozaeuropejskich PAN. Był organizatorem arabsko-polskich ekspedycji antropologicznych w Egipcie i Sudanie (1958-66) oraz uczestnikiem wielu ekspedycji międzynarodowych, także uczestnikiem akcji ratowniczej UNESCO w Faras (1963-65). Członek: Prezydium Kom. Badań Krajów Afryki, Azji i Ameryki Łacińskiej PAN, Prezydium Kom. Podstawowych Nauk Med. PAN, Prezydium Kom. Nauk Orientalistycznych PAN. Prowadził badania z zakresu antropologii i paleopatologii i paleodemografii na terenie Afryki. Autor ponad 400 prac naukowych, m. in. *La durée de la vie des habitants d’Alexandrie musulmane*. Za: *Kto jest kim w polskiej medycynie*, Warszawa 1987.

¹⁵⁹ Witold Sławiński (1888, Wilno –1964, Białystok) – studiował na Politechnice Lwowskiej i na Wydziale Przyrodniczym Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie; habilitował się w 1937; profesorem został w 1945. Asystent Zakładu Botaniki USB w Wilnie (1919-1923); kierownik Zakładu Botaniki Stosowanej Politechniki Warszawskiej (1937-1939); kierownik Zakładu Botaniki i Fizjologii Roślin UMCS w Lublinie (1945-1950); organizator i kierownik Zakładu Biologii (1950-1962), prorektor AMB w latach 1956-1957. Autor podręcznika *Podstawy fitosocjologii*. Za: *Pół wieku Akademii Medycznej w Białymstoku 1950-2000*, op. cit.

jednostkę stworzył m. in. w przypałacowym parku znakomity ogród botaniczny. Był pełnym pasji człowiekiem o szerokiej wiedzy i zainteresowaniach, czym zyskiwał powszechny szacunek.

Obsady zespołów dydaktycznych – asystentów – z racji niewielkiej liczby lekarzy w Białymstoku, Kielanowski poszukiwał również w Lublinie. Nieocenioną pomoc stanowiła grupa asystentów, najczęściej absolwentów Wydziału Lekarskiego UMCS, uczniów Kielanowskiego – wśród nich kilku z kliniki fizjotrycznej: Stanisław Brokman, Biruta Fąfrowicz, Witold Koziejowski, Jerzy Zdziechowski. Spośród innych specjalności m. in.: dr Jerzy Płatakis – dermatolog, Wanda Kazanowska – ginekolog, Tadeusz Baszyński – biolog¹⁶⁰.

Mimo szerszych początkowo projektów w Akademii Medycznej w Białymstoku stworzono tylko wydział lekarski. Ponieważ z chwilą otwarcia akademii w roku akademickim 1950/51 uruchomiono jedynie pierwszy rok studiów, dlatego też w zasadzie mianowano wyłącznie kierowników zakładów teoretycznych, prowadzących wykłady i ćwiczenia na tym roku. 1 sierpnia 1950 r.¹⁶¹ powołano następujące jednostki i ich kierowników: Zakład Biologii (prof. dr hab. Witold Sławiński), Zakład Anatomii Prawidłowej (z-ca prof. dr Tadeusz Dzierżykray-Rogalski), Zakład Chemii Ogólnej (z-ca prof. dr Tadeusz Czystohorski z Uniwersytetu Łódzkiego), Zakład Histologii i Embriologii (z-ca prof. dr Henryk Godlewski, a później z-ca prof. dr Józef Biborski), Zakład Fizyki (mgr Aleksander Obuchowski – wcześniej nauczyciel fizyki w liceum). Ponieważ w latach powojennych brakowało osób z tytułem profesora i stopniem docenta, co nie pozwalało na obsadzenie stanowisk kierowniczych dostosowano przepisy, wprowadzając tytuł zastępcy profesora i stanowisko docenta nadawano również osobom bez naukowego stopnia doktora¹⁶².

W tym pierwszym etapie, już w czerwcu, Kielanowski uruchomił Bibliotekę AMB. We wrześniu¹⁶³ powołana została pierwsza klinika – Katedra i Klinika Chorób Płuc, którą do końca pobytu w Białymstoku będzie kierował Tadeusz Kielanowski. Kolejne jednostki to: Zespół Nauczania Języków, Zakład Podstaw Marksizmu-Leninizmu; kreowano również Katedrę Psychiatrii (bez powoływania kliniki, mianując kierownikiem zast. prof. dr. Bronisława Kostkiewicza). W ten sposób w roku akademickim 1950/51 Akademia Medyczna w Białymstoku miała osiem zakładów naukowych i klinik, w których pracowało siedmiu samodzielnych pracowników nauki i trzydziestu sześciu – pomocniczych¹⁶⁴.

¹⁶⁰ T. Kielanowski, *Prawie cały...*, op. cit. s. 247, por.: T. Kielanowski, *Powstanie i organizacja Akademii Medycznej w Białymstoku*, op. cit., s. 307.

¹⁶¹ Dz. U. 1950, Nr 36, poz. 339.

¹⁶² Najczęściej byli to jednak ludzie o wysokich kwalifikacjach oraz umiejętnościach dydaktycznych i z reguły osiągając odpowiedni dorobek naukowy, uzyskiwali stopnie i tytuły naukowe. W roli pomocniczej kadry dydaktycznej, jako demonstratorów oraz osoby pełniące funkcje zastępców asystenta, zatrudniano często uzdolnionych studentów ze starszych lat, działających w przedmiotowych kołach naukowych. Wielu z nich podejmowało później pracę naukową, często kontynuując daną specjalność.

¹⁶³ Dz. U. 1950, Nr 36, poz. 385.

¹⁶⁴ Sprawozdanie Dziekana WL za 1950-1955 r.; za: Chlebowski, *Kronika Akademii Medycznej w Białymstoku*, op. cit., s. 259.

Podkreślić należy, że w tym zideologizowanym okresie zatrudnienie na określone stanowiska musiało być uzgadniane przez rektora z organizacją partyjną – rektor nie miał tu wolnej ręki. Kielanowski, sam bezpartyjny – co było ewenementem – umiał pertraktować z ówczesnymi decydentami. Starał się znajdować najlepszych kandydatów, z odpowiednim przygotowaniem i stopniami naukowymi, dążąc jednocześnie do osiedlenia się na stałe nowych pracowników w Białymstoku. Niemniej pojawiało się wiele sytuacji niezwykle trudnych, do takich należała np. sprawa zatrudnienia dr. Godlewskiego z Krakowa, którego po kilku miesiącach, mocą otrzymanej decyzji politycznej, musiał zwolnić ze stanowiska kierownika i zerwać umowę. Czynniki polityczne uznały, że dr Godlewski, jako były oficer Armii Krajowej, nie może pracować na AMB¹⁶⁵.



Fot. 39. Karty z „Kroniki AMB” (AUMB)

Latem 1950 r. Tadeusz Kielanowski zamieszkał na stałe w Białymstoku, w spartańskich warunkach, w pokoju na poddaszu remontowanego pałacu Branickich. Odbudowa pałacu oraz przyległego Collegium Primum, gdzie zlokalizowano pierwsze zakłady podstawowych nauk medycznych, postępowała względnie szybko, mimo piętrzących się trudności związanych z np. dokumentacją techniczną, brakiem materiałów albo ekip wykonawczych. Sam doglądał prac remontowych i budowlanych będąc na miejscu o godzinie piątej rano, przed robotnikami. Zaangażowanie władz miejskich i wojewódzkich, mających na uwadze awans regionu, dawały nadzieję na planową inaugurację roku akademickiego.

Na początek września 1950 r. rektor Kielanowski ustalił termin egzaminu wstępnego dla kandydatów na pierwszy rok studiów. Jedną z jego uczestniczek – dr Teresa Kurowska – wspomina: <<Egzamin wstępny zdawaliśmy siedząc na rusztowaniach w spalonym pałacu Branickich. Nie było nawet krzeseł. Siedzieliśmy na nadpalonych, poplamionych farbami taboretach i ławkach. Nikomu to nie przeszkadzało. W pamięci pozostał mi wysoki brunet, to był właśnie profesor Kielanowski, który podszedł do mnie i spytał: „Koleżanko, siedzi pani tu jak na inkwizycji (musiałam wyglądać na bardzo przerażoną). *A’propos*, co to jest

¹⁶⁵ Wywiad z prof. Jerzym Jakowickim przeprowadzony przez autora pracy 5 lutego 2010 r. w Lublinie. Wywiad niepublikowany i niautoryzowany. Dalej jako: Wywiad z J. Jakowickim. Wg prof. Jakowickiego zdarzenie to spowodowało pewien dystans między gronem profesorów w Gdańsku a Kielanowskim po jego przybyciu do tutejszej Akademii. W tym również początkowo prof. Hillera, którego uczniem był dr Godlewski. H. Godlewski pochodził z rodziny wybitnych przedstawicieli polskiej nauki: był synem fizyka Tadeusza Godlewskiego, bratankiem Emila (1875-1944) – wybitnego lekarza, profesora embriologii i biologii UJ, wnukiem Emila Godlewskiego (1847-1930), botanika, chemika rolnego, twórcy polskiej szkoły fizjologii roślin.

inkwizycja?” Więcej pytań mi nie zadano>>>¹⁶⁶. W wyniku wrześnieowej rekrutacji na pierwszy rok przyjęto 109 studentów¹⁶⁷.

2 października 1950 r., odbyła się pierwsza, skromna, inauguracja roku akademickiego nowej wyższej uczelni, bez oficjalnego uroczystego otwarcia, które miało nastąpić później i... nigdy nie nastąpiło¹⁶⁸. Kielanowski wygłosił wykład inauguracyjny pt. „Materialistyczno-



Fot. 40. Gmach główny uczelni (były pałac Branickich) od strony dziedzińca, zima 2010 r. (fot. J. Halasz)



Fot. 41. Gmach główny uczelni od strony parku, zima 2010 r. (fot. J. Halasz)

dialektyczna historia choroby”, podyktowany duchem czasu i mógł wysłać do Ministra Zdrowia następujący telegram: „Rektor, profesorowie i młodzież Białostockiej Akademii Medycznej donoszą, że w poniedziałek, 2 października o godzinie 8 rano rozpoczęli normalną pracę”¹⁶⁹.

Wspominając tę uroczystość pisał – <<Powiedziałem do studentów, co to jest medycyna, jakie są jej zadania i jakie są obowiązki lekarza, i dodałem także: „Przypatrzcie się sobie wzajemnie, czeka was wiele lat pracy studenckiej, potem całe życie współpracy zawodowej. Oczyma duszy widzę wśród was znakomitych lekarzy różnych specjalności, internistów, chirurgów, dyrektorów szpitali, docentów, profesorów...” Byli bardzo młodzi, nie wierzyli, uśmiechali się, a kiedy powiedziałem, że będą mieli wszyscy własne samochody, cała sala zagrzmiała śmiechem. Jeszcze przez kilka lat pytali mnie koledzy z innych, wielkomiejskich akademii, kiedy akademia białostocka będzie zlikwidowana. A potem coraz częściej, nie pytano już o to, tylko o wolne etaty, aż nadeszły czasy, kiedy absolwenci białostoccy obejmowali katedry we własnej i innych uczelniach, a także wyższe i najwyższe

¹⁶⁶ Wypowiedź T. Kurowskiej w artykule *Romantyczna decyzja*, „Medyk Białostocki” 2004, nr 12, s. 15.

¹⁶⁷ Według sprawozdania dziekana Wydziału Lekarskiego AMB za okres 1950-1955 r. Warto podkreślić, że wśród nich aż 81 osób pochodziło z woj. białostockiego. Wśród wtedy przyjętych były 42 osoby pochodzenia robotniczego, 32 – chłopskiego, 32 – z inteligencji pracującej, 3 osoby pochodziły z rodzin rzemieślniczych. Później, już w ciągu roku akademickiego, zostali przyjęci studenci – po dodatkowym terminie egzaminacyjnym w dniu 12 października lub skierowani przez Ministerstwo Zdrowia z innych akademii; tak więc ostatecznie na roku tym studiowały 162 osoby. Za: J. Chlebowski, *Kronika Akademii Medycznej w Białymstoku*, op. cit., s. 257.

¹⁶⁸ T. Kielanowski, *Powstanie i organizacja Akademii Medycznej w Białymstoku*, op. cit., s. 310.

¹⁶⁹ J. Chlebowski, *Kronika Akademii Medycznej w Białymstoku*, op. cit., s. 258.

stanowiska w administracji służby zdrowia w kraju. Moje wróżby spełniły się¹⁷⁰. Samochody były także>>¹⁷¹.

Pierwszy rok pracy był czasem organizacji od podstaw zakładów naukowych, osiedlania się pracowników nauki, kupowania i zbierania pomocy naukowych, wyposażania biblioteki. Z pomocą przyszły, dzięki staraniom prof. Kielanowskiego, również starsze akademie medyczne, głównie w Lublinie i w Gdańsku.

Odbudowa gmachu pałacu Branickich, byłego seminarium nauczycielskiego (Collegium Primum), a następnie budowa nowych gmachów przeznaczonych na zakłady teoretyczne, domu akademickiego i rozbudowa szpitali, w których miały mieścić się powstające kliniki, odbywała się nieraz przy współudziale studentów. W gmachu głównym jako pierwsza została oddana do użytku część prawego skrzydła pałacu, gdzie znalazły pomieszczenia Zakład Fizyki oraz Zakład Histologii i Embriologii, a także tymczasowo biblioteka akademicka. W pokojach na poddaszu zamieszkał rektor Kielanowski¹⁷² i dojeżdżający wykładowcy. Następnie została wykończona część lewego skrzydła (Zakład Biologii oraz przejściowo biura akademii, które przez pierwsze dwa miesiące znajdowały się na parterze, gdzie zamiast podłogi było klepisko). Docelowym miejscem rektoratu oraz biblioteki był budynek centralny¹⁷³.

W związku z brakiem domu akademickiego, którego budowę rozpoczęto w 1951 r., studenci spoza Białegostoku zamieszkali w salach nieużytkowanych jeszcze pomieszczeń zakładów teoretycznych w Collegium Primum – w jednej z ogromnych sal zamieszkiwało nawet siedemdziesięciu studentów, śpiąc na piętrowych łózkach¹⁷⁴. Funkcjonowanie prowizorycznego domu studenta w salach tworzonych dopiero zakładów utrudniało organizację normalnego toku zajęć. A o trudnych do wyobrażenia warunkach życia mówią liczne sytuacje, np. zanim dotarły łóżka studenci musieli spać na materacach na podłodze – co skończyło się buntem dyplomatycznie zażegnanym przez rektora¹⁷⁵.

¹⁷⁰ Rzeczywiście wielu absolwentów pierwszego rocznika AMB objęło ważne stanowiska w służbie zdrowia: Tadeusz Szlachowski – został wiceministrem zdrowia, Wiesław Dubiel-Tomaszewski – profesorem chirurgii w Uppsali, Konstanty Wiśniewski – profesorem i rektorem AMB, jego brat Lucjan Wiśniewski – profesorem w Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie, Jerzy Jakowicki – profesorem położnictwa w Lublinie, Ryszard Kinałski – profesorem neurofizjologii w Bydgoszczy, Tamara Jelisiejew, Ida Kinałska, Czesław Jerzyna, Tadeusz Januszko – profesorami AMB. Zob. T. Kielanowski, *Prawie cały...*, op. cit. s. 244.

¹⁷¹ T. Kielanowski, *Znowu mrzonki*, op. cit., s. 2.

¹⁷² T. Kielanowski, *Prawie cały...*, op. cit. s. 246.

¹⁷³ Zob. J. Chlebowski, *Kronika Akademii Medycznej w Białymstoku*, op. cit., s. 258. W budynku dawnego seminarium nauczycielskiego umieszczono Zakład Anatomii Prawidłowej, Zakład Chemii Ogólnej i przygotowano pomieszczenie tymczasowe dla Zakładu Fizjologii, a także dla Zakładu Chemii Fizjologicznej.

¹⁷⁴ *Pierwsze lata Akademii Medycznej w Białymstoku we wspomnieniach asystentów i studentów*, wspomnienia T. Kurowskiej, pod red. J. Pietruskiego, „Biuletyn Okręgowej Izby Lekarskiej” 2000, supl. 1, s. 143.

¹⁷⁵ T. Kielanowski, *Powstanie i organizacja Akademii Medycznej w Białymstoku*, op. cit., s. 311. Wobec braku umywalni mieszkańcy tej namiastki akademika korzystali ze studni w podwórzu, a nawet chodzili myć się do oddalonego gmachu głównego. Jako pomieszczenie do nauki studenci wykorzystywali nie tylko

Już w pierwszym roku akademickim rozpoczęły działalność studenckie koła naukowe: anatomów, chemików, biologów, fizyków i koło marksistów; w kolejnych latach wraz z powstawaniem kolejnych katedr i klinik – koło histologów, patologów, fizjologów i in. Swoją działalność od początku rozwijały organizacje studenckie¹⁷⁶: Zrzeszenie Studentów Polskich, będące organizacją masową obejmującą swoim działaniem wszelkie sprawy studiującej młodzieży, a więc socjalo-bytowe i kulturalne i in.; Akademickie Zrzeszenie Sportowe, któremu patronował Tadeusz Kielanowski, był wręcz nieformalnym prezesem honorowym, zawsze zainteresowany rozwojem sportu i przekonany o jego roli w życiu młodego człowieka; i oczywiście nieodzowny wtedy Związek Młodzieży Polskiej, młodzieżowa przybudówka PZPR, czuwający nad „właściwym” rozwojem ideologicznym młodzieży i jej poprawnością oraz aktywnością polityczną. Klub uczelniany AZS powstał spontanicznie na początku października 1950 r., podczas ogólnego zebrania, w którym brał udział rektor, orędownik jego powstania. Inicjatorem i twórcą był student Ryszard Kinałski¹⁷⁷, który ukończył wcześniej studia wychowania fizycznego – pierwszy prezes AZS, po kilku miesiącach odsunięty ze względów politycznych z pełnienia tej funkcji. AZS, zachowując względną niezależność, zrzeszał bardzo wielu studentów. Na zlecenie rektora Kinałski już w pierwszym roku – przed formalnym powołaniem Studium WF w 1953 r. – prowadził zajęcia z wychowania fizycznego, początkowo nawet niewpisywane do indeksu.

W drugim roku akademickim dziekanem Wydziału Lekarskiego został Tadeusz Dzierżykray-Rogalski – wcześniej Kielanowski łączył funkcję rektora z funkcją dziekana. Zostały powołane od 1 września 1951 r. kolejne zakłady i kliniki oraz ich kierownicy: Zakład Fizjologii (prof. Franciszek Krajewski), Klinika Chorób Uszu, Nosa i Gardła (dr Wiktor Hassman), Klinika Chorób Wewnętrznych (prof. Jakub Chlebowski), Zakład Chemii Fizjologicznej (dr Tadeusz Czystohorski), z początkiem 1952 r. powołano Zakład Mikrobiologii Lekarskiej (prof. Stanisław Legeżyński)¹⁷⁸. W 1951 r. rozpoczęto wykopy pod budynki zakładów teoretycznych oraz pod dom akademicki.

2 października 1951 r. rektor Kielanowski dokonał uroczystego otwarcia drugiego roku akademickiego. W przemówieniu inauguracyjnym powiedział: „Kreowanie nowej uczelni akademickiej jest aktem o doniosłości historycznej, aktem, który stanowi duży krok naprzód w rozwoju kultury narodu i państwa. Kreowanie wyższej uczelni w Białymstoku jest dla tego miasta i dla tej ziemi momentem przełomowym, jest symbolem wielkich zmian na lepsze [...]. Każdego dnia pokonywano nowe trudności, naturalne w tworzącej się dopiero instytucji.

korytarze, ale czasem nawet toalety. Zob. J. Chlebowski, *Kronika Akademii Medycznej w Białymstoku*, op. cit., s. 258.

¹⁷⁶ Ibidem, s. 260-261.

¹⁷⁷ Prof. dr Ryszard Kinałski – obecnie na emeryturze, ostatnio był kierownikiem Katedry i Zakładu Neurofizjologii Klinicznej AM w Bydgoszczy. W relacji „Ze wspomnień pierwszego prezesa AZS w Białymstoku” pisze: „Staliśmy się powstałym spontanicznie, ale oficjalnym ugrupowaniem społecznym, liczniejszym od uczelnianego koła ZMP, organizacji prześladowanej mnie od czasu studiów we Wrocławiu. Za: *Pół wieku Akademii Medycznej w Białymstoku 1950 – 2000*, op. cit., s. 126.

¹⁷⁸ Zob. J. Chlebowski, *Kronika Akademii Medycznej w Białymstoku*, op. cit., s. 261.

Młodzież akademicka brała czynny udział w każdej pracy, pracowała fizycznie i pracowała organizacyjnie, stając się w całym tego słowa znaczeniu współtwórcą swojej uczelni. Rok akademicki zakończono pomyślnie¹⁷⁹. Wykonano pełny program szkoleniowy w zakresie wykładów i ćwiczeń, dano młodzieży to wszystko, co przewidywał plan nauczania i stworzono jej warunki życia i warunki pracy nie tylko nie gorsze niż w innych polskich Akademiach, ale nawet w wielu dziedzinach lepsze. [...] Prócz tego uruchomi Akademia jeszcze w tym roku kilka specjalności klinicznych, dzięki którym uzyska społeczeństwo pomoc wysoko kwalifikowanych profesorów chorób wewnętrznych, psychiatrii, chirurgii i laryngologii. Opracowuje się już dokumentację techniczną nowego budynku szpitala klinicznego, obliczonego na 600 łóżek, który zabezpieczy całkowicie i na najwyższym poziomie potrzeby lecznicze świata pracy”¹⁸⁰.

Sukcesywnie zdobywano i organizowano nowe pomieszczenia dla jednostek akademii. Nieocenianą pomocą dla rektora Kielanowskiego były umiejętności organizacyjne i inwencja naczelnika Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia – dr. Witolda Stasiewicza¹⁸¹.

Powstające kliniki lokalizowano w różnych szpitalach społecznej służby zdrowia i budynkach przeznaczonych pierwotnie do innych celów, w tym do nowo zbudowanego obiektu Państwowej Szkoły Pielęgniarskiej. Obiekt ten, przy ulicy Pivnej 25 (obecnie ul. M. Curie-Skłodowskiej) wraz z znajdującym w pobliżu Szpitalem Chirurgicznym (Szpital Miejski nr 2) stanowił załączek Szpitala Wojewódzkiego im. J. Śniadeckiego, powołanego w 1953 r., gdzie znalazło tymczasowe pomieszczenia większość klinik akademii.

Normalizujący się już tok zajęć dydaktycznych i funkcjonowania uczelni zakłócały trwające od początku problemy z personelem administracji oraz związane z uczelnianą organizacją partyjną. Obsadzenie stanowisk administracyjnych sprawiało rektorowi wiele kłopotów – często pojawiali się ludzie dosyć przypadkowi i bardziej zainteresowani swoimi sprawami czy ambicjami. Wynikała z tego dość duża rotacja wśród pracowników oraz nieprzyjemne zdarzenia¹⁸². Z czasem sytuacja się ustabilizowała, w znacznej mierze wraz

¹⁷⁹ Wyniki egzaminów po ukończeniu pierwszego roku akademickiego były następujące: z wynikiem bardzo dobrym – 302 egzaminy, z dobrym – 280, z dostatecznym – 318 i z niedostatecznym – tylko 15. Za: J. Chlebowski, *Kronika Akademii Medycznej w Białymstoku*, op. cit., s. 260.

¹⁸⁰ Przemówienie rektora [...] na inauguracji roku akademickiego 1951/52 Akademii Medycznej w Białymstoku. *Skład Osobowy i Spis Wykładów* [Akademii Medycznej w Białymstoku] na rok akademicki 1951/52, s. 3-4.

¹⁸¹ Witold Stasiewicz (1900, Lida – 1975, Białystok) – studiował na Wydziale Lekarskim USB w Wilnie. W czasie wojny był lekarzem chorób wewnętrznych i zakaźnych w Szpitalu Miejskim w Lidzie. Od 1945 r. zamieszkał w Białymstoku; w latach 1947–1953 był naczelnikiem Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia. W tym czasie położył wielkie zasługi w odbudowie i rozbudowie szpitali i przychodni na terenie województwa białostockiego. Był jednym z inicjatorów i współzałożycieli AMB i blisko współpracował z Kielanowskim. W okresie 1953-1954 pracował jako adiunkt w II Klinice Chorób Wewnętrznych AMB; w 1954 został kierownikiem Katedry i Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia AMB. W tym czasie pełnił też okresowo funkcję konsultanta krajowego organizacji ochrony zdrowia i doradcy Ministra Zdrowia. Pracował równocześnie jako zastępca dyrektora ds. lecznictwa w Szpitalu Wojewódzkim w Białymstoku. Za: R. Grabowski, *Doctor Medicinae Universae Witold Stasiewicz*, „Biuletyn OIL w Białymstoku” 2009, nr 1.

¹⁸² Zob. T. Kielanowski, *Prawie cały...*, op. cit., s. 246 nast. i T. Kielanowski, *Powstanie i organizacja Akademii Medycznej w Białymstoku*, op. cit., s. 310 nast.

z powierzeniem funkcji dyrektora administracyjnego I. Popowskiemu, współpracę z którym wysoko cenił¹⁸³ (w miejsce dr. Bronisława Jodkowskiego, który objął stanowisko adiunkta tworzącej się Kliniki Chorób Wewnętrznych).

Okres stalinowski – znany z różnych metod walki ideologicznej i upowszechniania modelu realnego socjalizmu – to okres wszechwładzy PZPR, przenikającej wszystkie instytucje. Jednakże normalizacji zaczęły ulegać także relacje z organizacją partyjną od czasu skierowania przez komitet Wojewódzki PZPR na stanowisko pierwszego sekretarza Komitetu Uczelnianego Józefa Sulimę, o którym Kielanowski wyraża się pozytywnie, podkreślając jego inteligencję, takt, życzliwość oraz dbałość o rozwój uczelni i pomoc w rozwiązywaniu wielu konfliktów¹⁸⁴.

Na uroczystą inaugurację trzeciego roku akademickiego (1952/53) przybył Minister Zdrowia Jerzy Sztachelski, którego zaangażowanie i życzliwość stanowiły ogromną pomoc



Fot. 42. Rada Wydziału Lekarskiego 1952/53. W pierwszym rzędzie od lewej: prof. W. Sławiński, prof. T. Dzierżykray-Rogalski, rektor – prof. T. Kielanowski, prof. J. Chlebowski, doc. T. Czystohorski; w drugim rzędzie od lewej: dr J. Biborski, dr K. Rodziewicz, dr F. Krajewski, mgr A. Obuchowski, dr J. Płatakis, dr K. Modrzewski (AUMB)

w tym najtrudniejszym okresie powstawania uczelni. Wraz z rozpoczęciem zajęć oddano do użytku część Domu Studenta nr 1¹⁸⁵, co w sposób zasadniczy poprawiło warunki bytowe studiującej młodzieży. Rozwój uczelni wraz z harmonogramem kreowania nowych zakładów oraz klinik był wyznaczany programem nauczania i potrzebami dydaktycznymi kolejnych lat studiów. We wrześniu i październiku 1953 r. rektor Kielanowski powołał znaczną

część jednostek klinicznych, w związku z zajęciami klinicznymi na IV roku. Powstały wtedy m. in.: Katedra i Klinika Okulistyczna, Katedra i Klinika Położnictwa i Chorób Kobięcych, Katedra i Klinika Dermatologii, I Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Katedra i Klinika Neurologii, Katedra i Klinika Chorób Dzieci¹⁸⁶. W kolejnym roku (1954 r.) ukończono

¹⁸³ T. Kielanowski, *Prawie cały...*, op. cit., s. 248.

¹⁸⁴ Ibidem.

¹⁸⁵ Blok E łącznie ze stołówką i kuchnią. Rozpoczęto budowę kolejnych jego części uruchamianych w następnych latach. Zob. *Chronologiczny wykaz wydarzeń za okres 15 lat (1950-1965) Akademii Medycznej w Białymstoku*, pod red. B. Szaykowskiej, „Roczniki Akademii Medycznej w Białymstoku” 1965, supl. 13, s. 51, 54, 59.

¹⁸⁶ Większość z nich umiejscowiono tymczasowo również w budynkach Wojewódzkiego Szpitala im. J. Śniadeckiego, a także wykorzystując bazę lokalową innych szpitali specjalistycznych w Białymstoku.

budowę Collegium Universum, w którym rozmieszczono większość katedr i zakładów nauk teoretycznych. Mieściła się tu również duża sala wykładowa na 330 miejsc¹⁸⁷.



Fot. 43. Widok na nowo wybudowane obiekty AMB: dom studencki i zakłady teoretyczne (AUMB)

Wielką troską rektora Kielanowskiego było zainicjowanie budowy nowej, perspektywicznej bazy klinicznej – Państwowego Szpitala Klinicznego; przy jego współudziale powstawał projekt tej inwestycji i zatwierdzona została lokalizacja. W swoim ostatnim przemówieniu inauguracyjnym mówił: „W znacznie trudniejszych warunkach niż Zakłady Teoretyczne pracują, rozwijają się i – mimo wszystko – rosną nasze katedry kliniczne. [...] Budowa nowych klinik jest więc dziś, po zakończeniu pierwszego okresu organizacyjnego akademii, głównym naszym zadaniem. Potrzeba nowej budowy wynika zresztą nie tylko z konieczności stworzenia warunków szkoleniowych dla studentów i młodych lekarzy, wynika ona także z nieodzownej konieczności obsłużenia gwałtownie rosnącego i budującego się w tym mieście przemysłu. Rok 1955 – musi być rokiem rozpoczęcia prac budowlanych, które ze względu na swoje rozmiary będą musiały potrwać kilka lat”¹⁸⁸. Budowy nie udało się rozpocząć zgodnie z zamierzeniami rektora, jednakże ruszyła w roku następnym. Trwała sześć lat i z końcem 1962 r. nowy szpital został oddany do użytku. Kiedy Kielanowski rezygnował ze stanowiska rektora, w 1955 r., była już akademie licząca się w kraju uczelnią medyczną. W końcu piątego roku akademickiego funkcjonowały trzydzieści dwie jednostki naukowe¹⁸⁹.

W tworzonej przez Kielanowskiego akademii powoli, ale systematycznie rozwijała się praca naukowo-badawcza. Początki były nad wyraz skromne – brak zaplecza i sprzętu; wielu pracowników było ludźmi młodymi bez doświadczenia naukowego, które dopiero zdobywali. Najważniejsze też w tym okresie było skupienie się na organizacji dydaktyki, a kiedy powstawały kliniki – to także na ich organizacji i działalności leczniczej i usługowej, prowadzonej dla regionu. Wcale niezłe efekty naukowe, mimo wszystkich niesprzyjających okoliczności, wydają się być wynikiem nie tylko predyspozycji kadry, ale także jej autentycznego entuzjazmu i chęci usprawiedliwienia śmiałej decyzji stworzenia akademii

Zob. ibidem, s. 51-52; J. Chlebowski, *Rozbudowa Akademii Medycznej w Białymstoku w latach 1952-1955 (Kronika)*, „Roczniki Akademii Medycznej w Białymstoku” 1958, R. 4., s. 256.

¹⁸⁷ K. Worowski, *Początki AMB 1950 – 1955*, „Medyk Białostocki” 2008, nr 61/62, s. 23.

¹⁸⁸ Przemówienie rektora Akademii Medycznej w Białymstoku prof. dra Tadeusza Kielanowskiego na inauguracji roku akademickiego 1954/55, [w:] Skład Osobowy i Spis Wykładów [Akademii Medycznej w Białymstoku] na rok akademicki 1954/55, s. 9.

¹⁸⁹ Kierowało nimi 6 profesorów, 6 zastępców profesora i 15 docentów, a studiowało 1174 osób. W okresie 1950 – 1955 funkcje kierowników pełniło 36 osób, w tym ze środowiska naukowego Wilna – 8 osób, Lwowa – 7, Warszawy – 7, Krakowa – 6, Poznania – 4, a z innych ośrodków 4 osoby. Za: K. Worowski, *Początki AMB 1950 – 1955*, op. cit., s. 22.

w prowincjonalnym mieście¹⁹⁰. Rektorowi Kielanowskiemu zależało na uczynieniu jej równorzędnym i ważnym ośrodkiem naukowym oraz na wprowadzeniu Białegostoku do rodziny miast uniwersyteckich.

Niezwykle istotnym wydarzeniem było uzyskanie w 1951 r. uprawnień do nadawania stopnia doktora nauk medycznych. W tym samym roku przeprowadzono pierwsze przewody doktorskie. Stopień doktora otrzymali: Bronisław Jodkowski, Biruta Fąfrowicz, Stanisław Brokman, Wanda Kazanowska, Jerzy Zdziechowski¹⁹¹. Wszystkie rozprawy dotyczyły różnych zagadnień gruźlicy, a ich promotorem był prof. Kielanowski, który również publikował prace naukowe oraz popularyzujące oświatę zdrowotną (artykuły popularnozdrawotne). Wśród zakładów teoretycznych „lokomotywą” działalności naukowej był Zakład Anatomii Prawidłowej doc. Dzierżykraya-Rogalskiego i Zakład Biologii prof. Sławińskiego. Pierwszy zasłynął z prac z zakresu paleoantropologii i morfologii rozwojowej człowieka. Badania wykopaliskowe prowadził na cmentarzysku we wsi Czarna Wielka¹⁹². Drugi – z badań nad roślinnością i środowiskiem naturalnym, łącznie z badaniami torfów borowinowych i wód leczniczych białostockich¹⁹³, a w 1953 r. zorganizował krajowy zjazd Polskiego Towarzystwa Botanicznego, nazwany Sejmem Botaników Polskich. Była to pierwsza ogólnopolska konferencja naukowa przygotowana przez AMB. W tym samym roku odbył się ogólnopolski zjazd Biochemików z inicjatywy dr. T. Czystohorskiego, a w kolejnym – Ogólnopolski Zjazd Polskiego Towarzystwa Anatomicznego, pod przewodnictwem doc. Dzierżykraya-Rogalskiego. Kielanowski zainicjował także powstanie pisma naukowego – „Roczników Akademii Medycznej w Białymstoku”; pierwszy numer ukazał się w 1955 r.

Tadeusz Kielanowski, podobnie jak w Lublinie, dbał tu o rozwój środowisk naukowych i popularyzację nauki, zdając sobie sprawę, że w mieście pozbawionym tradycji uniwersyteckich stanie się to jednym z ważnych elementów wzrostu kulturalnego, nie tylko miasta, ale i regionu. Już w październiku 1950 r. zorganizował Białostocki Oddział Polskiego Towarzystwa Ftyzjatrycznego¹⁹⁴, któremu przewodniczył do końca swojego pobytu w Białymstoku. Przy jego współudziale powstał w 1951 r. oddział Polskiego Towarzystwa Anatomicznego, którego przewodniczącym został główny twórca oddziału – dr T. Dzierżykray-Rogalski (Kielanowski był członkiem zarządu). Nieco później, w październiku powołał oddział Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. Z ramienia Zarządu Głównego PTL został przewodniczącym oddziału (po zrzeczeniu się tej funkcji przewodniczącym wybrano prof. J. Chlebowskiego). Mając na uwadze popularyzację nauki

¹⁹⁰Zob. J. Chlebowski, *Kronika Akademii Medycznej w Białymstoku*, op. cit., s. 258-259, 281-283; por.: K. Buluk, *Akademia Medyczna w Białymstoku – rozwój i działalność naukowa*, „Roczniki Akademii Medycznej w Białymstoku” 1965, supl. 13, s. 17-20; K. Worowski, *Początki AMB 1950 – 1955*, op. cit., s. 274-275.

¹⁹¹Zob. J. Chlebowski, *Kronika Akademii Medycznej w Białymstoku*, op. cit., s. 267.

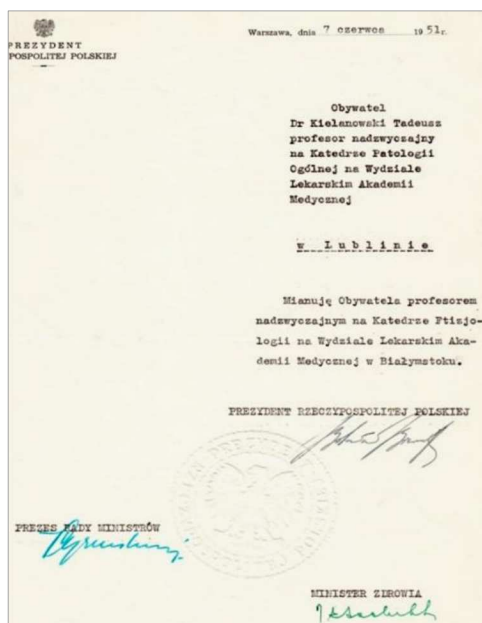
¹⁹² Zob. ibidem, s. 259; por.: K. Worowski, *Początki AMB 1950 – 1955*, op. cit., s. 275; T. Dzierżykray-Rogalski, *Katedra Anatomii Prawidłowej Człowieka*, „Roczniki Akademii Medycznej w Białymstoku” 1960, R. 6, s. 38.

¹⁹³ Zob. K. Worowski, *Początki AMB 1950 – 1955*, op. cit., s. 275.

¹⁹⁴ Zob. *Pół wieku Akademii Medycznej w Białymstoku 1950 – 2000*, op. cit., s. 267.

i docieranie do różnych środowisk białostoczczyzny, zainicjował już w 1950 r. powstanie oddziału Towarzystwa Wiedzy Powszechnej – jego przewodniczącym został dr Dzierżykray-Rogalski. Prowadziło ono wielostronną działalność odczytową i oświatową, czego zwieńczeniem były prowadzone w kolejnych latach tzw. Wykłady Uniwersyteckie¹⁹⁵, na które licznie przychodziła białostocka inteligencja; wyjeżdżano również z popularnonaukowymi prelekcjami w teren. W tym pierwszym okresie, w oparciu o zakłady i kliniki Akademii Medycznej w Białymstoku, w wyniku zaangażowania jej pracowników, najczęściej kierowników jednostek, powstawały kolejne białostockie oddziały towarzystw naukowych, nie tylko lekarskich¹⁹⁶.

Starania o utworzenie kliniki ftyzjatrycznej Tadeusz Kielanowski rozpoczął już w połowie 1950 r. Katedrę Ftyzjologii wraz z kliniką¹⁹⁷ powołano 9 września, natomiast pismem Ministra Zdrowia z 24 października formalnie powierzono mu jej organizację i kierownictwo¹⁹⁸. Gruźlica przez cały czas była groźną chorobą, wiele przypadków kończyło się krwotokami i śmiercią; chorowało dużo dzieci, często na gruźlicze zapalenie płuc. Do czasu powstania kliniki w Białymstoku funkcjonowała Wojewódzka Poradnia



Fot. 44. W klinice – prof. Kielanowski i część zespołu: lab. E. Szymaska, piel. E. Łapińska, dr B. Fajrowicz, piel. H. Kwiatkowska, dr W. Stański, 1954 r. (ZRK)

¹⁹⁵ Zob. T. Dzierżykray-Rogalski, *Katedra Anatomii Prawidłowej Człowieka*, „Roczniki Akademii Medycznej w Białymstoku” 1960, R. 6, s. 36.

¹⁹⁶ M. in.: Polskiego Towarzystwa Botanicznego, powstały w oparciu o Zakład Biologii – przewodniczący prof. Witold Sławiński; Polskiego Towarzystwa Historycznego – również z inicjatywy prof. Witolda Sławińskiego, Polskiego Towarzystwa Archeologicznego – przewodniczący doc. Tadeusz Dzierżykray-Rogalski, Polskiego Towarzystwa Chemicznego – przewodniczący doc. T. Czystohorski, Polskiego Towarzystwa Antropologicznego – przewodniczący doc. Tadeusz Dzierżykray-Rogalski. Zob. J. Chlebowski, *Rozbudowa Akademii Medycznej w Białymstoku w latach 1952-1955 (Kronika)*, op. cit., s. 277-278.

¹⁹⁷ Dz. U. 1950, Nr 36, poz. 385.

¹⁹⁸ AUMB AoTK, nr89/1053, Pismo Ministra Zdrowia, s. 20. Natomiast wg zaświadczenia działu kadr od 1 września pełnił funkcje kierownika. Zob. AUMB AoTK, nr 89/1053, Zaświadczenie, s. 49.

Przeciwgruźlicza i oddział szpitalny w Szpitalu Gruźliczo-Zakaźnym, które mieściły się w starej i zniszczonej kamienicy czynszowej – fatalne warunki lokalowe nie pozwoliły Kielanowskiemu na stworzenie tu kliniki¹⁹⁹. W pełni Klinika Gruźlicy Płuc AMB zorganizowała się w listopadzie 1951 r., podejmując działalność usługową i dydaktyczną w uzyskanym, nie bez trudności, adaptowanym, niewielkim budynku administracyjnym Szpitala Chirurgicznego przy ówczesnej ul. Piwnej (później wchodził on w skład zespołu Wojewódzkiego Szpitala im. J. Śniadeckiego). Oddział kliniczny, liczący 30 łóżek, mieścił się na I piętrze budynku. Na parterze Kielanowski otworzył Miejską Przychodnię Przeciwgruźliczą, obsługiwaną przez zespół pracowników kliniki. We współpracy z Przychodnią Wojewódzką zorganizowano sieć poradni przeciwgruźliczych obejmującą cały region północno-wschodni. W 1952 r. dodatkowo otworzył oddzielną poradnię przeciwgruźliczą dla dzieci – wtedy jedyną w województwie. Zorganizował laboratorium specjalistyczne oraz laboratorium ogólne²⁰⁰.

W tym trudnym, początkowym okresie udało się Kielanowskiemu wyposażyć klinikę w odpowiednie urządzenia i sprzęt (wysokiej jakości aparat rentgenowski, mikroskopy, refraktometry, ciepłarki, aparaty do przepalania zrostów, aparaty do odmy, negataskopy, tablice poglądowe i in.²⁰¹), dzięki którym działalność lecznicza i dydaktyczna mogła być prowadzona na właściwym poziomie. Mógł rozpocząć się także program specjalizacji współpracowników i lekarzy z zewnątrz. Trzon zespołu kliniki tego okresu stanowili głównie asystenci, którzy przyjechali z nim z Lublina: Stanisław Brokman, Biruta Fańrowicz, Witold Koziejowski. S. Brokman i B. Fańrowicz w 1953 r., w dwa lata po obronie prac doktorskich, uzyskali specjalizację II stopnia ftizjatrii i wkrótce po tym zostali awansowani na stanowiska adiunktów²⁰². W roku 1954 nakaz pracy do Białegostoku otrzymał Jan Pietruski, siostrzeniec prof. Kielanowskiego i absolwent Wydziału Lekarskiego w Lublinie – zatrudniony został w klinice na stanowisku asystenta²⁰³.

Prof. Kielanowski wprowadzał w klinice dostępne wówczas techniki diagnostyczne i terapeutyczne. Leczone różnymi preparatami przeciwgruźliczymi; m. in. streptomycyną, która stała się już powszechna i nieco później, niezwykle skutecznym i o małej toksyczności, hydrazidem kwasu izonikotynowego (INH). Główną metodą w leczeniu gruźlicy jamistej pozostawało wytwarzanie i dopełnianie odmy, z którym wiązała się konieczność przepalania

¹⁹⁹ Zob. T. Kielanowski, *Pięciolecie Kliniki Gruźlicy Płuc Akademii Medycznej w Białymstoku*, „Gruźlica” 1957, nr 3, s. 251.

²⁰⁰ Poza badaniami dla potrzeb własnych wykonywały one badania diagnostyczne na potrzeby innych klinik i szpitali białostockich.

²⁰¹ W. Pręgowski, *Katedra i Klinika Gruźlicy Płuc w latach 1951 – 1960*, „Roczniki Akademii Medycznej w Białymstoku” 1960, R. 6, s. 272.

²⁰² Ibidem.

²⁰³ Trzy lata później J. Pietruski uzyskał pierwszą specjalizację z ftizjatrii, jednakże swoją przyszłość związał z laryngologią.

zrostów (zabieg przeprowadzano pod miejscowym znieczuleniem i był on wykonywany na sali operacyjnej kliniki²⁰⁴). Skutecznymi, ale poważnymi zabiegami chirurgicznymi, była torakoplastyka i resekcja tkanki płucnej. Zajął się nimi wręcz siłą nakłoniony przez Kielanowskiego do przyjazdu z Hajnówki, twórca tamtejszego szpitala, niezwykle uzdolniony dr Adam Dowgird²⁰⁵ – jeden z niewielu ówczesnych torakochirurgów²⁰⁶. Klinikę Gruźlicy łączyła ścisła współpraca z oddziałem dr. Dowgirda, między innymi przygotowywała pacjentów do zabiegów chirurgicznych²⁰⁷. Również bardzo dobrze układała się współpraca ze Szpitalem Gruźliczo-Zakaźnym, polegająca m. in. na wymianie chorych (do kliniki przyjmowani byli pacjenci z trudnościami diagnostycznymi, wymagający większych zabiegów lub przygotowywani do operacji) oraz wzajemnych cotygodniowych konsultacjach w obecności wszystkich lekarzy tych jednostek, a także przyjeżdżających z terenu²⁰⁸. Z kolei angażując się w walkę ze społecznym problemem gruźlicy, klinika wspólnie z Wojewódzką Przychodnią Przeciwgruźliczą organizowała wojewódzkie zjazdy ftyzjatrów służące wymianie doświadczeń i upowszechnianiu nowych metod leczenia i zapobiegania.

Klinika Gruźlicy Płuc, pod kierunkiem profesora, zdecydowanie zintensyfikowała akcję zwalczania gruźlicy na terenie miasta i województwa. Dzięki temu zaczęła znacząco spadać liczba chorych na tę dziesiątkującą społeczeństwo chorobę, co przedstawiono na ogólnopolskim zjeździe przeciwgruźliczym w 1956 r. w Warszawie²⁰⁹. Łącząc funkcję kierownika i rektora, nie mógł skupić się na samej klinice, ale był człowiekiem niezwykle zorganizowanym. Często odwiedzał również kliniki akademii i sale chorych – z jednej strony było to bardzo nobilitujące dla pacjentów, że sam rektor interesuje się ich zdrowiem, z drugiej – mobilizowało zespół lekarski do pracy na odpowiednim poziomie²¹⁰.

Pracownicy ftyzjatrii podkreślają zgodnie spokojną atmosferę panującą w klinice, gdzie wszystko miało swoje miejsce i czas (np. nieformalna odprawa odbywała się w laboratorium przy kawie, stwarzając okazję do rozmowy na różne tematy i budując poczucie wspólnoty). B. Fańrowicz wspomina: „Prof. Tadeusz Kielanowski, nasz nauczyciel i najlepszy przełożony, stwarzał atmosferę serdeczności i przyjaźni. Był życzliwy dla wszystkich. Lata

²⁰⁴ Wywiad z B. Fańrowicz. Por.: *Pierwsze lata Akademii Medycznej w Białymstoku we wspomnieniach asystentów i studentów* (Wspomnienia J. Pietruskiego), op. cit., s. 49.

²⁰⁵ T. Kielanowski, *Prawie cały...*, op. cit., s. 250.

Adam J. Dowgird (1913, Dowgirdowo – 1994, Białystok) – studiował medycynę na Uniwersytecie Witolda w Kownie. W czasie II wojny światowej był komendantem kowieńskiego podokręgu AK; w 1944 roku uczestniczył w operacji Ostra Brama. W latach 1944–46 pracował jako lekarz w białostockim oddziale LWP, po czym skierowano go do Hajnówki w celu organizacji szpitala, którego został dyrektorem. W 1953 r. powrócił do Białegostoku; pełnił funkcję dyrektora Wojewódzkiego Szpitala i ordynatora Oddziału Chirurgii. Zasłynął jako wybitny organizator i budowniczy nowych obiektów służby zdrowia. Działał także społecznie; wybudował kompleks kortów i utworzył klub Śniadecja. W 1963 r. uzyskał habilitację. Pełnił funkcje konsultanta wojewódzkiego i regionalnego chirurgii. Zob. *Pół wieku Akademii Medycznej w Białymstoku 1950 – 2000*, op. cit., s. 451.

²⁰⁶ Dr Dowgird w Białymstoku prowadził oddział torakochirurgiczny w II Klinice Chirurgicznej.

²⁰⁷ T. Kielanowski, *Pięciolecie Kliniki Gruźlicy Płuc Akademii Medycznej w Białymstoku*, op. cit., s. 252.

²⁰⁸ Ibidem.

²⁰⁹ *Profesor Tadeusz Kielanowski i jego uczniowie*, Muzeum Historyczne w Białymstoku, s. 9.

²¹⁰ Wywiad z B. Fańrowicz.

pracy pod Jego kierownictwem nauczyły mnie nie tylko ftyzjatrii, ale lojalności, przyjaźni do innych, porządku i wzbudziły szersze zainteresowania niż codzienna praca”²¹¹.

Zajęcia z ftyzjatrii dla studentów odbywały się na IV roku. Ćwiczenia prowadzili wszyscy asystenci w pięcioosobowych grupach studenckich. Wykłady profesora, na które przychodzili także asystenci, cieszyły się ogromną popularnością – jak i w innych sytuacjach ujawniała się jego natura humanisty i erudyty; były żywe, bogate językowo, pełne odwołań do zagadnień poza specjalistycznych – odnosił się do problemów moralnych, filozoficznych i zwykłego życia. Zawsze też miał doskonały, bliski kontakt ze słuchaczami, których potrafił zainteresować i wejść z nimi w dialog. Na I roku wykładał natomiast „Wstęp do kierunku studiów”.

Działalność naukowa kliniki ftyzjatrycznej, podobnie jak i innych jednostek akademii, dopiero się kształtowała. Konieczność skupienia się na zwalczaniu gruźlicy, pomocy chorym nie pozostawiała wiele czasu na intensywną pracę naukową. Jednakże mocnym akcentem było



Fot. 46. Tadeusz Kielanowski w otoczeniu studentów AMB (ZRK)

przygotowanie pięciu prac doktorskich²¹² w oparciu o klinikę, u progu jej funkcjonowania. Następne doktoraty w akademii pojawiły się dopiero po kilku latach. Wykonywano wtenczas głównie prace kazuistyczne, dotyczące metod leczenia różnych postaci gruźlicy – odmy opłucnej, odmy otrzewnowej, lekooporności, działań ubocznych i powikłań leków przeciwgruźliczych, szczególnie streptomycyny²¹³. Wyniki badań i ciekawsze przypadki pracownicy kliniki prezentowali na zebraniach PTL w Białymstoku, które było lekarskim forum, skupiającym większość zespołu akademii (do czasu powstania specjalistycznych towarzystw lekarskich). Natomiast w ramach Towarzystwa Wiedzy Powszechnej Kielanowski wraz zespołem zajmował się upowszechnianiem kultury zdrowotnej; organizowano spotkania w szkołach i innych instytucjach dotyczące m. in. zapobiegania i leczenia gruźlicy. Publikacje

²¹¹ *Pierwsze lata Akademii Medycznej w Białymstoku we wspomnieniach asystentów i studentów* (Wspomnienia B. Fąfrowicz), op. cit., s. 45.

²¹² T. Kielanowski wypromował w tym czasie następujące prace doktorskie:

- Bronisław Jodkowski – *Gruźlica płuc jako choroba współistniejąca przy innych chorobach wewnętrznych* (21 czerwca 1951 r.);

- Biruta Fąfrowicz – *Próby leczenia rozedmy płuc sztuczną odmą otrzewnową* (30 listopada 1951);

- Stanisław Brokman – *Gruźlica płuc u ludzi w wieku powyżej lat 40* (30 grudnia 1951 r.);

- Wanda Kazanowska – *Obraz cytologiczny wydzieliny pochwowej w schorzeniu gruźliczym narządów rodnych kobiety* (30 grudnia 1951 r.);

- Jerzy Zdziechowski – *Ziarnistości patologiczne w zarodki krwinek białych obojętnochłonnych u chorych na gruźlicę płuc* (30 grudnia 1951 r.).

²¹³ Wywiad z B. Fąfrowicz.

prof. Kielanowskiego w tym czasie dotyczą przede wszystkim praktycznych zagadnień związanych z gruźlicą, oświatą zdrowotną i przeciwgruźliczą, ukazują potrzebę badań masowych i szczepień BCG. W „Zdrowiu” opublikował cykl artykułów²¹⁴ popularyzujących wiedzę o gruźlicy.

Funkcję kierownika katedry i kliniki Kielanowski pełnił do 29 lutego 1956 r.²¹⁵ – czyli jeszcze kilka miesięcy po rezygnacji ze stanowiska rektora – do czasu wyjazdu do Gdańska. W styczniu 1957 r. klinikę objął dr Władysław Pręgowski – o osobowości bardzo odmiennej od osobowości twórcy kliniki – do tego czasu, w zastępstwie, obowiązki kierownika katedry pełnił adiunkt dr S. Brokman. Dr Fąfrowicz w 1958 r. wyjechała do Szczecina, odeszło też kilku innych pracowników kliniki²¹⁶.

W okresie białostockim Tadeusz Kielanowski założył rodzinę – w 1951 r. ożenił się z młodziutką Zofią Zielińską, pochodzącą z Wileńszczyzny. Okoliczności zapoznania, również związane z akademią, wspominał po latach: „Obserwując pracę urzędniczek, wybrałem na sekretarkę Rektoratu niespełna dwudziestojednoletnią Zofię Zielińską. Miała jedną wadę, pochodziła z rodziny ziemiańskiej, tak zwanej obszarniczej, spod Grodna i nie zaakceptowano mego wyboru. Wobec tego ożeniłem się z nią...”²¹⁷. Ślub odbył się wczesnym rankiem w Kościele Farnym w Białymstoku. Mimo dzielącej ich różnicy wieku byli bardzo dobrym, przykładowym małżeństwem²¹⁸. Przez cały czas mieszkali w służbowym mieszkaniu przy Akademii Medycznej. W 1952 r. urodził się syn – Maciej²¹⁹, wielka duma profesora.

W maju 1955 r. złożył w Ministerstwie Zdrowia pisemną rezygnację z funkcji rektora z końcem roku akademickiego, sygnalizując już przedtem taką decyzję ministrowi Sztachelskiemu. Jego zamierzeniem było doprowadzenie pierwszego rocznika do końca, do uzyskania dyplomów – chociaż myśli o przekazaniu urzędu pojawiały się wcześniej. Jakie były przyczyny tej rezygnacji? Kielanowski pisał o ogromnym zmęczeniu pełnionymi od wielu lat funkcjami administracyjnymi – z pewnością to oględne sformułowanie zwiera złożone przyczyny – poczynając od faktu sprawowania funkcji w latach 50., czasie centralizacji wszelkiej władzy i braku samodzielności, a w związku z tym ciągłej walki o chociażby względne zachowanie prawa do własnych decyzji w sprawach rozwoju i kształtu uczelni czy też w sprawach personalnych. Nakładała się na to kwestia narastającej podejrzliwości, donosów, a czasem też zazdrości wobec Kielanowskiego – co miało

²¹⁴ Zob. spis prac T. Kielanowskiego umieszczony w wykazie źródeł i literatury.

²¹⁵ AUMB AoTK, nr 89/1053, Zaświadczenie, s. 49.

²¹⁶ Wywiad z B. Fąfrowicz. W 1970 r. B. Fąfrowicz wróciła do Lublina, aby tam objąć stanowisko kierownika Katedry i Kliniki Ftyzjatrycznej AML.

²¹⁷ T. Kielanowski, *Prawie cały ...*, op. cit., s. 249.

²¹⁸ T. Kielanowski czasami żartobliwie przedstawiał swoją żonę: „Zofia Kielanowska – moja córka z pierwszego małżeństwa” (Wywiad z B. Fąfrowicz).

²¹⁹ Maciej Kielanowski – po maturze w I LO w Gdańsku studiował prawo na Uniwersytecie Warszawskim. W latach 80. wyjechał do Wielkiej Brytanii i zamieszkał w Londynie. Jest znawcą prawa brytyjskiego. W ostatnich latach mec. M. Kielanowski zajmował się m. in. pomocą prawną Polakom przyjeżdżającym do Wielkiej Brytanii w poszukiwaniu pracy.

m. in. związek ze zwiększającą się liczbą nadgorliwych, wpływowych członków partii w szeregach pracowników akademii.

Z funkcji rektora Akademii Medycznej w Białymstoku został zwolniony 31 sierpnia 1955 r.²²⁰ (zachowując stanowisko kierownika kliniki). Jego następcą został prof. Stanisław Legeżyński. W międzyczasie choroba wieńcowa, która dała znać o sobie już wcześniej, spowodowała miesięczny pobyt w szpitalu w Krakowie we wrześniu 1955 r. Po powrocie do Białegostoku z ogromnym żalem, który pozostał na zawsze, przyjął wiadomość, że dyplomy studentów prowadzonych przez niego od początku, będzie podpisywał już jego następca. Uroczystość wręczenia pierwszych dyplomów 106 absolwentom, połączona z inauguracją nowego roku akademickiego, odbyła się 22 października. Uczestniczyli w niej przedstawiciele różnych szczebli władz – dyplomy najlepszym absolwentom wręczał minister Sztachelski. Tadeusz Kielanowski wygłosił uroczyste przemówienie, podsumowujące pięciolecie działalności Akademii Medycznej, w ostatnich słowach mówiąc: „Żegnając Was jako Wasz były rektor, nie odczuwam nic prócz dumy i radości. Nic się dla nas nie kończy, a zaczyna się wiele dobrego. Opuścamy Białystok z uczuciem, że nie zmarnowaliśmy tych paru lat. Myślę, że ten okres naszego życia będziemy wspominać dobrze!”²²¹. Za pełną poświęcenia białostocką działalność Kielanowski został uhonorowany Krzyżem Komandorskim Orderu Odrodzenia Polski. W trakcie tej gali akademii nadano imię – Juliana Marchlewskiego, a w auli odsłonięto tablicę upamiętniającą pałac jako siedzibę Tymczasowego Komitetu Rewolucyjnego w okresie wojny polsko-bolszewickiej.



Fot. 47. Wręczenie dyplomów pierwszym absolwentom AMB, 1955 r. T. Kielanowski – pierwszy z lewej (ZRK)



Fot. 48. Karty z „Kroniki AMB”. Artykuły prasowe, 1955 r. (AUMB)

Lata pięćdziesiąte były czasem szczególnym. Studentów tamtego okresu obowiązywała bezwzględna dyscyplina studiów; opuszczanie wykładów, niezaliczenie

²²⁰ AUMB AoTK, nr 89/1053, Zwolnienie z funkcji rektora, s. 40.

²²¹ T. Kielanowski, *Przemówienie wygłoszone na uroczystości wręczenia dyplomów lekarskich [...]*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1956, nr 9, s. 428.

ćwiczeń, niezdanie w terminie kolokwium lub egzaminu było podawane do publicznej wiadomości w gazetce ściennej zwanej „Błyskawicą” i groziło usunięciem z uczelni. W każdym tygodniu odbywała się prasówka dotycząca spraw politycznych z kraju i ze świata. Ciągłe podkreślano socjalistyczny charakter uczelni i w związku z tym potrzebę wdzięczności wobec Polski Ludowej. Znaczna część studentów należała do Związku Młodzieży Polskiej. Często zapisywali się do niej już maturzyści w celu łatwiejszego dostania się na studia. Głoszona przez ZMP doktryna walki klas kazała poszukiwać wrogów w najbliższym otoczeniu. Na organizowanych obowiązkowych masówkach piętnowano i żądano usunięcia z uczelni wrogów klasowych, którym mógł być każdy – dziecko przedwojennego prokuratora, członka AK lub NSZ, kułaka itd. Dr Kurowska wspomina: <<Do dziś utkwiała nam w pamięci masówka, na której padło zdanie: „... koleżanko B. proszę wyjść z sali”. To był koniec jej studiów. Dziewczyna wstała z krzesła i ze spuszczoną głową wyszła – koszmar! Ta wyjątkowo nieprzyjemna atmosfera oczyściła się po usunięciu ze studiów z powodu braku postępów w nauce (nie mieli na to czasu) najbardziej zajadłych poszukiwaczy „wrogów”. Drugą osobą po Rektorze był w Uczelni Sekretarz POP, który współrządził Uczelnią. Ważniejsze były, według niego, różne akcje agitacyjne w terenie niż zajęcia dydaktyczne i praktyczne studentów. Na jego polecenie przekładano niejednokrotnie egzaminy po to, abyśmy mogli i musieli organizować różne zebrania ideologiczne w miasteczkach i wsiach województwa. Mimo wyjątkowo trudnych warunków, organizowaliśmy normalne życie>>²²².

Klimat tamtych czasów w Akademii Medycznej w Białymstoku w pewnej mierze ukazuje powieść Jerzego J. Stawińskiego pt. „Herkulesy”²²³, której bohaterami są pierwsi jej studenci. Początkujący pisarz, przyjaciel T. Dzierżykrya-Rogalskiego, przyjechał na jego zaproszenie do tworzącej się uczelni, aby napisać książkę na zamówienie; był to doskonały temat – młodzież robotnicza i chłopska ucząca się w byłym pałacu magnackim, przemienionym na socjalistyczną uczelnię²²⁴.

Studenci Kielanowskiego, absolwenci pierwszych roczników białostockiej akademii, w swoich wspomnieniach podkreślają jego niezwykłą osobowość, ogromną życzliwość i całkowite oddanie²²⁵. Znaczna część studentów znał z imienia i okazywał zainteresowanie wszystkimi ich sprawami i problemami, również prywatnymi, umiając doradzić i pocieszyć. Traktowano go często wręcz jak ojca. Brał udział w studenckich zabawach, a w szczególności kibicował zawodom sportowym. Był przyjacielem młodzieży, jej powiernikiem i rzecznikiem; każdy student miał prawo wejść do gabinetu rektora, gdzie drzwi zawsze były otwarte – mógł

²²² *Pierwsze lata Akademii Medycznej w Białymstoku we wspomnieniach asystentów i studentów* (Wspomnienia T. Kurowskiej), op. cit., s. 144-145.

²²³ Jerzy Jan Stawiński, *Herkulesy*, Warszawa 1953 r. Tytuł jest nawiązaniem do barokowych posągów Herkulesa stojących na terenie Pałacu Branickich, bardzo popularnych w akademii; ma on swą również symboliczną wymowę.

²²⁴ Powieść ta napisana w konwencji socrealistycznej, odwołująca się do autentycznych wydarzeń, zawiera delikatną krytykę okresu stalinowskiego i ukazuje postać nadgorliwego, o dyktatorskich zapędach, członka ZMP, który pod wpływem środowiska zmienia się w pozytywnego bohatera.

²²⁵ Wywiad z dr. Teresą Kurowską-Dąbrowską przeprowadzony przez autora pracy 29 grudnia 2009 r. w Białymstoku. Wywiad nieautoryzowany i niepublikowany. Dalej jako: Wywiad z T. Kurowską-Dąbrowską.

być pewien, że pomocy się mu nie odmówi. W tych trudnych ideologicznie czasach potrafił rozmawiać i pertraktować z ówczesnymi władzami²²⁶, często stając w obronie studentów. Dbał o stworzenie w miarę odpowiednich warunków nauki – podkreślając, że jest ona podstawowym obowiązkiem młodzieży. Na tym tle pojawiały się konflikty z różnymi „czynnikami”, dla których istotniejsze często były akcje propagandowe czy społeczne (np. żniwne i wykopkowe, wspomagające źle prosperujące PGR-y).

Absolwenci AMB cyklicznie, do tej pory, organizują spotkania pierwszych roczników; przez wiele lat przyjeżdżał na nie Kielanowski, witany brawami. Prof. J. Jakowicki pisał: „Myślę, że jemu zawdzięczmy to, że od tylu lat, my białostoccy absolwenci, trzymamy się razem. Należymy do tego grona lekarzy, którzy nie byli zamieszani w afery korupcyjne i o których nie można powiedzieć, że się dorobili. Tak nas wychowano i tak nas nauczono”²²⁷.

E. Bernacki w artykule zamieszczonym w „Białostoczczyźnie”²²⁸, doceniając wkład Kielanowskiego w organizację uczelni, jednocześnie zarzuca mu polityczną uległość, niesamodzielność decyzji i opieszałość wobec relegowanych studentów. Przytacza fragment opinii ówczesnego sekretarza partii: „Konsultuje się z POP, w przypadku różnicy zdań wycofuje się z zajętą stanowiska”²²⁹ oraz „posiada dar ujmowania młodzieży i pracowników nauki. Jest lubiany przez młodzież i pracowników, nie zawsze przez profesorów. Wrażliwy na zaszczyty i honory. Współpracuje z komitetem Uczelnianym. Pozytywnie ustosunkowuje się do wniosków i uchwał Komitetu”²³⁰. Z jednej strony – do tego rodzaju opinii należy podchodzić z ostrożnością, z drugiej – wydane one były przez późniejszego sekretarza POP, J. Sulimę, z którym współpracował Kielanowski, po wcześniejszych konfliktach z przedstawicielami partii, układała się względnie dobrze.

Tadeusz Kielanowski nie był opozycjonistą, zawsze podkreślał swoją apolityczność i niezależność, ale też nie przekraczał pewnych granic. Posiadał ogromną umiejętność podejmowania dialogu z ludźmi o różnych przekonaniach i rozmawiania z ówczesnymi władzami partyjnymi. Inteligentnie i z wyczuciem, z poczuciem humoru, a zarazem taktownie potrafił obnażać ideologiczne i niewłaściwe decyzje. Swoją wszechstronną wiedzą, a także samą postawą robił wrażenie na swoich interlokutorach, co sprawiało, że liczono się z jego zdaniem. Sam, będąc we Lwowie członkiem AK, podejmował się obrony pracowników uczelni i studentów, którzy podlegali ostracyzmowi ówczesnej władzy ze względu na swoją przeszłość lub poglądy polityczne. M. Uszyński chyba trafnie określa Kielanowskiego jako „mistrza chodzenia po linii politycznej tamtych lat”.

Warto przytoczyć kilka, tytułem przykładu, świadectw wskazujących na ochronę przed szykanami pracowników i studentów.

²²⁶ Wywiad z J. Jakowickim.

²²⁷ *Absolwenci wspominają*, opr. D. Ślósarska, „Medyk Białostocki” 2005, nr 11, s. 14.

²²⁸ E. Bernacki, *Tadeusz Michał Kielanowski (1905-1992)*, „Białostoczczyzna” 1996, nr 2, s. 87-91.

²²⁹ AUMB AoTK, nr 89/1053, Opinia prof. dr. T. Kielanowskiego (strony nienumerowane).

²³⁰ AUMB AoTK, nr 89/1053, Charakterystyka ob. Rektora prof. dr. T. Kielanowskiego (strony nienumerowane).

Mieczysław Uszyński: „Pierwszy Rektor AMB prof. Tadeusz Kielanowski był mistrzem chodzenia po linii politycznej tamtych lat. Potrafił przyjąć na studia byłego żołnierza armii Andersa (J. Kuźmiński), córkę oficera zamordowanego w Katyniu (R. Folejewska) i innych... Pomagał studentom zagrożonym politycznie... Ani razu nie wziął udziału w zebraniach, na których wyrzucano ze studiów. [...] W zarządach zetempowskich mówiono, że prof. Kielanowski jest cichym opozycjonistą z silnymi plecami w górze. Nie wiedzieliśmy wtedy, że poza pulmonologią jest specjalistą deontologii i etyki. Właściwie wykładał nam ten swój ulubiony przedmiot w mini-happeningach, które sam powodował, np. w stołówce, na wieczorkach i na planowanych spotkaniach z całym rokiem”²³¹.

Dr Józef Kuźmiński: „Latem 1950 r. złożyłem dokumenty na wydział lekarski powstającej Akademii Medycznej, które odrzucił – rzekomo – również czujny delegat Ministerstwa Zdrowia ds. Rekrutacji, któremu nie podobała się moja przeszłość. W mojej obronie stanął rektor oraz dyrektor administracyjny akademii”²³². W 1953 r. J. Kuźmiński został usunięty z uczelni za przekonania polityczne z grupą dziesięciu innych studentów. Zrzucano mu m. in.: klerykalizm, przynależność do AK, naśmiewanie się z kultury chińskiej, słuchanie radia londyńskiego. „Dzięki interwencji rektora Tadeusza Kielanowskiego, który przedstawił sprawę ministrowi Sztachelskiemu jako proces tępienia inteligencji polskiej, gdyż miało być usunięte z uczelni troje dzieci lekarskich – minister reaktywował mnie w prawach studenckich”²³³.

Prof. dr Andrzej Kaliciński: „Po dwóch latach zacząłem starania o pracę w różnych uczelniach medycznych. Wszędzie kadry odpowiadały tak samo: nie ma miejsc (dla żołnierzy

AK, byłem ujawniony). W roku 1950 powstała Akademia Medyczna w Białymstoku. Postanowiłem raz jeszcze i tu próbować. [...] zgłosiłem się do prof. Tadeusza Kielanowskiego, który był rektorem tej młodej uczelni. Gdy wyłożyłem mu swoją sprawę, odrzekł, że widzi dla mnie możliwość pracy w Akademii, lecz musi sprawę omówić z kadrówką. Ku mojemu zdumieniu kadrówka wyraziła



Fot. 49. „Medyk Białostocki” przypominający postać T. Kielanowskiego oraz folder wystawy.

²³¹ M. Uszyński, *Wspomnienia*, [w:], *Pół wieku Akademii Medycznej w Białymstoku 1950 – 2000*, op. cit., s. 119.

²³² *Pierwsze lata Akademii Medycznej w Białymstoku we wspomnieniach asystentów i studentów* (Wspomnienia J.J. Kuźmińskiego), op. cit., s. 166. Dr Józef Kuźmiński – były kierownik Międzyzakładowej Przychodni Przemysłowej w Dojlidach

²³³ *Ibidem*, s. 168.

zgodę; nie wiem, jak rektor to załatwił, nie pytałem go nigdy o to”²³⁴.

Doc. dr hab. Krystyna Kuczyńska: <<otrzymałam nakaz pracy w AMB. Po niezwykle uprzejmym i nawet serdecznym przyjęciu przez Pana Rektora udałam się do Działu Kadr w celu dokonania formalności niezbędnych do mojego zatrudnienia. W zdumienie wprawiła mnie wiadomość usłyszana od kierowniczkę kadr, że mimo nakazu pracy moje zatrudnienie wcale nie jest pewne. Padło zdanie: „nie wiem czy panią zatrudnię, muszę sprawdzić pani postawę ideologiczną”. Jednakże po zawiadomieniu Pana Rektora i na jego natychmiastową osobistą i ostrą interwencję bieg dalszych formalności przebiegał bez zakłóceń>>²³⁵.

Akademia Medyczna w Białymstoku była ewenementem w skali kraju. Tadeusz Kielanowski nie był jej pomysłodawcą. Kiedy przyjechał prace remontowe już były rozpoczęte, a władze przekonane o potrzebie jej powstania – ale był odpowiedzialny za całą organizację tego logistycznie beznadziejnego zadania; w Białymstoku nie było ani zaplecza ani kadr, które można byłoby wykorzystać. Akademia z pewnością powstałaby, machina – mimo całej prowizoryczności tego przedsięwzięcia już ruszyła. Ale trudno powiedzieć, kiedy i jakie byłyby koleje jej rozwoju. Kielanowski stworzył uczelnię medyczną z prawdziwego zdarzenia i przeprowadził ją przez stalinowski okres w zasadzie bezkonfliktowo i spokojnie.

Od wielu lat środowiska lekarskie związane z białostocką Okręgową Izbą Lekarską, w szczególności absolwenci pierwszych roczników, starają się o nadanie Akademii Medycznej w Białymstoku imienia Tadeusza Kielanowskiego, wnioskując do rektora i Senatu uczelni. Zwracają się też do władz miasta o nazwanie którejś z ulic czy placów Białegostoku jego imieniem²³⁶. Do tej pory nie uzyskano pozytywnej odpowiedzi...

²³⁴ Ibidem, s. 37, (Wspomnienia A. Kalicińskiego). Prof. dr Andrzej Kaliciński – były kierownik Kliniki Kardiologicznej oraz rektor AMB w latach 1990-1993

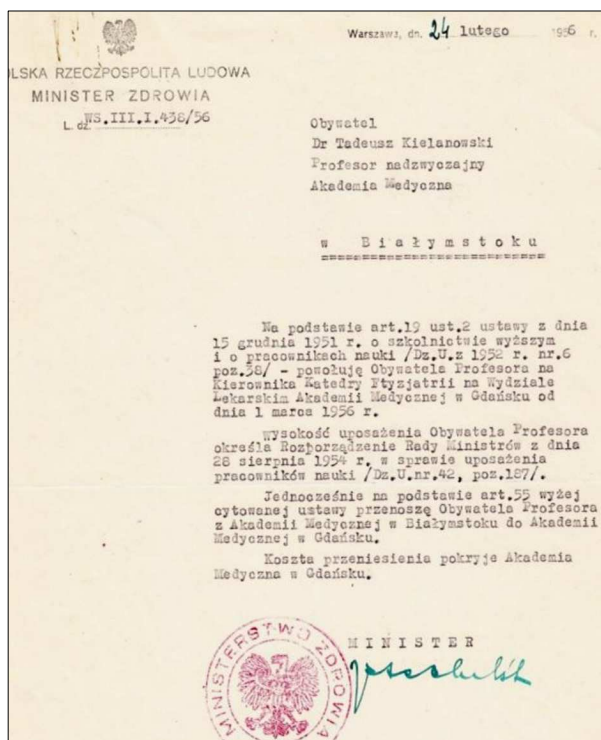
²³⁵ Ibidem, Wspomnienia K. Kuczyńskiej, s. 71. Doc. dr hab. Krystyna Kuczyńska – były pracownik naukowy Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie:

²³⁶ Środowisko lekarskie Białegostoku wystosowywało wiele pism do władz uczelnianych i miejskich, m. in. „List do JM Rektora i Wysokiego senatu Akademii Medycznej w Białymstoku” w marcu 2004 r. oraz „List do Prezydenta Białegostoku” w listopadzie 2009 r. Na podst. zbiorów prywatnych Teresy Kurowskiej-Dąbrowskiej (ZTKD) oraz wywiadu z T. Kurowską-Dąbrowską.

6. Okres gdański

6.1. W Klinice Gruźlicy i Chorób Płuc Akademii Medycznej w Gdańsku²³⁷

Pismem Ministra Zdrowia 1 marca 1956 r. Tadeusz Kielanowski został powołany na kierownika Katedry Ftyzjatrii Akademii Medycznej w Gdańsku²³⁸. Katedrą i kliniką, od jej



Fot. 50. Powołanie na stanowisko kierownika Katedry Ftyzjatrii AMG (ZRK)

powstania w 1947 r., do swej przedwczesnej śmierci wiosną 1955 r., kierował prof. Michał Telatycki²³⁹ – wybitny specjalista ftyzjatra, społecznik i pierwszy kierownik Wydziału Walki w Gruźlicą w Ministerstwie Zdrowia. Po jego śmierci przez rok obowiązki kierownika pełnił adiunkt dr Jan Sołtys.

Po powstaniu ALG leczeniem gruźlicy zajmował się wydzielony szpitalny oddział II Kliniki Chorób Wewnętrznych, kierowanej przez prof. Semerau-Siemianowskiego. W związku z planowanym utworzeniem katedry wraz z kliniką gruźlicy władze ALG rozpoczęły poszukiwanie odpowiedniego kandydata, zwracając się najpierw do Kielanowskiego.

²³⁷ W tytule rozdziału używam opisowej, polskiej nazwy tej jednostki ze względu na zmiany w terminologii specjalności „nauki o gruźlicy” i zmieniający się profil kliniki. Specjalność tę nazywano początkowo fizjologią lub ftyzjologią, wreszcie ftyzjatrią. Jednostka gdańskiej uczelni nosiła nazwy: Katedra i Klinika Ftyzjologii, pod koniec lat 60. – Katedra i Klinika Ftyzjatrii; w związku z przeprofilowaniem w kierunku również innych chorób płuc, w okresie tworzenia instytutów w 1970 r. zmieniła nazwę na: Klinika Ftyzjopulmonologiczna Instytutu Chorób Wewnętrznych. W 1984 r. została wydzielona ze struktur Instytutu i otrzymała nazwę: Katedra i Klinika Chorób Płuc i Gruźlicy.

²³⁸ AGUMed AoTK, nr 286/50, Powołanie na kierownika Katedry Ftyzjatrii, s. 2.

²³⁹ Michał Telatycki (1898, Sankt Petersburg – 1955, Gdańsk) – jeden z czołowych organizatorów polskiej ftyzjatrii. Studiował medycynę w Wojskowej Akademii Leningradzkiej, potem na Uniwersytecie Warszawskim. W latach 1935–1939 był lekarzem naczelnym w Sanatorium Wojskowym dla Chorych na Gruźlicę w Otwocku. Po wybuchu wojny został lekarzem naczelnym w Szpitalu Wojskowym w Dęblinie. Później w Warszawie, organizował palcówki przeciwgruźlicze. W latach 1941–1944 pełnił obowiązki kierownika Referatu Walki z Gruźlicą miasta Warszawy. W maju 1945 r. dzięki jego staraniom powstał Departament Medycyny Społecznej przy Ministerstwie Zdrowia, gdzie został kierownikiem Wydziału Walki z Gruźlicą. W 1945 sprowadził szczepionkę przeciw gruźlicy. Od 1947 r. był kierownikiem Katedry i Kliniki Ftyzjatrycznej AMG, konsultantem wojewódzkim gruźlicy, brał udział w organizacji wielu placówek i sanatoriów przeciwgruźliczych w woj. gdańskim. Habilitował się w 1949 r., od 1950 r. – prof. nadzwyczajny. Był autorem pierwszych materiałów dydaktycznych z zakresu gruźlicy. Za: M. Szmuda, *Telatycki Michał (1998–1955)*, [w:] *Ludzie Akademii Medycznej w Gdańsku*, pod red. Z. Machalińskiego, t. 5, Gdańsk 2007.

Dziekan Wydziału Lekarskiego – prof. Pawlas, pisał do Kielanowskiego: „W wykonaniu uchwały Rady Wydziału Lekarskiego ALG z dnia 12 IX 1947 r. zwracam się do Pana Profesora z propozycją objęcia katedry patologii ogólnej oraz oddziałów gruźliczych ALG, z tym że po uzyskaniu aprobaty Ministerstwa Zdrowia oddziały gruźlicze byłyby wyosobnione w samodzielnej klinice fizjologicznej. Obsada obu powyższych stanowisk jest, w związku z uruchomieniem w b.r. akademickim całkowitego studium lekarskiego, sprawą szczególnie pilną ...”²⁴⁰. W dalszej części listu dziekan prosił, aby w wypadku niemożności przeniesienia się do Gdańska, podjął się wykładów zleconych z patologii ogólnej. Wobec organizowania w tym czasie wydziału lekarskiego UMCS oraz splotu innych okoliczności, Tadeusz Kielanowski pozostał w Lublinie, dojeżdżając do Gdańska jedynie w roku akademickim 1947/48 na wykłady z patologii²⁴¹. Wydziałowi Lekarskiemu ALG udało się później pozyskać dr. Telatyckiego na stanowisko kierownika Katedry i Kliniki Fizjologii, utworzonej w listopadzie 1947 r. Zajmowała ona dwa baraki na terenie szpitala przy ul. Dębinki 7 (połączone później krytym korytarzem i wyposażone przez jej pierwszego kierownika).

Kielanowski już wcześniej związany był emocjonalnie z gdańską uczelnią: tu pracowało wielu znajomych ze Lwowa i Lublina, a Gdańsk był miastem, z którym w planach wielokrotnie wiązał swoje powojenne życie – ale los prowadził je innymi drogami.



Fot. 51. Wyjazd z Białegostoku do Gdańska, 1956 r. (ZRK)

W Gdańsku, wobec trudności znalezienia mieszkania, na stałe wraz z rodziną zamieszkał w grudniu 1956 r. – w kamienicy przy al. Zwycięstwa 27. Przez pierwsze miesiące swej pracy dojeżdżał z Białegostoku. Z początków gdańskiego okresu Kielanowski szczególnie serdecznie wspomina²⁴² lwowianina prof. Mozołowskiego²⁴³ i poznanego przed wielu laty w Wilnie prof. Hillera²⁴⁴ oraz swoich dyplomantów z Lublina, małżeństwo:

²⁴⁰ Materiały z wystawy „Tadeusz Kielanowski i jego uczniowie”, List dziekana WL ALG do Tadeusza Kielanowskiego z 22 IX 1947 r.

²⁴¹ AGUMed AoTK, nr 286/50, Umowa o pracę, s. 23.

²⁴² T. Kielanowski, *Prawie cały ...*, op. cit., s. 262-264.

²⁴³ Włodzimierz Mozołowski (1895, Sanok – 1975, Gdańsk) – wybitny biochemik, w nauce światowej znany jako twórca własnej szkoły biochemii. Był uczniem Parnasa i profesorem USB w Wilnie. Po wojnie zorganizował i kierował Katedrą i Zakładem Biochemii AMG. Był wspaniałym dydaktykiem o wielkiej energii i entuzjazmie, wykładał i organizował zajęcia praktyczne, zdobywał wyposażenie laboratoryjne oraz przygotowywał skrypty i podręczniki dla studentów (9 podręczników). Założył Polskie Towarzystwo Biochemiczne i redagował „Acta Biochimica Polonica”. Zob. A.M. Ochocka, Z. Kamiński, *Mozołowski Włodzimierz Antoni Witold (1895-1975)* [w:] *Ludzie Akademii Medycznej w Gdańsku*, pod red. Z. Machalińskiego, t. 1, Gdańsk 2003.

²⁴⁴ Stanisław Hiller (1891, Łódź – 1965, Gdańsk) – znakomity histolog. Był profesorem USB w Wilnie i pełnił funkcję dziekana Wydziału Lekarskiego w latach 1935/1936 i 1937/1938; prorektorem był w r. 1938/1939. W 1945 roku organizował Katedrę i Zakład Histologii i Embriologii Akademii Lekarskiej w Gdańsku. W latach 1956-1959 był prorektorem ds. dydaktyki. Był człowiekiem ogromnej wiedzy, przeprowadził m. in. pionierskie w Polsce histochemiczne badania organogenezy u kręgowców. Cieszył się

Danutę Hillerównę i Jerzego Dybickiego – późniejszego wybitnego chirurga; trwałe więzy przyjaźni będą go łączyły z prof. Pensonem²⁴⁵, wieloletnim rektorem AMG, a w szczególności z prof. Bilikiewiczem²⁴⁶, wybitnym psychiatrą oraz historykiem i filozofem medycyny.

Podczas swojej pierwszej inauguracji roku akademickiego w gdańskiej uczelni, 8 października 1957 r., Kielanowski wystąpił z wykładem inauguracyjnym „Renesans myśli moralnej w medycynie”. W pewnym sensie można to wystąpienie nazwać „programowym”. Nawiązując do myśli filozoficznej, ukazując związki między filozofią a medycyną oraz przeogromny i dobroczynny postęp naukowo-techniczny medycyny – przestrzegał przed fascynacją technologicznymi możliwościami i wskazywał na konieczność zachowania przez lekarza wrażliwości na cierpienie, wrażliwości moralnej wobec rodzących się nowych problemów związanych z biomedycznym rozwojem: „Medycyna współczesna – mówił Kielanowski – przeradzając się ze sztuki przynoszenia ludziom ulgi w cierpieniu, w naukę przyrodniczą, coraz bardziej ścisłą, zagubiła gdzieś po drodze swój właściwy sens. Lekarz, uzbrojony w niezwykle precyzyjne aparaty fizyko-chemiczne, potentat naukowy w stosunku do swojego przodka z przed lat stu, a nawet pięćdziesięciu, szuka obiektywnych, fizyko-chemicznych przyczyn choroby i w gorączce tego poszukiwania traci z oczu zwykły prosty fakt, ten mianowicie, że dla chorego choroba nie jest żadnym zjawiskiem fizykochemicznym, ale smutnym przeżyciem, cierpieniem, nieszczęściem”²⁴⁷. Problematyka moralna, humanistyczny wymiar medycyny obok zawodowej specjalności, stanie się w tym czasie zasadniczym wymiarem jego działalności.

Tytuł profesora zwyczajnego Kielanowski otrzymał uchwałą Centralnej Komisji Kwalifikacyjnej dla Pracowników Nauki z 28 listopada 1957 r.²⁴⁸. Obejmując kierownictwo

wielkim autorytetem i szacunkiem. Przed wojną był członkiem PAU, a po wojnie członkiem kilku komisji PAN. Zob. K. Rębała, D. Hering, Z. Kamiński, *Hiller Stanisław Kazimierz (1891-1965)* [w:] *Ludzie Akademii Medycznej w Gdańsku*, pod red. Z. Machalińskiego, t. 3, Gdańsk 2004.

²⁴⁵ Jakub Penson (1899, Płock – 1971, Gdańsk) – wybitny lekarz internista, działacz społeczny. Ukończył medycynę na UJ. Pracował w Warszawie w szpitalu na Czystem, od 1939 r. był ordynatorem oddziału wewnętrznego. W czasie wojny z poświęceniem pracował w szpitalu w getcie, a następnie ukrywał się pod przybranym nazwiskiem. W 1948 r. habilitował się w AM w Łodzi. Od 1949 kierował Kliniką Chorób Wewnętrznych AMG. W latach 1950-1953 pełnił funkcję prorektora. Rektorem AM w Gdańsku był w okresie 1953-1956, a następnie 1962-1968. Zob. A. Kosmol, B. Bzoma, S. Kamiński, *Penson Jakub (1899-1971)* [w:] *Ludzie Akademii Medycznej w Gdańsku*, pod red. Z. Machalińskiego, t. 3, Gdańsk 2004.

²⁴⁶ Tadeusz Bilikiewicz (1901, Lwów – 1980, Gdańsk) – wybitny lekarz psychiatra, historyk i filozof medycyny. W latach 20. został poważnie ranny w walkach o Lwów. Studiował medycynę, potem filozofię na UJ. W okresie 1926-1928 przebywał w sanatorium w Szwajcarii oraz pracował w klinice psychiatrycznej w Zurychu. W latach 1928-1935 był pracownikiem Zakładu Historii Medycyny UJ. W 1931 r. otrzymał doktorat z filozofii oraz habilitował się z historii medycyny. W okresie 1935-1939 był ordynatorem Zakładu Psychiatrycznego w Kocborowie. W szpitalu tym pracował także podczas okupacji hitlerowskiej; ukrywał Polaków i Żydów w podziemiach szpitala. Od stycznia 1946 objął kierownictwo Kliniki Psychiatrycznej ALG, oraz kierował Katedrą Historii i Filozofii Medycyny – zlikwidowanej w 1948 r. W 1948 r. uzyskał habilitację z psychiatrii, w 1953 r. został mianowany prof. zwyczajnym. Twórczo pracował w zakresie psychiatrii, historii oraz filozofii medycyny. Uważany jest za twórcę tzw. gdańskiej szkoły psychiatrii. Za: S. Konieczna, W. Suchodolski, *Bilikiewicz Tadeusz (1901- 1980)* [w:] *Ludzie Akademii Medycznej w Gdańsku*, pod red. Z. Machalińskiego, t. 5, Gdańsk 2007.

²⁴⁷ T. Kielanowski, *Renesans myśli moralnej w medycynie*, Informator na rok akademicki 1957/58, Gdańsk 1957, s. 11.

²⁴⁸ AGUMed AoTK, nr 286/50, Uchwała CKK dla Pracowników Nauki, s. 30.

gdańskiej kliniki postanowił, że nie będzie już pełnił żadnych funkcji administracyjnych w uczelni i faktycznie brał udział jedynie w pracach senackich komisji. Przez wiele lat przewodniczył Komisji Dyscyplinarnej dla Studentów, a w latach 60. okresowo był przewodniczącym Komisji dla Spraw Młodzieży, wiceprzewodniczącym Komisji Dyscyplinarnej dla Pracowników Naukowo-Dydaktycznych i członkiem Komisji do Spraw Naukowych²⁴⁹. Zgodnie ze swoimi wcześniejszymi zamierzeniami poświęcił się pracy klinicznej, dydaktycznej, naukowej i publicystycznej oraz społecznej.



Fot. 52. Zofia i Tadeusz Kielanowscy (ZRK)

Fot. 53. Dokument nadania tytułu profesora zwyczajnego (ZRK)

Chorzy na gruźlicę stanowili w tym czasie zdecydowaną większość hospitalizowanych w klinice pacjentów, a naukowa działalność pracowników kliniki skupiała się głównie na problemach związanych z tą chorobą i jej leczeniem. W latach 50., mimo masowych szczepień BCG i badań rentgenologicznych oraz pierwszych skutecznych leków (rozpowszechniona już streptomycyna oraz bardzo skuteczny, stosowany od pierwszej połowy lat 50., i do dzisiaj, hydrazyd kwasu izonikotynowego) gruźlica była pierwszoplanowym problemem społecznym. Wielu ludzi bardzo ciężko przechodziło tę chorobę, a także umierało z jej powodu. Umierali głównie na krwotok płucny w rozległej gruźlicy jamisto-włóknistej. Częściej na chorobę zapadały osoby niżej sytuowane, biedni, ludzie starzy, alkoholicy – w dalszym ciągu była to tzw. „choroba nędzy”. Bardzo odczuwalny był brak miejsc w klinice, zdarzało się, że po ostrym dyżurze pacjenci leżeli także na korytarzach²⁵⁰.

Prof. Kielanowskiemu, przy współpracy asystentki – dr T. Gwoździewicz²⁵¹, udało się uzyskać dwa budynki na szpitalne oddziały gruźlicy i obsadzić je odpowiednią kadrami, co zdecydowanie poprawiło jakość i efekty leczenia. Były to: budynek Szpitala Czerwonego

²⁴⁹ Skład osobowy, Akademia Medyczna w Gdańsku; składy osobowe za lata 1956 – 1975, passim.

²⁵⁰ Wywiad z dr. Barbarą Madey przeprowadzony przez autora pracy 13 maja 2010 r. w Gdańsku. Wywiad niepublikowany i nieautoryzowany. Dalej jako: Wywiad z B. Madey.

²⁵¹ T. Kielanowski, *Prawie cały...*, op. cit., s. 266.

Krzyża w Gdyni-Redłowie oraz zabytkowy pałacyk z parkiem na Stawowiu w Sopocie, wcześniej znajdował się tam Miejski Szpital Położniczo-Ginekologiczny.

W 1967 r., po przeprowadzeniu się Kliniki Chorób Zakaźnych do nowego budynku, Klinika Ftyzjologii uzyskała trzeci sąsiadujący z nią pawilon, który połączono z pozostałymi krytym korytarzem²⁵². Staraniem kierownika dokonano generalnego remontu i częściowej rozbudowy m. in. w łączniku między pawilonami wybudowano dużą salę seminaryjną oraz dodatkowe pomieszczenia na potrzeby chemioterapii, spirometrii. Została przebudowana sala zabiegowa dla badań bronchologicznych oraz prostszych zabiegów – torakoskopii oraz nakłuć i zakładania drenów do jamy opłucnej. Kielanowski w Klinice stopniowo wprowadzał nowe metody lecznicze i diagnostyczne, jak np. badania czynnościowe układu oddechowego²⁵³.



Fot. 54. Pawilony Katedry i Kliniki Gruźlicy i Chorób Płuc AMG – obecnie Klinika Pneumonologii oraz Klinika Alergologii (fot. J. Halasz)

W latach 60. efektywność leczenia była już bardzo wysoka. Standardowe postępowanie polegało na hospitalizacji w pierwszym okresie i wdrażaniu odpowiednich leków; istniała już szeroka gama chemioterapeutyków, poza streptomycyną i hydrazidem, który głównie przyczynił się do likwidacji gruźlicy, także etambutol i PAS, a na początku lat 70. ryfampicyna²⁵⁴. Dostyc powszechnie stosowana była nadal odma opłucnowa, ale dzięki skuteczności leków przeciwgruźliczych i antybiotyków stopniowo od niej odchodzono i z końcem lat 60. została wyparta przez chemioterapię. W przypadkach, które nie rokowały wyleczenia zachowawczego, chorzy przekazywani byli na operacje torakochirurgiczne do kliniki chirurgicznej, z którą ściśle współpracowano²⁵⁵. Zdecydowanie i szybko spadła umieralność pacjentów w ostrej gruźlicy; coraz skuteczniejsze środki wyprowadzały pacjenta z ciężkiego stanu. Zdarzające się niepowodzenia były częściej wynikiem powikłań nieleczonej

²⁵² Zob. E. Sieńkowski, *Dzieje Akademii Medycznej w Gdańsku (1945 – 1995)*, Gdańsk 1995, s. 75-76,.

²⁵³ Wywiad z B. Madey. Badaniami spirometrycznymi przez jakiś czas zajmowała dr Madey; zamierzano wtedy utworzyć pracownię fizjopatologii oddychania.

²⁵⁴ Ryfampicyna – była początkowo bardzo droga i niedostępna. B. Madey wspomina sytuację, kiedy klinika otrzymała na początku tylko 6 dawek. Kielanowski rozdysponował pięć dla najciężej chorych, a jedną zostawił na czarną godzinę. Wkrótce bardzo poważnie zachorowała jedna z lekarek – zapas okazał się zbawienny. Po jakimś czasie otrzymał już odpowiednią ilość specyfiku.

²⁵⁵ Wywiad z B. Madey.

i trwającej wiele lat gruźlicy, które prowadziły do zniszczenia płuca i niewydolności oddechowej lub uogólnionej sepsy. Problemem stawały się natomiast toksyczne objawy polekowe. Narastała lekooporność prątków, szczególnie w przypadku osób niezachowujących konsekwencji w leczeniu lub u osób starszych. W związku z tym, każdy nowy lek wzbudzał entuzjazm, gdyż dawał szansę innej metody leczenia²⁵⁶. „Pamiętam czasy, kiedy nie mieliśmy żadnych możliwości skutecznej walki z gruźlicą [...] – pisze Kielanowski – wreszcie doczekaliśmy się dobrych czasów, wymarzonej przez całe pokolenia ustawy przeciwgruźliczej [...], dostatecznej liczby łóżek, katedr akademickich, instytutu badawczego, laboratoriów, no i przede wszystkim tylu specjalistów, ilu trzeba”²⁵⁷. Faktycznie dopiero ustawa przeciwgruźlicza uchwalona w 1959 roku²⁵⁸ i program zwalczania gruźlicy, pozwoliły na właściwą ochronę chorych i stworzenie całego systemu opieki zdrowotnej, na planowe podejście i opanowywanie plagi społecznej, chociaż nie na jej likwidację.

Kielanowski konsekwentnie dbał, aby wypisanego pacjenta nie tracić z oczu²⁵⁹; wzorcowo pracowała przychodnia przykliniczna (przychodziły nawet całe rodziny), ponadto klinika współpracowała z wojewódzką i wszelkimi przychodniami przeciwgruźliczymi, automatycznie przekazywano pacjenta z rąk do rąk. Organizacja ambulatoryjnego nadzoru nad chorymi na gruźlicę była dokładnie określona i ujednolicona. Ponadto, jeżeli chory był w klinice rozpoznany, to klinika brała za niego odpowiedzialność i jeżeli coś złego się działo, pacjent ponownie zgłaszał się do niej. Rozwinęła się w tym czasie sieć sanatoriów (młodzieżowe w Dzierżążnie, w Pelplinie, Gniewie, Prabutach). Kielanowski uważał, że pacjent, w miarę możliwości, powinien leczyć się blisko miejsca zamieszkania. System był dobrze zorganizowany: jeżeli wykrywało się gruźlicę, natychmiast badano całą rodzinę, a w przypadku jakiegokolwiek podejrzenia zagrożenia dla dzieci wprowadzano leczenie profilaktyczne. Powstały także prewentoria mające na celu izolację dzieci ze środowisk gruźliczych i zapewniające dobre wyżywienie i naukę. W Gdańsku dobrze funkcjonowała studencka poradnia przeciwgruźlicza, istniał także dom akademicki w Gdańsku- Srebrzysku (w obecnych pawilonach kliniki chorób psychicznych) – półsanatorium nawiązujące do lwowskiej idei²⁶⁰. Niepoślednią rolę w integracji tego systemu odgrywał prof. Kielanowski, współpracując z wieloma jednostkami – w szczególności z wojewódzką przychodnią przeciwgruźliczą (której kierownikiem była później dr Teresa Gwoździewicz, asystentka z kliniki). Ta integracja dokonywała się to także przez gdański oddział Polskiego Towarzystwa Ftyzjo-pneumonologicznego, któremu w okresie gdańskim Kielanowski przewodniczył.

Z końcem lat 60. sytuacja epidemiologiczna gruźlicy w Polsce uległa zdecydowanej poprawie i do gdańskiej kliniki przybywało mniej chorych na gruźlicę, większość powracała

²⁵⁶ Wywiad z dr. Elżą Myczkowską-Wilską przeprowadzony przez autora pracy 25 maja 2010 r. w Gdańsku. Wywiad niepublikowany i nieautoryzowany. Dalej jako: Wywiad z E. Myczkowską-Wilską.

²⁵⁷ T. Kielanowski, *Przedwczesna demobilizacja*, „Służba Zdrowia” 1969, nr 28, s. 3.

²⁵⁸ Ustawa ta obowiązywała do 1999 r.

²⁵⁹ Wywiad z B. Madey.

²⁶⁰ Wywiad z E. Myczkowską-Wilską.

do zdrowia. Zwiększała się natomiast liczba pacjentów z innymi schorzeniami układu oddechowego – przede wszystkim z nowotworowymi²⁶¹, ale także z innymi schorzeniami płuc: powikłaniami po przebytych zapaleniu płuc, mukowiscydozą czy sarkoidozą. Wzrost ilości tzw. nieswoistych schorzeń płuc miał dwojakie przyczyny: z jednej strony wiązał się z rozwojem diagnostyki pozwalającej rozpoznawać i różnicować choroby płuc, w tym z powszechnością radiografii (aczkolwiek czasem gruźlica przebiegała nietypowo), z drugiej – z faktycznie zwiększającą się ilością chorób nowotworowych, początkowo niewykazujących nawet objawów.

Klinika rozszerzała zakres swojej działalności, stając się kliniką pneumonologiczną. Wymuszało to konieczność jej przeprofilowania, co później wiązać się będzie ze zmianami organizacyjnymi i zmianą nazwy. W 1970 r. klinika otrzymała nazwę: Klinika Ftizjopumonologiczna²⁶².

W tym czasie coraz powszechniejszym schorzeniem stawał się rak płuc. Część pacjentów, mimo terapii farmakologicznej, radiologicznej lub operacyjnej pozostawała w klinice do końca swoich dni, umierając na oddziale. Doświadczenie bólu i śmierci pacjentów stało się wyzwaniem w doskonaleniu metod łagodzenia cierpienia, i wpływało z przekonania o powołaniu lekarza do niesienia ulgi cierpiącemu. W trakcie jednego z pobytów w Londynie Kielanowski nawiązał kontakt ze słynnym hospicjum św. Krzysztofa, powstałym dzięki inicjatywie dr Cicely Saunders – twórczyni nowoczesnej opieki paliatywnej. W trakcie jednej z wizyt profesorowi towarzyszyła asystentka, dr Myczkowska-Wilska, która wspomina: „wizyta na tym oddziale była dla mnie szokiem, w Polsce czegoś takiego nie było. Czymś nieprawdopodobnym dla mnie było, że to możliwe, że mogą przy umierającym czuwać rodziny. Że opieka medyczna może ograniczać się do działania przeciwbólowego i może polegać na uśmierzaniu bólu oraz opiekowaniu się ludźmi, wtedy kiedy pozostają sami, aby nie mieli poczucia osamotnienia. Przecież wiadomo, że są nieuleczalnie chorzy, trzeba więc poświęcić im czas, aby nie umierali w samotności, aby ktoś mógł przyjść – bliscy, ksiądz... Było to bardzo dla mnie bardzo nowe doświadczenie”²⁶³.

Dr Saunders jako jedna z pierwszych opisała wpływ bólu na jakość życia w fazie terminalnej choroby nowotworowej. Hospicjum św. Krzysztofa działało od 1967 r. i wkrótce stało się centrum dydaktycznym, naukowym i świadectwem nowego stylu opieki nad umierającymi. W swojej klinice Kielanowski starał się wzorować na jego osiągnięciach w opiece nad nieuleczalnie chorymi i przynoszenia im ulgi. Pracownicy kliniki ogłosili kilka prac z zakresu opieki terminalnej, a Kielanowski zostanie uznany za jeden z największych autorytetów w dziedzinie zagadnień tanatologicznych.

²⁶¹ T. Kielanowski, *Mój życiorys naukowy*, op. cit., s. 587.

²⁶² T. Kielanowski protestował wobec stosowaniu nazwy pulmonologia, gdyż jest ona pomieszaniem greki i łaciny. Poprawne określenie brzmi: pneumonologia – złożone z dwóch słów greckich, *pneumon* i *logos*. Nie udało mu się jednak zmienić nazwy własnej kliniki, ale wpłynął na nazwę Polskiego Towarzystwa Ftizjopneumonologicznego. Był jednak zwolennikiem stosowania głównie polskiego nazewnictwa.

²⁶³ Wywiad z E. Myczkowską-Wilską.

Opieka terminalna w klinice już wcześniej stała na wysokim poziomie. Mimo bardzo skromnych warunków atmosfera wobec pacjentów zawsze tu była przyjazna. Kielanowski nigdy nie sprzeciwiał się wizytom rodzin, zawsze pozytywnie nastawiony był do opieki bliskich, jeżeli pacjent czuje się lepiej w wyniku odwiedzin. Mimo że oddział był zakaźny, nie stosował restrykcyjnych zasad, bo przecież ludzie mieszkają z chorymi na gruźlicę, a wpływ na jej rozwój jest wieloprzyczynowy²⁶⁴. Praktyką wyniesioną z Hospicjum św. Krzysztofa było przede wszystkim umiejętne rozpoznanie rytmu bólu i odpowiednie dawkowanie środków przeciwbólowych i euforyzujących, szczególnie w przypadku chorób nowotworowych. Świętą zasadą w klinice stało się „bezbólowe przeprowadzanie pacjenta”²⁶⁵, stąd też starano się opracowywać zindywidualizowany plan uśmierzenia bólu, aby uprzędzić jego wystąpienie. W latach 70. prof. Kielanowski z zespołem przeprowadzał badania nad stosowaniem heroiny w przynoszeniu ulgi cierpiącym w chorobach nowotworowych²⁶⁶. W tym czasie jeszcze nie powstały hospicja, ale późniejsze zasady hospicyjne starał się stosować w swojej klinice. Dlatego też wbrew rozliczaniu tzw. „łózkodni” nie wypisywał nieuleczalnie chorych do domu, jeśli chcieli dopełnić swoich ostatnich dni w szpitalu. Zdarzało się, że pacjenta wypisywano tylko po to, by przyjąć go ponownie, w celu nie przekraczania limitów pobytu na oddziale²⁶⁷. Kielanowski wiele czasu poświęcał pacjentom, znajdując czas na rozmowę nie tylko dotyczącą choroby, ale ważnych dla chorego spraw, jego rodziny i in. Swoją postawą nauczał szacunku do drugiej osoby, niezależnie od tego, kim była. Według relacji ówczesnej kadry kliniki pacjent zawsze był najważniejszy i należało poświęcać mu właściwą uwagę i odnosić się z życzliwością²⁶⁸. Jako kierownik kliniki wymagał rzetelności w pracy wszystkich pracowników – niezależnie od pełnionych funkcji – oczekiwał właściwego odnoszenia się do pacjentów.

Dzień w klinice miał swój rytuał²⁶⁹. Rozpoczynał się o 8 rano odprawą poranną i przeanalizowaniem raportów z dyżurów dotyczących tego, co się działo na oddziale, przede wszystkim pod kątem nagłych zdarzeń. Po odprawie pracę zaczynało się od dopełniania odmy (w czasach, gdy te zabiegi były stosowane). W okresie, kiedy przychodzili studenci, seminaRIA i ćwiczenia w formie bloków trwały do 11.00 dla IV roku lub do 13.00 dla V roku. Kielanowski dążył do tworzenia jak najmniejszych grup studenckich, angażując wszystkich asystentów do pracy. Profesor przychodził do kliniki zwykle ok. godziny dziewiątej. Obchód odbywał się między godziną dziewiątą a dziesiątą. Kiedy profesor uczestniczył w obchodzie trzeba było mieć wszystko zapięte na ostatni guzik – wspomina dr Madey²⁷⁰. Zachowywał się

²⁶⁴ Ibidem.

²⁶⁵ Ibidem.

²⁶⁶ Zob. R. Tybusz, K. Ruszel, T. Kielanowski, *Heroina w terapii nieuleczalnie chorych*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1974, nr 26, s. 1129.

²⁶⁷ Wywiad z B. Madey.

²⁶⁸ Dr Madey i dr Myczkowska-Wilska przytaczają zdarzenie natychmiastowego zwolnienia z pracy osoby niższego personelu, która w sposób obcesowy zwróciła się do pacjenta.

²⁶⁹ Odtworzony na podstawie wywiadów z dr. Madey i dr. Myczkowską-Wilską.

²⁷⁰ Wywiad z B. Madey.

zawsze bardzo swobodnie i życzliwie, zarówno wobec pacjentów, jak i asystentów, nigdy nie strofując nikogo przy chorym. Siadał na łóżku chorego i rozmawiał, był człowiekiem bardzo kontaktowym i zawsze miał coś ciekawego do powiedzenia. Nie różnicował pacjentów i z każdym osobiście rozmawiał. Liczył się dla niego – inaczej niż dzisiaj – pogłębiony wywiad lekarski. Kielanowski pod tym względem był perfekcyjny. Po obchodzie ustalano harmonogram działań i zabiegów. O godzinie 11.00 zawsze odbywało się spotkanie z profesorem przy kawie i drugim śniadaniu, spotkanie w sympatycznej, rodzinnej atmosferze – co szczególnie podkreślają pracownicy kliniki. Po przerwie asystenci rozchodzili się na konsultacje do różnych klinik: zakaźnej, chirurgicznej, internistycznej; zajmowali się obsługą kliniczną pacjentów lub dalszymi zajęciami ze studentami. Praca kończyła się o godz. 14.00 – wiele osób kontynuowało ją w przychodniach.

W czasie spotkań „przy kawie” podejmowano przeróżne tematy lekarskie, naukowe i pozazawodowe – Tadeusz Kielanowski zawsze miał coś ciekawego do powiedzenia na temat muzyki, literatury, filozofii i spraw społecznych. Raczej nie podejmowano „akademickich” dyskusji filozoficzno-moralnych – współpracownikom wydawało się, że nie wypada wręcz z profesorem rozmawiać np. na temat wagi zasad moralnych – było oczywiste, że etos pracy lekarza jest czymś najistotniejszym, może nawet ważniejszym niż wiedza. Bezdyskusyjnym dla wszystkich był odpowiedni stosunek do pacjenta; przyzwoitość, którą trzeba zachować w każdej sytuacji (nawet, jeżeli chory jest zaniedbany i niedomyty trzeba tę sprawę umiejętnie załatwić). Trzeba było się oswoić z podejściem profesora do wielu spraw, a także z jego szerokimi zainteresowaniami – podkreślają rozmówcy²⁷¹ – a potem wszystko było proste: trzeba postępować tak, jak tego wymagał, a uczył przede wszystkim swoim przykładem. W jego wspomnieniach i w codziennych rozmowach ujawniało się jego „filozoficzne”, rozważne podejście do ludzi, do polityki, do religii, ukazujące, że każdy człowiek jest najważniejszy. Dzięki licznym kontaktom międzynarodowym otrzymywał wiele fachowych czasopism lekarskich, niedostępnych w bibliotece. Przynosił je do kliniki i wskazywał na interesujące artykuły, omawiał zawarte w nim problemy, podpowiadając, co można wprowadzić. Często też rozdzielał tematy, delegując osoby do ich realizacji. Sam dużo czytał w szpitalu, załatwiał fachową korespondencję i przygotowywał się do wykładów – zlecał także wykłady studentom na konkretne tematy; trzeba było przedstawić konspekt, co zwykle było to dużym przeżyciem. W okresie gdańskim wykładał ftyzjatrię na V roku oraz propedeutykę medycyny na I roku Wydziału Lekarskiego. Na wykłady uczęszczali także asystenci – po latach podkreślają, że zawsze można było liczyć na ciekawe ujęcie tematu lub, może nawet bardziej, na interesujące dygresje.

Kielanowski potrafił w klinice stworzyć dobrą, rodzinną atmosferę; był traktowany przez współpracowników jak mądry i życzliwy ojciec. „Można było przyjść z każdym problemem, nie trzeba było stać na baczność. Interesował się naszymi sprawami, rodzinami,

²⁷¹ Wywiad z B. Madey i E. Myczkowską-Wilską.

psami, wszystkim... Był wspaniałym szefem, mieliśmy wielkie szczęście...” – wspomina E. Myczkowska-Wilska²⁷². Jednakże swoim autorytetem potrafił wyzwolić punktualność, rzetelne wykonywanie obowiązków i uczciwość. Potrafił także w sposób umiejętny delegować obowiązki. Wymagał od pracowników samodzielności oraz inwencji i wyznawał jako szef cenną zasadę – „nie przeszkadzać, jeśli pojawi się problem, to będziemy go rozwiązywać”²⁷³. Zależało mu na dobrej prezentacji pracowników kliniki na zewnątrz, szczególnie na zjazdach, spotkaniach w towarzystwach naukowych i odczytach. Chciał, aby asystenci dobrze wypadli, pokazali się z jak najlepszej strony (umiejętnie zwracał uwagę nawet na szczegóły wyglądu)²⁷⁴.

Naukowa działalność pracowników kliniki tego czasu dotyczyła głównie zagadnień związanych z gruźlicą – z jej występowaniem, przebiegiem, leczeniem i immunologią, później – chorobami nowotworowymi. W końcowym okresie kierownictwa prof. Telatyckiego, w związku z jego poważną chorobą, nastąpił pewien zastój. Kiedy kierownictwo objął Kielanowski praca naukowa się ożywiła, zaczęto robić specjalizacje i przygotowywać doktoraty. Wyznawał jednak zasadę, że klinika akademicka to przede wszystkim dobry szpital, w związku z tym pierwszym jej obowiązkiem jest leczenie chorych i zarówno nauczanie studentów, jak i praca naukowa, muszą być temu podporządkowane²⁷⁵.

Zachęcał do pracy naukowej, ale do niej nie zmuszał. Dawał dużą swobodę, ale wymagał rzetelności: „nie do pomyslenia było, aby coś można zrobić niedokładnie, żeby nad czymś się prześlizgnąć – to byłby ostatni dzień pracy”²⁷⁶. Nigdy też nie dopisał się do żadnej pracy asystenckiej. Miał umiejętność wynajdywania ciekawych tematów i inspiracji do ich podjęcia. Potrafił nakierować, pomagał w wyciąganiu wniosków i robił poprawki w treści, ale koncepcji samej nie zmieniał. W świecie lekarskim panowała opinia, że jeżeli prof. Kielanowski podejmie się np. opieki nad pracą doktorską, to wszystko pójdzie dobrze – wspomina dr Madey²⁷⁷.

Na początku nie uprawiano „wielkiej nauki”, skupiano się na działalności usługowej, leczniczej, ze względu na takie zapotrzebowanie, oraz dydaktycznej. Klinika nie dysponowała też odpowiednimi miejscem i laboratoriami, nie było zwierzętarni – nad czym Kielanowski bardzo ubolewał²⁷⁸. Istniało co prawda laboratorium bakteriologiczne, ale ukierunkowane było na rozpoznawanie gruźlicy i monitorowanie leczenia; później pojawiła się pracownia spirometrii. Większość prac naukowych było pracami statystycznymi, ale były też oryginalne (np. dr. Tyrakowskiej – interesująca metoda szybkiego wykrywania prątka gruźlicy). Z zakresu gruźlicy prace dotyczyły np. przebiegu choroby wśród pacjentów z różnych grup społecznych, u osób starszych, u alkoholików i in.; oceny efektywności społecznej walki

²⁷² Wywiad z E. Myczkowską-Wilską

²⁷³ Wywiad z B. Madey.

²⁷⁴ Ibidem.

²⁷⁵ T. Kielanowski, *Mój życiorys naukowy*, op. cit., s.586.

²⁷⁶ Wywiad z B. Madey.

²⁷⁷ Ibidem.

²⁷⁸ Wywiad z E. Myczkowską-Wilską.

z gruźlicą; metod wykrywania i leczenia gruźlicy; później pojawiały się prace dotyczące lekooporności. W ostatnim okresie przeprowadzano badania nad rakiem płuc i leczeniem terminalnym²⁷⁹.

Z okresu gdańskiego prawie wszyscy asystenci Kielanowskiego uzyskali stopień doktora – łącznie jedenaście osób²⁸⁰; W oparciu o gdańską klinikę habilitowały się następujące osoby: Mieczysław Juchniewicz z Warszawy (1964 r.), Kazimierz Szeleżyński (1968 r.)²⁸¹, Stanisław Frenkiel z Zakopanego (1972 r.)²⁸². Do ścisłego grona uczniów Kielanowskiego należy prof. dr. hab. Biruta Fąfrowicz, wieloletni kierownik Katedry i Kliniki Chorób Płuc i Gruźlicy AM w Lublinie (Kielanowski był również opiekunem jej habilitacji). Natomiast z okresu gdańskiego są to, m. in.: prof. dr hab. Kazimierz Szeleżyński – następca profesora w klinice²⁸³, doc. Jadwiga Tyrakowska – kierownik Kliniki Chorób Płuc AM w Bydgoszczy, dr Eliza Myczkowska-Wilska – ordynator Szpitala w Sopocie, dr Teresa Gwoździewicz – dyrektor Wojewódzkiej Przychodni Przeciwgruźliczej, dr Barbara Madey – wieloletni adiunkt Kliniki AMG i wojewódzki specjalista chorób płuc.

W 1970 r., m.in. w związku z odgórną tendencją to tworzenia instytutów, miały się dokonać dalsze zmiany organizacyjne i przeprofilowanie kliniki²⁸⁴. Klinika miała zostać włączona w struktury Instytutu Chorób Wewnętrznych. Kielanowski był przeciwnikiem tworzenia instytutów. Uważał też, że jeżeli instytut wchłonie klinikę spowoduje to rozmycie i marginalizację problemu gruźlicy, w dalszym ciągu – mimo odrotu epidemii – znaczącego społecznego problemu. Nie godził się z wieloma propozycjami zmian organizacyjnych, przede wszystkim z ograniczaniem leczenia gruźlicy, uznając je za nieuzasadnione. Już wcześniej na

²⁷⁹ Por.: *Bibliografia publikacji pracowników Akademii Medycznej w Gdańsku*, Tomy z lat 1945-1975, Gdańsk 1965-1976.

²⁸⁰ W okresie gdańskim T. Kielanowski był promotorem następujących prac doktorskich:

- Maria Libiszowska-Staniul, *Ocena kliniczna nawrotów w gruźlicy płuc*, 1960;
- Kazimierz Szeleżyński, *Znaczenie kliniczne wykrywania gruźlicy oskrzeli u chorych z czynną gruźlicą płuc z uwzględnieniem badania tomograficznego oskrzeli*, 1961;
- Eliza Myczkowska, *Analiza przypadków gruźlicy u osób powyżej 50 roku życia na terenie Gdańska i Sopotu w latach 1957–1964*, 1966;
- Barbara Szpakowska, *Przebieg gruźlicy płuc wśród alkoholików na terenie Gdyni*, 1966;
- Teresa Gwoździewicz, *Próba oceny walki z gruźlicą dorosłych na terenie miasta Gdańska w oparciu o analizę wyników leczenia chorych na gruźlicę płuc wykrytych w 1957 r.*, 1966;
- Jadwiga Tyrakowska, *Prosta, szybka i łatwa metoda wykrywania prątków gruźlicy i oznaczania ich wrażliwości na leki*, 1957;
- Zygmunt Detlaff, *Badania doświadczalne nad wpływem hydrazynu kwasu izonikotynowego na przepływ wieńcowy i czynność serca*, 1968
- Barbara Madey, *Problem inwalidztwa na podstawie 395 przypadków gruźlicy płuc obserwowanych w Gdańsku w latach 1946–1965*, 1969;
- Rudolf Tybusz, *Ilościowe określanie penicyliny prątkowej*, 1969;
- Daniela Pawelec, *Wydalenie hydroksyproliny w moczu w niektórych chorobach płuc*, 197;
- Barbara Ruszel, *Wartość rozpoznawcza oznaczania immunoglobulin w gruźlicy*, 1973.

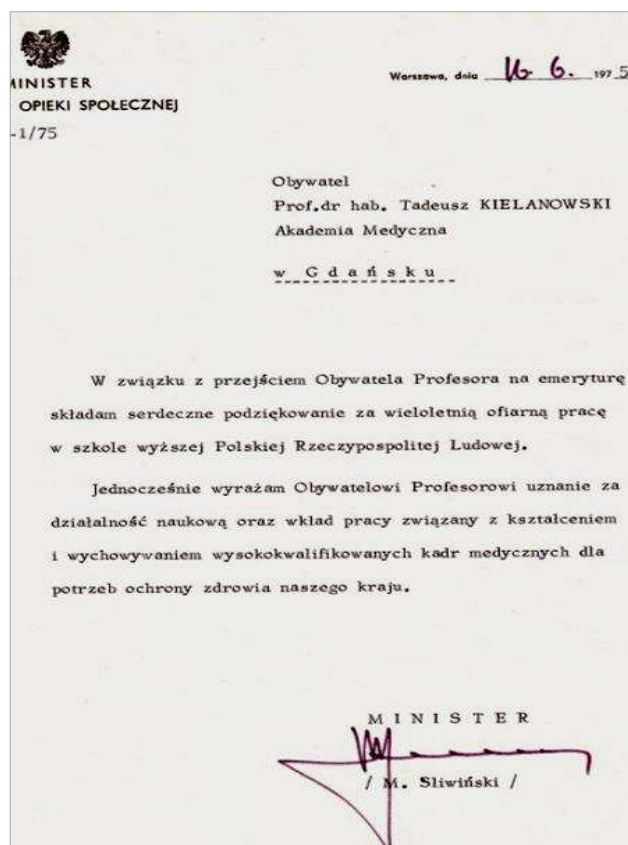
²⁸¹ Habilitował się na podstawie pracy: *Wpływ prątków typu ptasiego na przebieg gruźlicy doświadczalnej świnek morskich, wywołanej prątkami H37-RV*.

²⁸² E. Sieńkowski, *Dzieje Akademii Medycznej w Gdańsku (1945 – 1995)*, Gdańsk 1995, s. 76, 184.

²⁸³ K. Szeleżyński, *Katedra i Klinika Chorób Płuc i Gruźlicy*, „Annales Academiae Medicae Gedanensis” 1995, 25, supl. 1, s. 16-169.

²⁸⁴ E. Sieńkowski, *Zarys dziejów Akademii Medycznej w Gdańsku*, „Annales Academiae Medicae Gedanensis” 1971, nr 1, s. 70.

łamach „Służby Zdrowia” pisał: <<W latach sześćdziesiątych zaczęło się dziać naprawdę dobrze. Rozpoznanie gruźlicy przestało być dramatem, chorzy po rozpoznaniu znajdowali zaraz miejsce w szpitalu lub sanatorium, ich dzieci w razie potrzeby w prewentorium, rozwinęła się praktyka rehabilitacji – po prostu osiągnęliśmy, to, co trzeba, lub prawie to, co trzeba. No i w tym momencie ktoś zawołał „heureka!” i... zarządził odwrót. Dotyczy to nie tylko Polski. Pojawiła się demobilizacja psychiczna>>²⁸⁵. Instytut został utworzony z dniem 1 października 1970 r., gdzie katedrę i klinikę włączono w struktury Instytutu Chorób Wewnętrznych, nadając jej nazwę Kliniki Ftizjopumonologicznej. W proteście wobec tych działań Kielanowski z początkiem listopada poprosił o przeniesienie na emeryturę. Tego samego dnia wystosował pismo do dyrektora Instytutu Gruźlicy w Warszawie, donosząc o swojej decyzji i uzasadniając: „Uczyniłem to w związku z decyzją znacznego pogorszenia warunków pracy kliniki ftizjatrycznej, a to wbrew moim protestom. Informuję Pana, że prócz tego istnieje projekt likwidacji połowy oddziału gruźliczego w Gdyni-Redłowie i częściowego przeprofilowania Szpitala Gruźliczego w Sopocie. Żadna z tych decyzji nie jest następstwem



Fot. 55. List ministra zdrowia w związku z przejściem Tadeusza Kielanowskiego na emeryturę, 1975 r. (ZRK)

zaniku gruźlicy w Trójmieście, natomiast wszystkie dyktowane są potrzebami innych dyscyplin medycznych. Nie mogąc inaczej protestować, wycofuję się z pracy. Wyrażam jednak równocześnie wielki żal, że nie miał Pan dotąd czasu, na spełnienie ponawianej prośby o osobiste poznanie naszego terenu”²⁸⁶. W wyniku rozmów z rektorem M. Górskim oraz dyrektorem instytutu – B. Krupą-Wojciechowską pozostał jednak w klinice, dalej nią kierując. Po prawie dwudziestoletnim okresie, we wrześniu 1974 r., przekazał kierownictwo swemu uczniowi – Kazimierzowi Szeleżyńskiemu, pozostając w klinice na stanowisku profesora. Na emeryturę odszedł w wieku 70 lat, 30 września 1975 r.

Jak już wcześniej powiedziano, wyznawał zasadę, że klinika akademicka to przede wszystkim szpital, najważniejsze jest leczenie ludzi i wszystko inne musi być temu podporządkowane²⁸⁷. Dlatego też kładł nacisk na

²⁸⁵ T. Kielanowski, *Przedwczesna demobilizacja*, op. cit., s. 3

²⁸⁶ AGUMed AoTK, nr 268/50, Pismo do Dyrektora Instytutu Gruźlicy z 4.11.1970, s. 91.

²⁸⁷ T. Kielanowski, *Mój życiorys naukowy*, op. cit., s. 586.

praktyczny wymiar kształcenia i przekazywanej wiedzy. Zarówno w Lublinie, jak i w Białymstoku, mimo pełnionych funkcji, nauczanie i wychowanie, a także organizacja tych procesów, stanowiły niezwykle ważny element jego działalności. Był przekonany, czemu niejednokrotnie dawał wyraz, że medycyna jest nauką głęboko antropocentryczną i dlatego przede wszystkim humanistyczną, a nie tylko zespołem nauk przyrodniczych. W tym duchu starał się kształtować przyszłych lekarzy, ukazując im problematykę nauk medycznych ujętych w perspektywie człowieka jako osoby i podmiotu działań lekarskich: „Lekarz jest i musi pozostać humanistą, a nie chłodnym przyrodnikiem, choć posługuje się w swej pracy metodami i narzędziami przyrodniczymi i technicznymi”²⁸⁸.

6.2. Na emeryturze – twórcze lata i schyłek życia

Z przejściem na emeryturę Tadeusz Kielanowski mógł poświęcić się w pełni temu, co go szczególnie interesowało – zagadnieniom z pogranicza medycyny i filozofii, etyki, zagadnień społecznych, a także działalności społecznej. Już pod koniec pracy w klinice medycyna zabiegowa przestawała być tematem pierwszoplanowym, tym bardziej że ftyzjatria była wąską specjalnością a doczekał się czasu, kiedy ta groźna choroba została opanowana, chociaż nie zlikwidowana. Wielokrotnie, z ogromną satysfakcją podkreślał, że jest to niezwykłym osiągnięciem nauki lekarskiej, które dokonało się w przeciągu jednego pokolenia. Ponadto wychował wielu specjalistów, uczniów, którzy kontynuowali jego pracę i starali się realizować jego idee.

Był przekonany, że należy następcom pozostawić swobodę działania – co wielokrotnie potwierdzał swoimi życiowymi decyzjami. Tak też było w przypadku dalszych oficjalnych kontaktów z kliniką, którą później odwiedził tylko parę razy, utrzymując jednocześnie bliskie i częste kontakty prywatne z wieloma współpracownikami. Następca Kielanowskiego na stanowisku kierownika, jego uczeń, Kazimierz Szeleżyński – wybitny specjalista, diagnostyk i naukowiec – był osobowością całkowicie odmienną, nie miał ani jego fantazji ani otwartości. <<Odwiedziłem więc klinikę – napisze później – dopiero po sześciu miesiącach i oto zmiany, jakie zastałem: mój gabinet, dawniej zawsze otwarty, otrzymał drzwi obite wołokiem i dwa telefony na biurku. Nie znoszę telefonu na biurku, bo mi przerywa rozmowy z żywymi ludźmi, wolę telefonować z gabinetu sekretarki, bo tajemnic nie mam; ale to oczywiście moje dziwactwo. Zmartwiło mnie natomiast, że przywrócono zniesione przeze mnie kontrolowanie i zapisywanie momentu (minuty) przychodzenia asystentów do pracy, usunięto i zgubiono bez śladu fotografie wybitnych polskich i obcych ftyzjatrów, przyjaciół moich i mojego poprzednika, ściany korytarzy klinicznych zaopatrzone gęsto w duże, malowane czarną farbą przez szablon napisy „Palenie surowo wzbronione”. Nie znoszę zakazów typu „surowo wzbronione”, tak lubianych przez Niemców (strengst verboten); na Polakach nie czynią wrażenia, są więc co najmniej niepotrzebne, a nie estetyczne bywają nieraz. Spostrzegłem

²⁸⁸ T. Kielanowski, *Propedeutyka medycyny*, Warszawa 1962 [wyd. 2], s. 10.

jeszcze wiele innych, ważniejszych objawów czegoś w rodzaju „modernizacji” i zrozumiałem, że jestem stary i nie mam tam czego szukać, przestałem więc w ogóle odwiedzać kliniki akademickie>>>²⁸⁹. Jednak, chociaż nie przyznawał się do tego oficjalnie, przejście na emeryturę, dla tego kochającego aktywne życie człowieka, było dużym przeżyciem²⁹⁰.

Nie zerwał całkowicie związku z ze swoją specjalnością. Przez wiele lat przyjeżdżał na konsultacje do Wojewódzkiego Szpitala Przeciwgruźliczego w Sopocie (później Szpital



Fot. 56. Budynek Wojewódzkiego Szpitala Przeciwgruźliczego na Stawowiu w Sopocie, wygląd obecny (fot. J. Halasz)

Gruźlicy i Chorób Płuc) na zaproszenie ordynatora dr E. Myczkowskiej-Wilskiej, uczennicy i asystentki w Klinice, która za jego namową zdecydowała się na objęcie tej funkcji, którą pełniła przez dwadzieścia lat. Szpital ten, powstały przy współudziale Tadeusza Kielanowskiego, mieścił się w pięknym zespole pałacowo – parkowym na Stawowiu²⁹¹. Jego działalność wpisywała się w prowadzoną na terenie województwa, skoordynowaną akcję przeciwgruźliczą; przez wiele lat cieszył się bardzo wysoką renomą i znany był z wyjątkowo dobrej atmosfery. Kielanowski ze szpitalem współpracował już wcześniej, szczególnie od objęcia ordynatury przez dr Myczkowską w 1970 r., wspomagając ją swoimi radami i doświadczeniem.

Kielanowski przychodził na konsultacje co tydzień, początkowo nawet dwa razy w tygodniu – wspomina E. Myczkowska-Wilska – „był bardzo obowiązkowy, przychodził systematycznie ok. 10 godz. i poświęcał wiele czasu na te wizyty, dwie lub trzy godziny. Był bardzo pomocny, oddziaływał swoim autorytetem zarówno na pracowników jak i pacjentów, umiając przekonać ich do określonego leczenia, zabiegu, stylu życia i samą swoją postawą wzbudzał szacunek. Pomagał również w rozwiązywaniu konkretnych problemów pojawiających się na oddziale. W późniejszym okresie przychodził bardziej towarzysko, ale również regularnie. Nieodłącznym elementem były spotkania przy kawie zespołu szpitalnego, odgrywające ważną rolę integrującą; poruszano tematy

²⁸⁹ T. Kielanowski, *Mój życiorys naukowy. Post scriptum – jesień i późna jesień życia*, „Zeszyty Historyczne” Okręgowej Izby Lekarskiej w Białymstoku 2005-2007, t. 4, nr 4, s. 48.

²⁹⁰ Wywiad z B. Madey.

²⁹¹ W poł. XIX posiadłość na Stawowiu nabył Heinrich Theodor Behrend. Założył tu park, wykorzystując naturalne ukształtowanie terenu oraz istniejące stawy i wybudował piętrowy pałacyk z wieżą w stylu włoskich renesansowych willi. Później pałacyk wielokrotnie zmieniał właścicieli i był przebudowywany. W niektórych pomieszczeniach do dziś zachowały się mozaikowe parkiety oraz kasetonowe stropy, wykończone bardzo ozdobnymi stiukowymi sztukateriami. Szpital istniał tu do 2003 r. i został przeniesiony do Gdańska na ul. Smoluchowskiego. Urząd Marszałkowski, któremu szpital podlegał, miał zamiar wykorzystać obiekt na inne cele; opuszczony pałacyk przez wiele lat będzie niszczał... Obecnie (2011 r.) baner na parkanie przed obiektem informuje, że powstanie tu kompleks hoteli.

o medycynie i o życiu, o muzyce, polityce, sztuce i asystenci bardzo sobie to cenili”²⁹² – Kielanowski zawsze był ujmującym i mądrym rozmówcą. Utrzymanie tej więzi było dla niego bardzo ważne i przyjeżdżał tutaj prawie do końca (kiedy był już w gorszej kondycji przywozili go asystenci)²⁹³.

Jednakże zasadniczą treścią tego okresu życia była intensywna praca publicystyczna na tematy z zakresu filozofii medycyny, etyki, tanatologii oraz różnych zagadnień społecznych związanych z medycyną. Zajmował się wtenczas redakcją podręcznika „Etyka i deontologia lekarska”. Publikował wiele, historycznie ważnych, wspomnień z poszczególnych etapów swojej działalności, których zwieńczeniem będzie książka „Prawie cały wiek dwudziesty”. Drugi nurt stanowiła jego działalność: dalsza współpraca z gdańskim „telefonem zaufania”, który powstał przy jego współudziale oraz, przede wszystkim, organizacja forum dyskusyjnego dotyczącego kondycji współczesnego człowieka i szeroko rozumianej filozofii medycyny – Krajowych Konferencji Lekarzy i Humanistów (te sfery aktywności Kielanowskiego zostaną omówione w kolejnym rozdziale).

Miał jednocześnie o wiele więcej czasu na czytanie oraz słuchanie muzyki, co zawsze było ważnym składnikiem jego życia. Dorosły już syn, Maciej, ukończył studia prawnicze i na początku lat 80. wyjechał do Wielkiej Brytanii. Państwo Kielanowscy mieszałi wtedy sami w niewielkim mieszkaniu we Wrzeszczu. Utrzymywał wiele kontaktów towarzyskich, i chętnie spotykał się z wieloma znajomymi i przyjaciółmi, często w szerszym gronie; zawsze lubił audytorium, i tak też pozostało. Przez wiele lat zajmował się zagadnieniami związanymi ze śmiercią, doskonale rozumiejąc jej nieuchronność, ale od siebie odsuwał to, co z nią związane²⁹⁴.

Z upływem czasu jednak ubywało sił i stan zdrowia prof. Kielanowskiego zaczynał się poważnie pogarszać, cierpiał m. in. na cukrzycę, chorobę wieńcową i miał zaburzenia równowagi. W bardzo złym stanie znalazł się w listopadzie 1983 r., i potem niespełna pół roku później, na oddziale intensywnej terapii kardiologicznej w Szpitalu Wojewódzkim w Gdańsku, spodziewając się najgorszego²⁹⁵. Niespożyta energia życiowa pozwoliła mu jeszcze być długo aktywnym. Z końcem lat. 80, dzięki pomocy przybywającego z Londynu syna udało się zakupić dom z ogrodem w Gdyni-Redłowie. Dla kochającego przestrzeń profesora było to wielkim szczęściem – bardzo cieszył się, gdy na wiosnę przez okno zaglądały gałęzie kwitnącej czereśni²⁹⁶. Niestety były to ostatnie lata życia. Na wiosnę 1992 r. dolegliwości bardzo się nasiliły – w śpiączce cukrzycowej przewieziony został do szpitala w Redłowie.

²⁹² Wywiad z E. Myczkowską-Wilską.

²⁹³ Ibidem.

²⁹⁴ Wywiad z B. Madey.

²⁹⁵ T. Kielanowski, *Prawie cały ...*, op. cit., s. 284.

²⁹⁶ Wywiad z B. Madey.

Badania ujawniły fatalną diagnozę – nowotwór płuc²⁹⁷. Choroba, z którą walczył jako lekarz, stała się zabójcza również dla niego.

Tadeusz Kielanowski zmarł 6 maja 1992 r., w gdyńskim szpitalu, w wieku 87 lat. Pogrzeb w obrządku rzymsko-katolickim odbył się 11 maja, w samo południe, na Cmentarzu



Fot. 57. Grób Tadeusza Kielanowskiego na cmentarzu Srebrzysko w Gdańsku (fot. J. Halasz)

Centralnym – Srebrzysko w Gdańsku. Zgromadził rzesze ludzi chcących towarzyszyć profesorowi w ostatniej drodze. Społeczność Akademii Medycznej w Gdańsku w nekrologu żegnała profesora słowami: „Żegnamy wychowawcę wielu pokoleń lekarz, wielce zasłużonego pedagoga. Wybitnego przedstawiciela nauki polskiej, oddanego sprawie zawodu lekarskiego. Twórcę oryginalnego i bogatego dorobku naukowego w zakresie fizjologii i filozofii medycyny. Aktywnego działacza Towarzystw Naukowych, który w okresie swej długoletniej pracy piastował szereg odpowiedzialnych funkcji zawodowych i społecznych [...] Żegnamy nestora medycyny gdańskiej, cieszącego się ogromnym autorytetem całego środowiska naukowego, który całe swoje niestrudzone życie poświęcił służbie cierpiących ludzi. Szlachetnego, niezwyklej kultury Człowieka, którego humanistyczne zainteresowania, także poza lekarskie pozostaną w naszej pamięci”²⁹⁸.

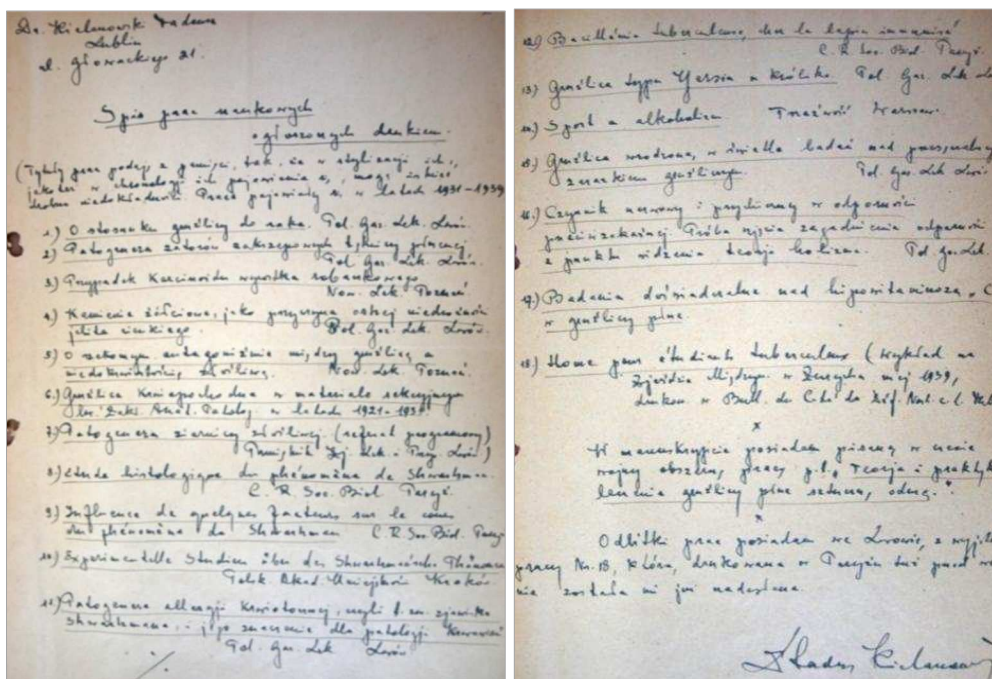
²⁹⁷ Ibidem. Dr Madey przesłała zdjęcie dodatkowo do konsultacji prof. B. Fańrowicz do Lublina. Rozpoznanie było jednoznaczne.

²⁹⁸ AGUMed AoTK, nr 268/50, Nekrolog (bez numeru str.).

7. Działalność naukowa i publikacyjna

Zainteresowania naukowe Tadeusza Kielanowskiego obejmują niezwykle szeroki zakres: problematykę gruźlicy płuc i anatomii patologicznej, opieki paliatywnej i tanatologii, szeroko pojętej filozofii medycyny, etyki i deontologii lekarskiej, dydaktyki i organizacji nauczania medycyny.

W okresie lwowskim, rozpoczynając pracę zawodową, zajmował się anatomią patologiczną i gruźlicą płuc. Badania te przyniosły pierwsze sukcesy naukowe, do 1939 r. opublikował kilkanaście prac naukowych²⁹⁹. Przez wiele lat po wojnie gruźlica była wciąż



Fot. 58. Spis publikacji naukowych Tadeusza Kielanowskiego załączony do dokumentów złożonych na UMCS w Lublinie (AUML AoTK)

najpoważniejszą chorobą zakaźną, prowadzącą często do śmierci. W okresie powojennym, poczynając od okresu lubelskiego do czasu przeniesienia się do Gdańska, można wyróżnić trzy główne kierunki zainteresowań prof. Kielanowskiego. Obejmują one:

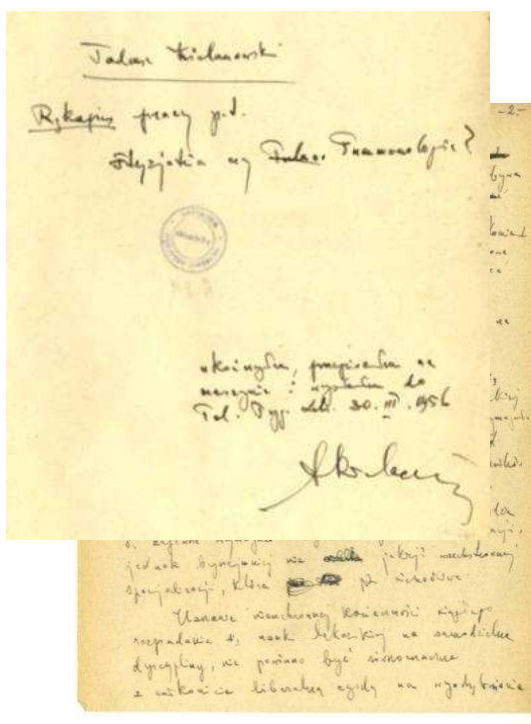
1. Zagadnienia gruźlicy płuc (m. in. immunologię gruźlicy oraz jej rozpoznawanie i leczenie, problematykę zakładania i dopełniania sztucznej odmy opłucnej oraz związanych z tym powikłań).
2. Popularyzację zagadnień związanych z przebiegiem, leczeniem i zapobieganiem gruźlicy.
3. Organizację studiów medycznych i dydaktykę medycyny.

W Białymstoku skupił się na drugim temacie – oświacie zdrowotnej i przeciwgruźliczej. Publikacje poświęcone były praktycznym zagadnieniom chorych na gruźlicę i dotyczyły trybu życia chorych, leczenia, postępowania w wypadku choroby i zmian w relacjach społecznych. Obejmowały one kwestie pracy zawodowej, życia małżeńskiego i rodzinnego,

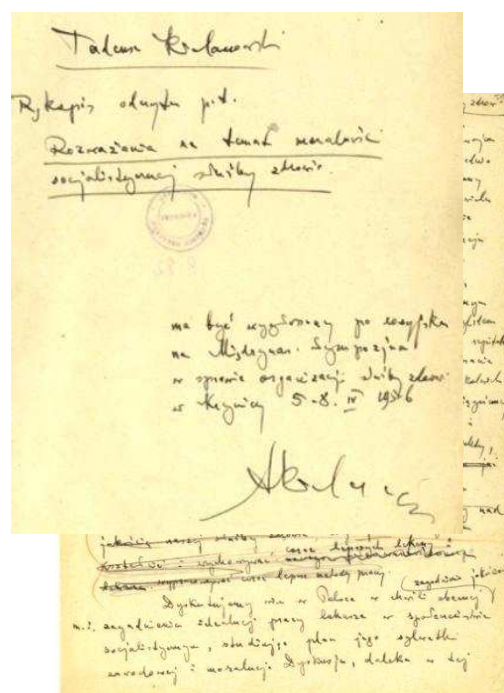
²⁹⁹ Zob. spis prac T. Kielanowskiego w wykazie źródeł i literatury.

odżywiania, higieny, postępowania w zależności od pór roku i in. Jego działalność przyczyniała się do upowszechnienia wiedzy o tej groźnej chorobie i jej rozumienia.

Okres gdański, wolny od administracyjnych funkcji akademickich, to czas niezwyklej aktywności naukowej, publicystycznej i społecznej Kielanowskiego³⁰⁰. Poza poruszaną wcześniej problematyką, coraz więcej miejsca będą zajmowały zagadnienia z pogranicza medycyny i nauk humanistycznych, z szeroko rozumianej filozofii medycyny i różnych zagadnień społecznych. W dziedzinie ftyzjatrii i chorób płuc podejmował w okresie gdańskim częściej tematy ogólne, jednocześnie inspirując i koordynując szczegółowe prace badawcze prowadzone przez jego zespół. Asystenci kliniki ogłosili ok. stu oryginalnych prac naukowych dotyczących m. in.: nowych metod diagnostycznych i wykrywalności gruźlicy, jej immunologii, nowych metod leczenia, ubocznego działania leków, przebiegu gruźlicy w zależności od określonych uwarunkowań. Później, coraz więcej miejsca będą zajmowały problemy nieswoistych schorzeń płuc, w tym raka oskrzela.



Fot. 59. Rękopis pracy „Ftyzjatria czy pneumonologia” (AUMB)



Fot. 60. Rękopis pracy „Rozważania na temat moralności socjalistycznej służby zdrowia” (AUMB)

Prof. Kielanowski w 1965 r. wydał pracę monograficzną „Elementy etiologii gruźlicy człowieka”, prezentującą w nowy sposób przyczyny wywołujące gruźlicę u człowieka. Przedstawiając to zagadnienie w szerokiej perspektywie, również historycznej, dowodził złożoności i wieloprzyczynowości tej choroby. Poddawał krytyce teorię specyficznej etiologii chorób zakaźnych. Praca ujawnia różnice między gruźlicą człowieka a zwierząt

³⁰⁰ Działalność naukową, publikacyjną i organizacyjną T. Kielanowskiego omawiałem w rozdziale: *Kielanowski Tadeusz Michał (1905-1992)* [w:] *Ludzie Akademii Medycznej w Gdańsku*, t. 4, pod red. Z. Machalińskiego, Gdańsk 2006, s. 57-85.

laboratoryjnych i przedstawia zagadnienie dziedziczenia skłonności do niej, odwołując się do badań prowadzonych w klinice gdańskiej i paryskiej.

Bibliografia publikacji obejmuje ponad 600 pozycji³⁰¹. Składają się na nią oryginalne prace naukowe w liczbie ponad 100 artykułów, opublikowanych po polsku i w kilku językach obcych. Wśród nich najliczniejsze są prace popularnonaukowe, publicystyczne, przekłady z języków obcych, przedmowy do książek oraz cały szereg recenzji. Tadeusz Kielanowski jest autorem następujących książek:

- „Propedeutyka medycyny. Wstęp o studiów lekarskich. Podręcznik dla studentów I roku wydziałów lekarskich akademii medycznych”, Warszawa 1961 (wyd. 2. – 1962, wyd. 3 – 1967, wyd. 4 – 1973); wydanie w j. rosyjskim – Moskwa 1967.
- „Elementy etiologii gruźlicy człowieka”, Warszawa 1965.
- „Odpowiedzialność uczonych. Dylemat współczesnej nauki”, Warszawa 1970.
- „Rozmyślenia o przemijaniu”, Warszawa 1973 (wyd. 2. – 1976, wyd. 3. – 1980, wyd. 4. – 1984).
- „Etyka i deontologia lekarska”, Warszawa 1985 (zmienione i rozszerzone wydanie pierwotnej wersji: „Wybrane zagadnienia z etyki i deontologii lekarskiej”, Warszawa 1980) – był jej redaktorem i współautorem.
- „Prawie cały wiek dwudziesty. Wspomnienia lekarza”, Gdańsk 1987.



Fot. 61. Książki autorstwa Tadeusza Kielanowskiego (fot. J. Halasz)

Szerokiemu gronu czytelników znany jest głównie jako autor „Rozmyślań o przemijaniu” książki traktującej o śmierci jako ostatecznym etapie kondycji człowieka. Podkreślając kwestie właściwej tylko człowiekowi świadomości śmierci, rozważa zagadnienie samobójstwa, eutanazji, kary śmierci. W „Odpowiedzialności uczonych” podejmuje problem wolności nauki i moralnej odpowiedzialności uczonych i instytucji za prowadzone badania.

Będąc niestrudzonym popularyzatorem wiedzy medycznej i lekarzem pozostającym zawsze w bliskim kontakcie z pacjentem, wydał popularne poradniki dla chorych:

- „Gruźlica jest uleczalna. Popularny wykład dla chorych o leczeniu i zapobieganiu gruźlicy płuc”, Warszawa 1946 i 1947; Warszawa 1950.
- „Co pan radzi panie doktorze? Ogólne zasady korzystania z pomocy lekarskiej”, Warszawa 1968 (wyd. 2 – Warszawa 1971, wyd. 3 – Warszawa 1983).

³⁰¹ Zob. spis prac Tadeusza Kielanowskiego w wykazie źródeł i literatury.

- „Cała prawda o gruźlicy płuc”, Warszawa 1972 (wspólnie z K. Szeleżyńskim).

Artykuły profesora z zakresu fizjologii drukowane były w różnych czasopiśmie fachowych – w „Gruźlicy”, „Postępie Fizjologii”, „Medycynie Weterynaryjnej”. Prace o charakterze popularnym publikował przede wszystkim w „Zdrowiu”. Publikacje o jeszcze innej problematyce medycznej, w tym dotyczące opieki terminalnej, ukazywały się w „Polskim Tygodniku Lekarskim”, „Zdrowiu Publicznym” czy też „Problemach Dydaktyki Medycyny”.

Szczególną dziedzinę pracy naukowej profesora stanowiły tłumaczenia, zarówno książek, jak i deklaracji oraz kodeksów deontologicznych. Kielanowski od młodości biegle władał językami niemieckim i francuskim, a także angielskim; znał również język włoski, rosyjski i ukraiński. Wielokrotnie podkreślał, iż znajomość języków obcych stanowi podstawę wymiany doświadczeń i orientacji w świecie. Tłumaczył głównie prace francuskie, angielskie i niemieckie. Paryskie studia prawnicze zaowocowały przygotowaniem do tłumaczenia deklaracji deontologicznych. Jako pierwszy przełożył na język polski następujące zbiory, ukazujące się w cyklu „Teksty deontologiczne” w „Biuletynie Głównej Biblioteki Lekarskiej” (1959, 1965, 1968, 1969, 1971 r.): „Deklaracja Genewska” (z 1949), „Międzynarodowy Kodeks Etyczny” (z 1949), „Brytyjski Kodeks Etyczny” (z 1953), „Amerykański Kodeks Deontologii Lekarskiej”, „Włoski Kodeks Deontologiczny”, „Deklaracja Helsińska. Etyczne wskazania przewodnie co do badań klinicznych” (z 1964), „Deklaracja z Sydney. Komunikat na temat śmierci” (z 1968), „Dyrektywy dotyczące rozpoznania śmierci, ustalone przez Szwajcarską Akademię Nauk Medycznych” (z 1969).



Fot. 62. Książki w tłumaczeniu lub naukowej redakcji T. Kielanowskiego (fot. J. Halasz)

Był też tłumaczem następujących książek: z j. angielskiego – R. Dubos „Miraze zdrowia. Utopie, postęp i zmiany biologiczne” (Warszawa, 1962) oraz z j. niemieckiego – K. Engelhardt „Pacjent w swojej chorobie” (Warszawa, 1974). Jego osiągnięcia translatorskie dopełnia konsultacja naukowa „Słownika lekarskiego francusko-polskiego” autorstwa B. Neumana (dwa wydania: Warszawa 1966 i 1970). Można przypuszczać, że wiele tłumaczeń ważnych światowych publikacji dokonało się z inspiracji Kielanowskiego, a świadczyć o tym mogą m. in. osoby tłumaczy, utrzymujące z nim bliskie kontakty, przedmowy lub posłowania do tłumaczeń oraz ich treść. Były to pierwsze w Polsce książki na temat samobójstwa, umierania, prawnomoralnych problemów dotyczących życia człowieka i in. Trudno przecenić tę działalność profesora, zwłaszcza, że w latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych dostęp do literatury zachodniej był bardzo ograniczony.

Niezwykła liczba recenzji – ponad 230 – publikacji nie tylko medycznych, ukazuje ogromną erudycję Kielanowskiego. Zawsze starał się orientować w bieżącej literaturze, nie tylko fachowej. Recenzje ukazywały się przez wiele lat w „Biuletynie Głównej Biblioteki Lekarskiej”, z którym długo współpracował, a później, z końcem lat siedemdziesiątych w „Nowych Książkach”, a także „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny”. Połowę stanowią recenzje książek wydawanych za granicą, w tym ponad pięćdziesiąt francuskich, i blisko trzydzieści niemieckich oraz angielskich, a także rosyjskich i włoskich.

Artykuły dotyczące problematyki filozoficzno-moralnej związanej z konsekwencjami postępu medycyny ukazały się m. in. w „Studiach Filozoficznych” i „Etyce”. Jednak przeważająca część pojawiających się w druku materiałów to felietony i teksty popularnonaukowe, polemiczne i popularyzatorskie ukazujące się w wielu pismach, przede wszystkim w „Służbie Zdrowia”, „Problemach”, „Argumentach”, „Kierunkach”, „Tygodniku Morskim” i „Czasie”, na łamach których podejmował szereg tematów z pogranicza medycyny i nauk humanistycznych. Jako jeden z pierwszych wśród polskich autorów stawiał trudne pytania i podejmował problematykę jeszcze niedostrzeżoną (a może czasami świadomie przemilczaną), w szczególności wiążącą się z postępowaniem medycyny i nauk biologicznych. To problematyka, która dziś jest ważnym przedmiotem rozważań filozofii medycyny i bioetyki. Zasadnicze idee i problemy porusza Kielanowski w wielu swoich publikacjach, przy różnych okazjach, nadając im trochę inne ujęcie czy też ukazując zagadnienie z innej perspektywy. Takimi powracającymi tematami są m. in.: humanistyczny wymiar medycyny, rola czynników psychicznych w chorobie i leczeniu, śmierć i umieranie, cierpienia terminalne, problem przerywania ciąży, eutanazji, samobójstwa.

Kielanowski był niestrudzonym popularyzatorem nauki. Był przekonany, czemu wielokrotnie dawał wyraz, że zadaniem ludzi nauki jest również udostępnianie swojej wiedzy o odkryciach społeczeństwu i troska o jego poziom kultury naukowej. Dlatego pisał, że „poruszanie spraw ważnych lub poważnych w sposób [...] interesujący i sugestywny – to wielka sztuka”³⁰². Ubolewał też nad brakiem dobrych felietonistów – z pewnością on sam do nich należał, a w AMG czasem żartobliwie mówiono, „Kielanowski jest najlepszym żurnalistą spośród lekarzy i najlepszym lekarzem spośród żurnalistów”³⁰³. Literacka forma, dobry warsztat językowy czynią, że teksty Kielanowski czyta się z przyjemnością. Jedną z ulubionych metod argumentacji jest sprowadzanie do absurdu. W tekstach autobiograficznych stosował żywą narrację, ujmując wydarzenia z pewnego dystansu, z nutą autoironii i dowcipu.

Zainteresowania i prace Tadeusza Kielanowskiego, poza zagadnieniami ftyzjatrii, idą w wielu kierunkach i obejmują:

- tradycyjne zagadnienia deontologii lekarskiej i aksjologiczne aspekty zawodu lekarza,

³⁰² T. Kielanowski, *Hamilton i św. Apollonia*, „Służba Zdrowia” 1964, nr 18, s. 2.

³⁰³ Wywiad z prof. dr. Grażyną Świątecką przeprowadzony przez autora pracy 15 czerwca 2010 r. w Gdańsku. Wywiad niepublikowany i nieautoryzowany. Dalej jako: Wywiad z G. Świątecką.

- moralne zagadnienia wynikające z postępu naukowo-technicznego i badań naukowych, w szczególności z postępu medycyny;
- zagadnienia związane ze śmiercią i umieraniem, problematykę tanatologiczną,
- leczenie terminalne (i szerzej – opiekę terminalną i paliatywną),
- problematykę samobójstw;
- problem dopuszczalności zabiegów przerywania ciąży i upowszechnianie idei świadomego macierzyństwa,
- filozoficzną refleksję nad medycyną i jej rozwojem,
- problematykę filozoficzną zdrowia i choroby oraz oddziaływania czynników psychicznych na ich uwarunkowania,
- idee humanistycznego wykształcenia i wychowania przyszłych lekarzy i związaną z tym koncepcję rehumanizacji medycyny,
- historię medycyny – najczęściej wspomnienia i biografie znaczących dla medycyny postaci, ale także historię polskiej etyki lekarskiej.

Ważnym przyczynkiem do polskiej historii medycyny są wspomnienia Kielanowskiego z poszczególnych okresów działalności, publikowane m. in. w „Kwartalniku Historii Nauki”, zwieńczone książką pt. „Prawie cały wiek dwudziesty”, wydaną w 82 roku jego życia. Zadziwia doskonała pamięć, opis tak wielu szczegółów, wydarzeń i spotkanych ludzi. Szczególne wrażenie robią relacje autora ze spotkań z wielu wybitnymi postaciami, w tym znaczącymi dla historii medycyny, takimi jak Aleksander Fleming, Maria Skłodowska-Curie, André Guérin, Ludwik Hirszfeld, Tadeusz Krwawicz, Jakub Parnas, Tadeusz Boy-Żeleński, Tadeusz Bilikiewicz. Janusz Wdowiak podkreślał, że <<pragnął, aby napisano historię polskiej medycyny, nie myśląc o tym, że przecież jej integralną częścią będzie Jego życie i działalność, a wspomnienia „Prawie cały wiek dwudziesty” stanowić będą bardzo istotne źródło dla piszących tę historię>>³⁰⁴. Tadeusz Kielanowski dotkliwie odczuwał brak podręcznika z zakresu historii medycyny polskiej i z pewnym rozgoryczeniem pisał do Tadeusza Brzezińskiego – „od lat nakłaniam wszystkich naszych historyków medycyny do napisania historii medycyny polskiej, ale nikt się tego dotąd nie podjął”³⁰⁵.

Działalność naukowa Kielanowskiego, wiązała się z dobrymi kontaktami międzynarodowymi, których utrzymywanie w okresie PRL stanowiło zasadniczą trudność, a dzisiaj jest podstawowym wymogiem, szczególnie w naukach medycznych. Wielokrotnie przebywał za granicą, odbył wiele podróży naukowych, brał aktywny udział w licznych sympozjach międzynarodowych i krajowych, występując z odczytami i angażując się w dyskusję. Podkreślał, że międzynarodowe, osobiste kontakty są najlepszym sposobem wymiany doświadczeń, wzajemnego uczenia się i korzystania ze sprawdzonych gdzie indziej

³⁰⁴ Zob. J. Wdowiak, *Profesor Tadeusz Kielanowski a historia medycyny*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny” 1992, nr 2, s. 139.

³⁰⁵ Cyt. za J. Wdowiak, *Profesor Tadeusz Kielanowski a historia medycyny*, op. cit., s. 138 (Korespondencja między prof. T. Kielanowskim a prof. T. Brzezinskim, Archiwum Zakładu Historii Medycyny i Etyki Lekarskiej PAM w Szczecinie, list nie datowany z roku 1981).

wzorców i stanowią bodziec dla własnych poszukiwań. W okresie powojennym brał udział w konferencjach i naukowych spotkaniach w Anglii i we Francji (II Międzynarodowy Kongres Medycyny Neo-Hipokratesowej – 1956 r., Międzynarodowy Kongres Klimatologii Socjalnej – 1958 r., francuskie zjazdy przeciwgruźlicze³⁰⁶), a także w Turcji, Włoszech, Finlandii, NRD (Zjazd Niemieckiego Towarzystwa Fizjoterapeutycznego – 1969 r.)³⁰⁷ i Indiach (Światowa Konferencja Kształcenia Lekarzy – 1966 r.)³⁰⁸. Do Francji i Anglii wyjeżdżał również jako delegat ministerstwa zdrowia i przedstawiciel szkolnictwa wyższego³⁰⁹. Szczególnie bliskie stosunki łączyły go z tymi dwoma krajami, gdzie bywał wielokrotnie i gdzie miał bardzo wielu przyjaciół. To w Anglii, gdzie jego brat Leopold prowadził Polski Teatr, poznał pastora Chad Varaha i dr C. Saunders,

W 1958 r. jako stypendysta fundacji im. Jakuba hr. Potockiego kilka tygodni przebywał w Instytucie Pasteura w Paryżu u prof. E. Bernarda³¹⁰, co zaowocowało wspólnymi badaniami. W tym okresie wizytował także francuskie akademickie pól-sanatoria dla chorych na gruźlicę, wzorowane na sanatorium prowadzonym w okresie lwowskim – dla francuskich fizjoterapeutów pozostawał autorytetem w tej dziedzinie³¹¹. Kilukrotnie wygłaszał referaty na posiedzeniach francuskiej Akademii Nauk Medycznych. W 1972 r. z okazji 150-lecia francuskiej akademii został zaproszony do zaprezentowania jednego z sześciu programowych referatów. Nosił on tytuł „Prawo do zdrowia i prawo do chorowania”³¹², w którym podejmował temat obrony społecznych praw ludzi chorych i doświadczonych różnymi formami niesprawności.

W 1963 r. został wybrany członkiem-korespondentem zagranicznym Académie Nationale de Médecin³¹³, jako pierwszy z Polak od czasów Marii Skłodowskiej-Curie. W 1969 r. francuska Akademia Nauk Medycznych, przyznając mu nagrodę naukową, nadała Kielanowskiemu tytuł jej laureata. Wcześniej, w 1949 r., otrzymał godność członka brytyjskiego Royal Society of Medicine w Londynie. Był też członkiem nowojorskiego American Trudeau Society od 1958 r.³¹⁴ i członkiem honorowym Zrzeszeniu Lekarzy Polskich w Chicago³¹⁵. Otrzymał także godność członka Word Academy of Art and Science³¹⁶.

³⁰⁶ AGUMed AoTK, nr 268/50, Pismo naczelnika Wydziału Nauki Ministerstwa Zdrowia z 10 IV 1958 r., s. 32. Zob.: T. Kielanowski, *Galęz z drzewa pod którym nauczał Hipokrates*, „Służba Zdrowia” 1956, nr 24, s. 1; *Prof. dr Pierre Delore*, „Służba Zdrowia” 1960, nr 51, s. 2.

³⁰⁷ AGUMed AoTK, nr 268/50, Sprawozdanie z wyjazdu służbowego z 19 V 1969 r., s. 74; por. np.: T. Kielanowski, *Mój życiorys naukowy*, op. cit., s. 588.

³⁰⁸ AGUMed AoTK, nr 268/50, Pismo od Prorektora AMG z 20 IX 1966 r., s. 59, por. np.: T. Kielanowski, *Prawie cały...*, op. cit., s. 271.

³⁰⁹ AGUMed AoTK, nr 268/50, Pismo do JM Rektora AMG z 12 XI 1958 r., s. 39; AGUMed AoTK, nr 268/50, Pismo do Biura Współpracy z Zagranicą MZiOP z 19 IX 1967 r., s. 65.

³¹⁰ AGUMed AoTK, nr 268/50, Pismo do JM Rektora AMG z 16 IV 1958 r., s. 33. Por.: T. Kielanowski, *Prawie cały...*, op. cit., s. 267.

³¹¹ Zob. np.: T. Kielanowski, *Mój życiorys naukowy*, op. cit., s. 588.

³¹² AGUMed AoTK, nr 268/50, List od przewodniczącego francuskiej Akademii Nauk Medycznych z 30 XI 1971 r., s. 101.

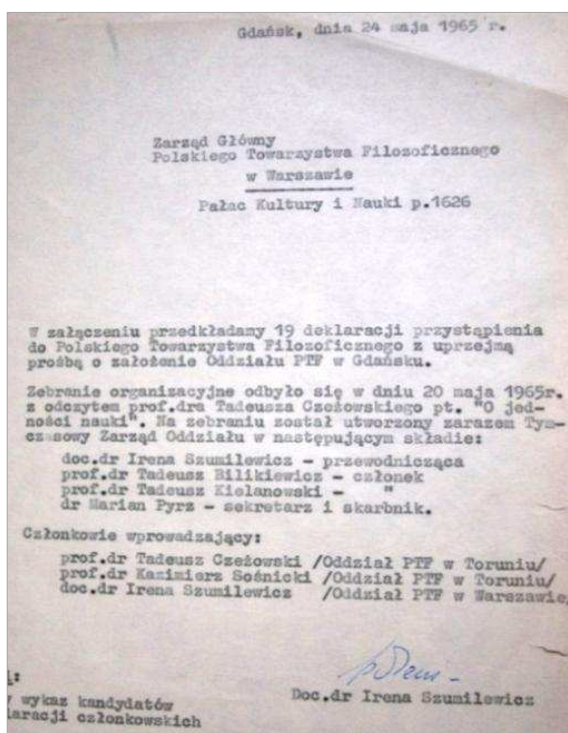
³¹³ AGUMed AoTK, nr 268/50, Pismo do JM Rektora AMG z 23 II 1963 r., s. 49.

³¹⁴ Zbiory prywatne rodziny Kielanowskich (dalej jako ZRK), Certyfikat członkostwa z 18 V 1958 r.

³¹⁵ AGUMed AoTK, nr 268/50, *Życiorys* z 23 III 1964 r., s. 147

W kraju prof. Kielanowski związany był z wieloma towarzystwami naukowymi, wcielając ideę popularyzacji nauki w różnych formach. W latach powojennych był inicjatorem i współzałożycielem kilku oddziałów terenowych: oddziału Towarzystwa Badań nad Gruźlicą w Lublinie (późniejsze Towarzystwo Ftizjopneumonologiczne), Lubelskiego Towarzystwa Lekarskiego, białostockiego oddziału Polskiego Towarzystwa Lekarskiego³¹⁷, Towarzystwa Krzewienia Kultury Świeckiej oraz Towarzystwa Świadomego Macierzyństwa.

Po przeniesieniu się do Gdańska, włączył się także w organizację i działalność naukowych towarzystw. W tutejszym oddziale Towarzystwa Ftizjopneumonologicznego wielokrotnie piastował funkcję prezesa. W 1957 r. należał do członków założycieli oddziału Polskiego Towarzystwa Historii Medycyny, będąc przez dwie kadencje jego wiceprzewodniczącym³¹⁸. Warto podkreślić udział Kielanowskiego w powstaniu oddziału



Fot. 63. Pismo do Zarządu Głównego PTF w sprawie powołania oddziału gdańskiego PTF, 1965 r. (AOGPTF)

Polskiego Towarzystwa Filozoficznego w Gdańsku. W czasie starań o jego utworzenie i w pierwszym okresie, od maja do listopada 1965 r., pełnił funkcję (wraz z T. Bilikiewiczem) członka Zarządu Tymczasowego gdańskiego oddziału³¹⁹. W pracach oddziału brał udział do końca życia. Wcześniej w Gdańsku utworzył oddział Towarzystwa Kultury Moralnej, przewodnicząc mu od powołania w 1960 r. do 1964 r.³²⁰ Był również członkiem Gdańskiego Towarzystwa Naukowego, Białostockiego Towarzystwa Naukowego oraz Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. Wiele towarzystw, w których działał, nadało mu tytuł członka honorowego: PT Lekarskie, PT Ftizjopneumonologiczne, PT Historii

Medycyny i Farmacji, PT Szpitalnictwa³²¹, PT Pomocy Telefonicznej³²².

³¹⁶ ZRK, Pismo od prof. R. Domańskiego z 18 III 1985 r.

³¹⁷ Zob. T. Brzeziński, *Polskie Towarzystwo Lekarskie 1951-2001*, Warszawa 2001, s. 25.

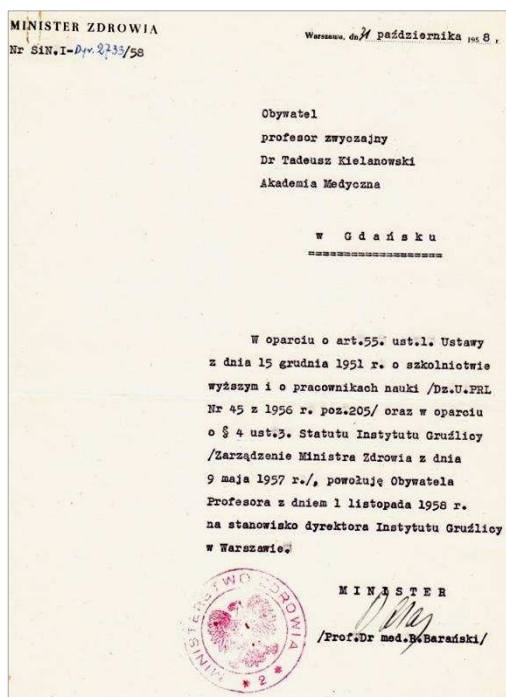
³¹⁸ Zob. E. Sienkowski, *Zakład Historii i Filozofii Nauk Medycznych*, „Annales Academiae Medicae Gedanensis.” 1995, supl. 2, s. 189.

³¹⁹ Archiwum Oddziału Gdańskiego Polskiego Towarzystwa Filozoficznego (dalej jako AOGPTF), Pismo do Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Filozoficznego z 24 maja 1965 r., (Protokoły Oddziału Gdańskiego PTF), nr 1. Najważniejszą rolę w utworzeniu oddziału gdańskiego odegrała prof. Irena Szumilewicz z Gdańska i prof. Tadeusz Czeżowski z Torunia, wybitny polski filozof szkoły lwowsko-warszawskiej.

³²⁰ AOGPTF, Wspomnienie o prof. dr Tadeuszu Kielanowskim (Protokoły Oddziału Gdańskiego PTF), nr 288.

³²¹ *Nowi członkowie honorowi PTS*, [a.n.], „Szpitalnictwo Polskie” nr 24, s. 159.

We wszystkich okresach brał udział w pracach nad organizacją walki z gruźlicą i działaniach profilaktycznych. Od wyzwolenia, w dziedzinie oświaty sanitarnej, współpracował z Zarządem Głównym PCK. Przez cały okres zawodowej aktywności był czynnie związany z pracami Instytutu Gruźlicy w Warszawie – w listopadzie 1958 r. został powołany przez Ministerstwo Zdrowia na stanowisko dyrektora³²³, jednakże w następnym



roku zrezygnował z tej funkcji ze względu na liczne obowiązki. Przez 25 lat był członkiem Rady Naukowej Instytutu, a przez kilka kadencji – jej przewodniczył. Natomiast w 1961 r. powołano go w skład Komitetu Nauk Klinicznych PAN³²⁴, był delegowany jako przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej. W miarę swoich możliwości wspomagał cenne inicjatywy ministerstwa. Szczególnie bliskie kontakty utrzymywał ministrem Jerzym Sztachelskim, dla którego zawsze żywił głęboki szacunek. W latach 1968-1972 pełnił funkcję członka Wspólnej Komisji Dyscyplinarnej dla pracowników instytutów naukowo-badawczych MZiOŚ³²⁵.

Fot. 64. Powołanie na stanowisko dyrektora Instytutu Gruźlicy w Warszawie, 1958 r. (ZRK)

³²² ZRK, Nadanie godności członka honorowego PTPT z 28 III 1992 r.,

³²³ AGUMed AoTK, nr 268/50, Powołanie na dyrektora Instytutu Gruźlicy, s. 37.

³²⁴ AGUMed AoTK, nr 268/50, Powołanie w skład Komitetu Nauk Klinicznych PAN, s. 44.

³²⁵ AGUMed AoTK, nr 268/50, Powołanie na członka Wspólnej Komisji Dyscyplinarnej, s. 63.

8. Działalność społeczna

Różnorodna działalność społeczna Tadeusza Kielanowskiego rozwijała się najintensywniej w okresie gdańskim, kiedy wolny był od pełnienia funkcji administracyjnych w akademii. Do najważniejszych jego inicjatyw należało współtworzenie pierwszego w Polsce telefonu zaufania i organizacja wspólnych konferencji lekarzy i humanistów, a wcześniej udział w propagowaniu idei świadomego macierzyństwa. Jako lekarz wiele uwagi poświęcał sprawom swojego środowiska; zaangażowanie Kielanowskiego w tym względzie wyrażało się m. in. w publicznych wypowiedziach i staraniach o reaktywowanie izb lekarskich. Szczególnie ważna była debata o potrzebie i kształcie kodeksu etyki lekarskiej oraz opublikowany przez niego projekt kodeksu.

Warto przypomnieć osiągnięcie przedwojenne, jakim było stworzenie ram organizacyjnych pólśanatorium, akademickiego domu dla chorych na gruźlicę. Przynależy ono co prawda do sfery zawodowej, jednakże ma wymiar o wiele szerszy. Rozpowszechnienie tej idei za granicą, głównie we Francji, spowoduje, że stanie się tam Kielanowski postacią znaną i niejako ambasadorem polskiej medycyny społecznej. Przez długi okres współpracował z dr. Douady, który był głównym organizatorem sieci tej formy pomocy dla studiującej młodzieży. Kielanowski, przyjeżdżając do Francji, odwiedzał tamtejsze pólśanatoria.

Działalność na rzecz świadomego macierzyństwa

Inspiracją dla zajęcia się tą problematyką było spotkanie, jeszcze w latach trzydziestych we Lwowie, z Tadeuszem Boyem-Żeleńskim³²⁶, który założył pierwszą poradnię świadomego macierzyństwa (w Warszawie). Już wtedy myślał Kielanowski o utworzeniu podobnej we Lwowie – aczkolwiek Boy-Żeleński zwracał uwagę na ogromne trudności związane z realizacją tego zadania, wynikające przede wszystkim z niskiej świadomości społecznej oraz wpływu kół konserwatywnych, niechętnych podobnym inicjatywom.

Po wojnie aktywnie uczestniczył w debacie na temat legalizacji przerywania ciąży ze względów społecznych (zagadnienie to zostanie omówione w II części pracy), a także współpracował nad redakcją ustawy (z 1956 r.) o warunkach dopuszczalności przerywania ciąży. Towarzystwo Świadomego Macierzyństwa udało się założyć w 1957 roku (od 1979 r. nosi nazwę – Towarzystwo Rozwoju Rodziny³²⁷) i Kielanowski przez dwie kadencje pełnił funkcję wiceprezesa Zarządu Głównego, angażując się w upowszechnianie idei planowania rodziny. W 1959 r. Towarzystwo zostało przyjęte do Międzynarodowej Federacji

³²⁶ T. Kielanowski, *Prawie cały...*, op. cit., s. 99-100.

³²⁷ Do głównych zadań towarzystwa należy: wspieranie rodziców w ich prawie do decydowania o liczbie i czasie narodzin dzieci, propagowanie ruchu planowania rodziny poprzez: informowanie, poradnictwo, rzecznictwo interesów. Towarzystwo poprzez swoje działania podkreśla znaczenie profilaktyki zdrowotnej dla stanu zdrowia matki i dziecka, przez informowanie oraz konkretne usługi. Ważnym zadaniem jest walka o równouprawnienie kobiet i mężczyzn oraz pomoc kobietom w dążeniu do pełnego uczestniczenia w życiu publicznym, politycznym i ekonomicznym.

Planowanego Rodzicielstwa (IPPF), a rok później zorganizowano pierwszy krajowy zjazd członków Towarzystwa.

Telefon zaufania

Z ideą telefonu zaufania zetknął się Kielanowski w Londynie – w 1965 r. nawiązał znajomość z pastorem Edwardem Chad Varahem z Kościoła św. Stefana, twórcą pierwszego w świecie telefonu zaufania, działającego od 1953 r. U jej podstaw leżała chęć pomocy ludziom zrozpaczonym, chcącym popełnić samobójstwo, co również dla Kielanowskiego stanie się podstawowym motywem podjętych później działań. Brytyjska organizacja „Samaritan”, taką przyjęli nazwę, oparta była na społecznej działalności wolontariuszy. Poznanie zasad działania telefonu i przyjaźń z pastorem zaowocowały polską inicjatywą opartą na brytyjskich doświadczeniach. Rozpoczął od popularyzowania tej idei, publikując wiosną 1966 r. artykuł w „Dzienniku Bałtyckim”. Zgłosiła się do niego lek. Grażyna Świątecka³²⁸ z propozycją zorganizowania telefonu zaufania w Gdańsku. Miała już ochotników, wywodzących się z kręgu Duszpasterstwa dla Inteligencji, gotowych do podjęcia się zadania. <<Wątpiłem, aby było to możliwe, ale dałem się przekonać i odtąd spotykaliśmy się z kilkoma osobami prawie co tygodnia, szukając możliwości realizacji tego zamierzenia. [...] powątpiewano w sens naszej inicjatywy. Mówiono: „Kielanowski sobie wyobraża, że jak ktoś zechce popełnić samobójstwo, będzie musiał prosić go o pozwolenie”>>³²⁹. Rzeczywiście akcja spotykała się początkowo z wieloma przeszkodami, tym bardziej że problem samobójstw często był skrywany w ówczesnej Polsce, przeczyły one powszechnej drodze do szczęścia w socjalistycznym kraju. Współdziałanie Tadeusza Kielanowskiego i Grażyny Świąteckiej, która zajęła się praktyczną organizacją ruchu, oraz zaangażowanie wielu osób prowadziły do celu. Zebranie inicjatywne, już z grupą wolontariuszy, odbyło się w styczniu 1967 r., a w marcu na zaproszenie Kielanowskiego przyjechał do Gdańska Chad Varach, prezentując m. in. wykład w PTL. Grażyna Świątecka zanotuje: „[...]spotykaliśmy się co miesiąc na zebraniach szkoleniowych. Wykłady psychologów, lekarzy psychiatrów, socjologów pomagały nam w przygotowaniu się do przyszłych dyżurów w Telefonie Zaufania, ale droga do ich rozpoczęcia była jeszcze długa. Trzeba było przekonać wielu ludzi na wszystkich szczeblach administracji o słuszności tej idei i możliwości jej realizacji. Profesor Tadeusz Kielanowski był niestrudzony w docieraniu do władz”³³⁰. Pierwszorzędną jego rolą było uzyskanie akceptacji na poziomie różnych szczebli władz i pozwolenie na rozpoczęcie działalności (w czerwcu 1967 r.), na co wpłynęło poparcie ministra zdrowia Jerzego Sztachelskiego. Telefon zaufania w PRL nie mógł się stać stowarzyszeniem, wobec czego, dzięki działaniom Kielanowskiego, stał się sekcją Polskiego Czerwonego Krzyża i znalazł dla

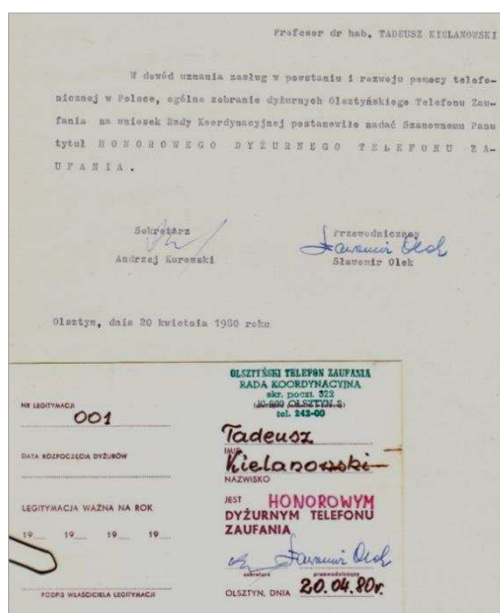
³²⁸ Wywiad z G. Świątecką.

³²⁹ T. Kielanowski, *Prawie cały...*, op. cit., s. 273.

³³⁰ G. Świątecka, *Gdański Telefon Zaufania „Anonimowy Przyjaciel” święci jubileusz 40-lecia*, „Nasza Gazeta – Telefon Zaufania” 2007, nr 2, s. 4.

siebie pomieszczenie w Zarządzie Wojewódzkim PCK (po paru latach siedzibę przeniesiono do Wojewódzkiego Zespołu Rehabilitacyjnego). W międzyczasie Grażyna Świątecka zajmowała się organizacją wolontariuszy, w przygotowaniu których istotną rolę odegrał pallotyn, ks. Pałyga.

Pierwszy w Polsce społeczny telefon zaufania pod nazwą „Anonimowy Przyjaciel”, zaproponowaną przez Kielanowskiego, rozpoczął swoją działalność 1 października 1967 r. – pod numer 31-00-00 mógł zadzwonić każdy i porozmawiać o swoich problemach, swojej rozpacz i samobójczych myślach. O tym jak był potrzebny świadczy ilość zapisów rejestrujących anonimowe rozmowy – dzwonili ludzie poszukujący pomocy w przeróżnych sytuacjach życiowych, zagubieni, samotni... Przy telefonie dyżurowali wolontariusze, byli wśród nich lekarze, psycholodzy, nauczyciele, prawnicy, inżynierowie, pracownicy nauki wyższych uczelni, aktorzy, plastycy, urzędnicy i in. W tym samym roku, już w czerwcu, we Wrocławiu prof. Adam Bukowczyk uruchomił telefon zaufania o profilu zawodowym – dyżury w niej pełnili lekarze psychiatry, ponieważ mieścił się w Klinice Chorób



Fot. 65. Dokument stwierdzający nadanie godności członka honorowego PTPT oraz legitymacja Honorowego Dyżurnego TZ – nr 1 (ZRK)



Fot. 66. „Gazeta AMG”, z artykułem przypominającym historię telefonów zaufania, powyżej – na zdjęciu – prof. G. Świątecka i „Telefon Zaufania – Nasza Gazeta” (fot. J. Halasz, ZGŚ)

Psychicznych AM. Z tego też powodu łatwiej było go organizować. Powstały więc niezależnie od siebie dwie placówki pomocy telefonicznej o charakterze społecznym oraz zawodowym, wskazując następnym profile działania. Powstanie telefonu zaufania było wydarzeniem społecznie bardzo znaczącym – wskazywał nową metodę zapobiegania patologii społecznej – a kolejne lata przyniosły rozwój takich placówek w Polsce. Już w następnym roku zostały

utworzone w Bydgoszczy i Toruniu, a później w bardzo wielu miastach obejmując cały kraj³³¹. Znaczna część z nich opierała się na modelu gdańskim, a wiele używało (i używa) nazwy „Anonimowy Przyjaciel”. Gdański ośrodek, którym od jego powstania aż do początku lat dziewięćdziesiątych kierowała Grażyna Świątecka, odegrał też ważną rolę w integracji ruchu pomocy telefonicznej w Polsce³³². Pierwsza krajowa konferencja telefonów zaufania, którą zorganizowała wrocławska placówka, odbyła się w 1969 r. Wkrótce powołano Radę Koordynacyjną Polskich Telefonów Zaufania (1972 r.) z siedzibą w Krakowie, a potem Gdańsku³³³. W 1973 r. polskie telefony zaufania przystąpiły do międzynarodowej Federacji Pomocy Telefonicznej (IFOTES).

Zasługą Kielanowskiego było nie tylko to, że uwierzył w możliwość realizacji tej akcji, ale całym sercem włączył się w jej propagowanie, również poprzez liczne publikacje i przekonywanie opornych. Był moderatorem ruchu w czasie pierwszych spotkań. Angażował się również przez jakiś czas w przygotowywanie wolontariuszy, których było kilkudziesięciu (w pewnym okresie liczba dochodziła do stu). Była to jedyna forma niezależnego zaangażowania społecznego. Jego wypowiedzi zawsze nacechowane były głębokim humanizmem. Wskazywał, w jaki sposób rozmawiać z ludźmi, w oparciu o doświadczenie dialogu wyniesione z praktyki lekarskiej. Dużo mówił o problemie samobójstw, widząc w telefonie zaufania skuteczne narzędzie w zapobieganiu im³³⁴ (w Wielkiej Brytanii po dwudziestu latach działania telefonów liczba samobójstw spadła o 1/3). Troszczył się o zachowanie światopoglądowej niezależności telefonu zaufania, wskazując na cztery podstawowe zasady „Samarytan”: współczucie, nie potępienie, nie moralizowanie i pomoc. W późniejszym okresie nie brał już czynnego udziału w jego pracach i pełnił rolę konsultanta „Anonimowego Przyjaciela”, czy też po prostu służył dobrą radą i wsparciem.

Krajowe Konferencje Lekarzy i Humanistów

Koncepcja Krajowych Konferencji Lekarzy i Humanistów wyrosła z przekonania Tadeusza Kielanowskiego o konieczności szerokiej dyskusji różnych środowisk na tematy dotyczące kondycji współczesnego człowieka, przede wszystkim związku z dokonującym się postępem naukowo-technicznym i kulturowymi przemianami. Zaangażował tu wszystkie swoje siły, talenty organizacyjne i dobre kontakty osobiste. Wydaje się, że inspiracją

³³¹ Zob. G. Świątecka, *Rys historyczny ruchu pomocy telefonicznej w Polsce*, [w:] *20 lat Polskich Telefonów Zaufania*. XV Ogólnopolska Konferencja. Gdańsk 10-11 X 1987, s.12-19. W dalszej kolejności telefony zaufania powstały w: Warszawie (1969), Lublinie (1969), Krakowie (1970), Kaliszu, Olsztynie (1974), Poznaniu (1974), Katowicach (1974), Częstochowie, Pile (1983) i Piotrkowie Trybunalskim (1984).

³³² Zob. G. Świątecka, *Gdański Telefon Zaufania „Anonimowy Przyjaciel” i jego rola w polskim ruchu pomocy telefonicznej*, „Nasza Gazeta – Telefon Zaufania” 1997, nr 15, s. 3

³³³ W 1990 r. powołano i zarejestrowano Polskie Towarzystwo Pomocy Telefonicznej (PTPT) w Gdańsku, któremu do chwili obecnej przewodniczy prof. Grażyna Świątecka. Od 1991 r. w Gdańsku jest redagowana i wydawana „Nasza Gazeta – Telefon Zaufania”, czasopismo o zasięgu ogólnopolskim. PTPT koordynuje działalność większości telefonów zaufania w kraju stanowiących jego oddziały terenowe, których jest ok. 50 (w większych miastach Polski). PTPT współpracuje z kierownictwem IFOTES oraz zrzeszonymi w tej organizacji telefonami zaufania w innych krajach.

³³⁴ Wywiad z G. Świątecką

utworzenia tego krajowego forum były z jednej strony międzynarodowe kongresy medycyny neo-hipokratesowej organizowane przez francuskiego lekarza i uczonego Pierra Delore'a³³⁵, a z drugiej – konferencje organizowane przez środowisko pisma „Etyka” poświęcone aktualnej problematyce wynikającej z przemian w medycynie. Oba fora miały charakter bardziej otwarty i gromadziły przedstawicieli różnych nauk, a dotyczyły zagadnień z pogranicza medycyny i humanistyki.

Konferencje były też wyrazem dążenia Tadeusza Kielanowskiego do przywrócenia medycynie humanistycznego wymiaru, wobec zamykania się jej w obrębie nauk przyrodniczych. Uważał, że jeżeli medycyna ma autentycznie służyć człowiekowi, musi zaistnieć dialog między lekarzami i przedstawicielami świata kultury, gdyż wiedzą oni o wiele więcej o ludzkiej kondycji. Hasłem każdej z konferencji był właśnie „człowiek”. Kielanowski podkreślał, że celem nauki i sztuki lekarskiej zawsze musi być człowiek jako całość, a współczesny lekarz, kształcony według schematu nauk przyrodniczych, coraz mniej o nim wie. Wiąże się to z paradoksalną sytuacją, że im medycyna zdobywa więcej informacji o człowieku, tym ma mniejsze rozeznanie, co wolno jej z człowiekiem zrobić. Konieczne są więc interdyscyplinarne poszukiwania dotyczące sensu życia, cierpienia, umierania i moralnych aspektów konsekwencji postępu naukowo-technicznego. Po drugie – będąc niestrudzonym popularyzatorem nauki – również przez konferencje chciał poddać publicznej debacie te filozoficzno-moralne zagadnienia, wynikające z dokonujących się przemian. Powstanie tego forum dyskusyjnego było wydarzeniem o dużej randze i wówczas wyjątkowym. Zwykle sympozja ograniczały się do określonych środowisk zawodowych lub towarzystw naukowych. Krzysztof Zanussi zamierzał nawet zrealizować film, którego tłem byłaby odbywające się w Gdańsku spotkania lekarzy i humanistów poświęcone kondycji człowieka³³⁶.

Były one organizowane w oparciu o Towarzystwo Krzewienia Kultury Świeckiej (TKKŚ)³³⁷ – ale także przy współudziale Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej, a później też Ministerstwa Kultury i Sztuki. Odbywały się w sali Ratusza Staromiejskiego w Gdańsku. Współtwórcą idei sympozjów był przyjaciel Kielanowskiego, minister zdrowia – Jerzy Sztachelski, który przez wiele lat pełnił funkcję prezesa TKKŚ (zmarł kilka miesięcy przed pierwszym z nich). Wszystkie odbywały się pod merytoryczną i naukową opieką Tadeusza Kielanowskiego, a on sam wygłaszał referaty programowe, otwierał i zamykał obrady. Rozpoczynając I Konferencję, mówił: „Jesteśmy wciąż pełni niepokoju i niewiedzy. Każde nowe odkrycie rodzi więcej pytań, niż przyniosło rozwiązań. Odkrycie tak zwanej podwójnej spirali, tyleż doniosłe, ile piękne, nie zbliżyło nas ani na krok do rozwiązania pytania, które

³³⁵ Zob. T. Kielanowski, *Prof. dr Pierre Delore*, op. cit., s. 2.

³³⁶ ZRK, List K. Zanussiego do T. Kielanowskiego z 12 XII 1976 r.

³³⁷ Towarzystwo Krzewienia Kultury Świeckiej (TKKŚ) – powstało w 1969 roku, z połączenia Stowarzyszenia Ateistów i Wolnomyślicieli oraz Towarzystwa Szkoły Świeckiej (założonych w 1957). Do 1990 r. wydawało popularny tygodnik „Argumenty” (publikowało w nim wielu wybitnych ludzi kultury, m. in. Leszek Kołakowski) oraz miesięczniki „Człowiek i Światopogląd” i „Rodzina i Szkoła”. W czasach PRL TKKŚ było organizacją masową.

było treścią rozmyślań filozofów wszystkich epok, pytania o istotę, a także o sens ludzkiego życia. [...] Konferencja stwarza po raz pierwszy w naszym kraju okazję szczerzej, otwartej dyskusji ludzi o rozmaitej formacji intelektualnej na tematy, które nie mogą być już dłużej tematami tabu³³⁸. Konferencje miały bardzo otwarty charakter, cechą charakterystyczną była ich interdyscyplinarność – uczestniczyli w nich wybitni lekarze oraz filozofowie i psychologowie, socjologowie, historycy, pedagodzy, artyści i historycy sztuki oraz działacze społeczni. Po każdej zostały wydane publikacje zawierające treść wystąpień i przebieg dyskusji, w której często prezentowano kolejne referaty.

Odbyły się następujące Krajowe Konferencje Lekarzy i Humanistów pod poniższymi hasłami:

- I Konferencja – „Człowiek w obliczu śmierci, z uwzględnieniem etyki marksistowskiej, granic i praw reanimacji” (1976)³³⁹.
- II Konferencja – „Człowiek, jego ból, cierpienie i prawo do szczęścia” (1978)³⁴⁰.
- III Konferencja – „Człowiek zabija siebie sam” (1981)³⁴¹.
- IV Konferencja – „Człowiek tworzy siebie sam” (1983)³⁴².

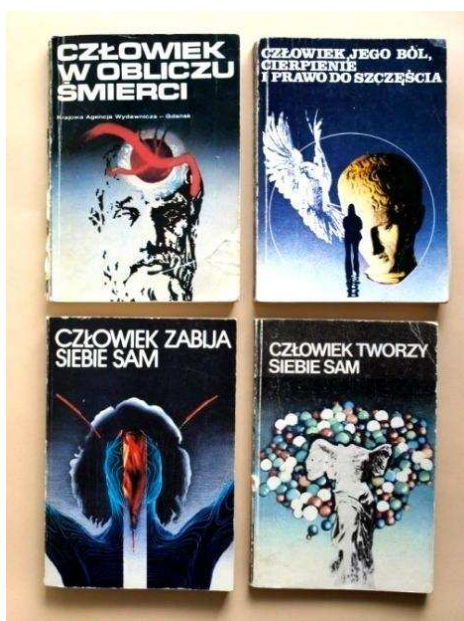
³³⁸ T. Kielanowski, *Prawo człowieka do stanowienia o sobie* [w:] *Człowiek w obliczu śmierci, z uwzględnieniem etyki marksistowskiej, granic i praw reanimacji*. Krajowa Konferencja Lekarzy i Humanistów, Gdańsk 10-11 maja 1976, Gdańsk 1978, s. 17 nast.

³³⁹ Referaty programowe wygłosili: T. Kielanowski, *Prawo człowieka do stanowienia o sobie*; Z. Cackowski, *Ludzka więź z życiem*; B. Kamiński, *Lekarz wobec śmierci*; M. Sych, *Możliwości i granice reanimacji i intensywnej terapii*; W. Szewczuk, *Jakość starości a bilans życia*. Zob. *Człowiek w obliczu śmierci, z uwzględnieniem etyki marksistowskiej, granic i praw reanimacji*. Krajowa Konferencja Lekarzy i Humanistów, op. cit.

³⁴⁰ Referaty programowe na II Konferencji wygłosili: T. Kielanowski, *Człowiek, jego ból, cierpienie i prawo do szczęścia*; W. Sokorski, *Osobowość i literatura*; A. Synowiecki, *Filozofia wobec faktu i stanów cierpienia*; B. Kamiński, *Ból, cierpienie a możliwości lekarza*; M. Susłowska, *Retrospektywne oceny sukcesu życiowego w świetle wypowiedzi ludzi starych*; Z. Cackowski, *Trud i radość ludzkiego życia. Szczęście i cierpienie*; J. Blicharski, *Medycyna a problematyka szczęścia*; D. Lipińska, *Humanistyczne problemy reanimacji*; M. Sokołowska, *Interpretacja socjologiczna zjawiska Clive'a Harrisa*; T. Domżał, *Ból – neurofizjologiczne mechanizmy przeciw bólowe*; J. Wnukowa, *Kształt sztuki inspirowanej przez cierpienie*. Zob. *Człowiek, jego ból, cierpienie i prawo do szczęścia*. II Krajowa Konferencja Lekarzy i Humanistów, Gdańsk 11-12 grudnia 1978, Gdańsk 1980.

³⁴¹ Referaty programowe na III Konferencji wygłosili: T. Kielanowski, *Od samobójstwa do samozagłady*; B. Kamiński, *Lekarz w obronie integralności człowieka*; A. Danysz, *Farmakoterapia jako zagrożenie środowiska wewnętrznego*; N. Wolański, *Człowiek jako gatunek a cywilizacyjne przeobrażenia współczesnego świata*; J. Bogusz, *Największa w historii zbrodnia przeciw ludzkości*; Z. Cackowski, *Przeciwdziałanie jako składowa aktywności ludzkiej*; B. Krzywobłocka, *Prywatne piekło teraz i w przeszłości, czyli rozważania o samozniszczeniu*; J. Bańka, *Etyka prostomyślności a cywilizacja techniczna*; W. Lang, *Ochrona prawna płodu ludzkiego*; T. Natanson, *W kulturze nadzieja na przetrwanie ludzkości*; J. Wnukowa, *Miłość i nienawiść w dziele sztuki*. Zob. *Człowiek zabija siebie sam*. III Krajowa Konferencja Lekarzy i Humanistów, Gdańsk 15-16 maja 1981, Gdańsk 1983.

³⁴² Referaty programowe na IV Konferencji wygłosili: B. Kamiński, *Planowanie życia sobie i potomstwu*; T. Jaroszewski, *Społeczno-psychologiczne uwarunkowania zdrowia*; S. Kozłowski, *Granice adaptacji fizjologicznej a zdrowie człowieka*; Z. Cackowski, *Istota ludzkiej autokreacji. Tworzenie sensu ludzkiego życia*; B. Krupa-Wojciechowska, *Medycyna a świat w którym żyjemy*; M. Kozakiewicz, *Kilka uwag o lęku i wychowaniu*. Zob. *Człowiek tworzy siebie sam*. IV Krajowa Konferencja Lekarzy i Humanistów, Gdańsk, 23-24 maja 1983, Gdańsk 1985.



Fot. 67. Opublikowane materiały z Krajowych Konferencji Lekarzy i Humanistów (fot. J. Halasz)

medycznych oraz filozofii i nauk humanistycznych, a podejmujących elementy „gdańskiej” problematyki jest np. konferencja „Problemy współczesnej tanatologii” *Tanatos*³⁴⁵ odbywająca się w Szklarskiej Porębie i „Życiodajna śmierć” w Białymstoku³⁴⁶.

Zaplanowana była V Konferencja na rok 1987 i przygotowania do niej były w toku; jednak ze względu na zły stan zdrowia prof. Kielanowskiego najprawdopodobniej nie odbyła się. Opublikowane materiały obejmują cztery spotkania³⁴³.

Niestety, po śmierci Tadeusza Kielanowskiego nikt nie podjął się ich kontynuacji. Trochę podobną formułę, jednak obejmującą bardziej środowisko lekarskie, miały sympozja organizowane przez Kazimierza Imielińskiego i Polską Akademię Medycyny, podejmujące ideę humanizmu w medycynie. W pierwszym z nich „Uniwersalizm a medycyna”, w 1991 r., Kielanowski wchodził jeszcze nawet w skład komitetu naukowego³⁴⁴. Od pewnego czasu formuła szerokich i otwartych kongresów cieszy się dość dużą popularnością. Przykładem spotkań ludzi zawodów

³⁴³ J. Bogusz oraz J. Pietruski, co prawda, wspominają w swoich publikacjach o pięciu konferencjach – jednak w rozmowie J. Pietruski, wyjaśniał, że poczynionych było już wiele przygotowań do sympozjum, ale z powodu złej kondycji prof. Kielanowskiego, nie zostały one sfinalizowane. W liście w 1987 r. do swojego siostrzeńca T. Kielanowski metaforycznie pisał: „Łamię pióro!”. Wywiad z J. Pietruskim.

³⁴⁴ *Uniwersalizm a medycyna*, pod red. K. Imielińskiego, Warszawa 1992, s. 11.

³⁴⁵ Organizowana przez Wrocławskie Towarzystwo Naukowe.

³⁴⁶ Organizowana przez Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku oraz Zakład Etyki Współczesnej Uniwersytetu im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego.

9. Tadeusz Kielanowski – człowiek i pamięć



Fot. 68. Tadeusz Kielanowski w czasie uroczystości nadania doktoratu honoris causa i obchodów 25-lecia UMCS i AML (AUMCS)

Tadeusz Kielanowski był człowiekiem aktywnym na wielu płaszczyznach – naukowej i dydaktycznej, społecznej i organizacyjnej, publicystycznej. Jego postawa zarówno w czasie pokoju, jak i okupacji zyskała szerokie uznanie wielu środowisk. Obie uczelnie medyczne, które współtworzył, nadały mu doktoraty *honoris causa* – Akademia Medyczna w Białymstoku w 1965 r. (w 15-lecie istnienia) i Akademia Medyczna w Lublinie w 1975 r. (w 25-lecie istnienia)³⁴⁷.

Za swoją wszechstronną działalność i zaangażowanie został uhonorowany bardzo wieloma odznaczeniami³⁴⁸:

- państwowymi – Krzyżem Komandorskim Orderu Odrodzenia Polski (1955), Krzyżem Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski (1952), Orderem Sztandaru Pracy I kl. (1975) i II kl. (1964);
- za działalność w okresie okupacji – Złotym Krzyżem Zasługi (1945), Medalem Zwycięstwa i Wolności 1945 (1945) oraz Krzyżem Armii Krajowej (1970);
- regionalnymi – Medalem Zasłużonego Białostoczczyźnie oraz Zasłużonego Ziemi Gdańskiej (1973);
- resortowymi – Odznaką PCK I kl. (1950), medalem i tytułem honorowym Zasłużonego Lekarza PRL, Medalem Komisji Edukacji Narodowej (1973), medalem „Za wzorową pracę w służbie zdrowia” (1960, 1985), medalem MZiOS „Za pomoc i współpracę” (1985);
- uczelnianymi – Medalem XXX-lecia AMG (1975), Medalem Zasłużonego Akademii Medycznej w Gdańsku (1976);

³⁴⁷ AGUMed AoTK, nr 268/50, Pismo Rektora AMG z 21 V 1975 r., s. 125; Zob. też: T. Kielanowski, *Mój życiorys naukowy*, op. cit., s. 589.

Wstępną uchwałę o nadaniu doktoratu honoris causa podjął także – jak podaje T. Brzeziński – senat Wojskowej Akademii Medycznej w końcu lat siedemdziesiątych. Jednak ówczesne kierownictwo polityczne Wojska nie wyraziło akceptacji dla jego kandydatury, chociaż T. Kielanowski o wniosku został powiadomiony. Zob. T. Brzeziński, *Tadeusz Kielanowski (1905-1992)*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny” 1992, nr 2, s. 136.

³⁴⁸ Wykaz odznaczeń i wyróżnień opracowano na podst.: 1) dokumentów ze zbiorów prywatnych rodziny Kielanowskich [ZRK]; 2) AGUMed AoTK, nr 268/50, *Życiorys* z 23 III 1964 r., s. 147; *Opinia*, s. 145; *Wniosek o odznaczenie Orderem Sztandaru Pracy I kl.*, s. 155; 3) E. Sieńkowski, *Kronika AMG za rok 1972 – 1976*, „Annales Academiae Medicae Gedanensis” 1973, 3, s. 380; 1974, 4, s. 384, 1975, 5, s. 530; 1976, 6, s. 364, 367, 374; 1977, 7, s. 381; por. również: *Ważniejsze wydarzenia z życia Tadeusza Kielanowskiego*, opr. J. Pietruski, „Zeszyty Historyczne” 2005-2007, op. cit., s. 53.

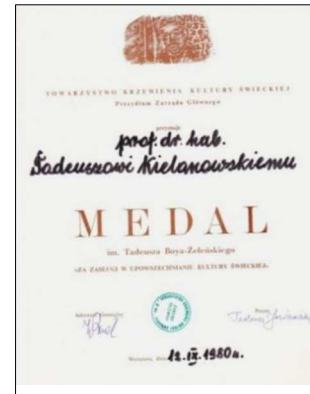
- oraz innymi – Złotym Medalem „Medicus Magnus” Polskiej Akademii Medycyny, Medalem Boya-Żeleńskiego (1977, 1980) i dyplomem TTKŚ za zasługi w upowszechnianiu kultury świeckiej.



Fot. 69. Krzyż Armii Krajowej – dokument nadania (ZRK)



Fot. 70. Medal „Medicus Magnus” – dokument nadania (ZRK)

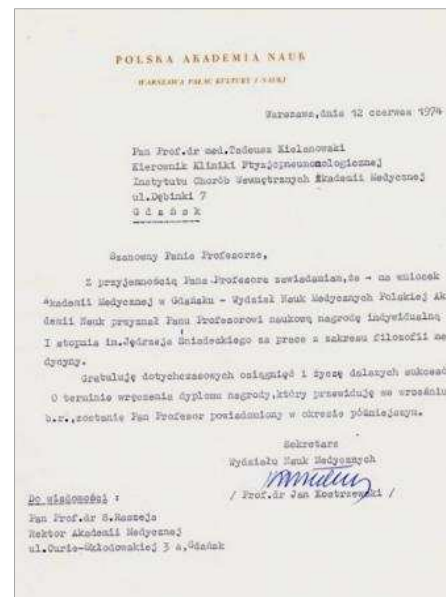


Fot. 71. Medal Boya-Żeleńskiego – dokument nadania, 1980 r. (ZRK)

Spośród licznych nagród najwyższymi cenili nagrodę I stopnia im. Jędrzeja Śniadeckiego PAN za prace z filozofii medycyny³⁴⁹ i nagrodę im. Batel-Rouvier francuskiej Académie Nationale de Médecine³⁵⁰ za osiągnięcia w dziedzinie fizjologii. Otrzymał również, m. in.



Fot. 72. Tytuł laureata Académie Nationale de Médecine i nagroda im. Batel-Rouvier, 1969 r. (ZRK)



Fot. 73. Nagroda I stopnia im. Jędrzeja Śniadeckiego PAN, 1974 r. (ZRK)

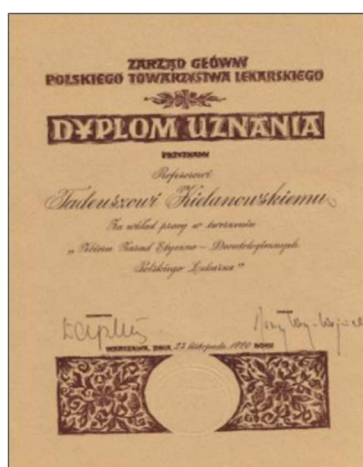
nagrodę naukową I stopnia Ministra Zdrowia za prace z zakresu fizjologii i filozofii medycyny (1967)³⁵¹ i za szczególne osiągnięcia na rzecz ochrony zdrowia i pomocy społecznej (1988)

³⁴⁹ AGUMed AoTK nr 268/50, Pismo Sekretarza Wydziału Nauk Medycznych PAN z 12 VI 1974 r., s. 115.
³⁵⁰ ZRK, Pismo z Académie Nationale de Médecine, 17 I 1969. Zob. też: T. Kielanowski, *Prawie cały wiek...*, op. cit., s. 280.

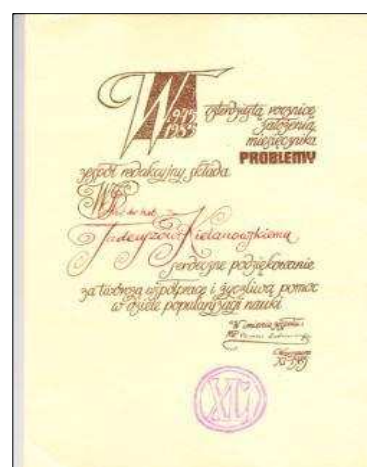
oraz wiele nagród uczelnianych. Miesięcznik „Problemy” nagrodził go – za publikacje popularno-naukowe i wkład w przybliżanie problemów naukowych przeciętnemu czytelnikowi³⁵².



Fot. 74. Nagroda naukowa I stopnia ministra zdrowia za szczególne osiągnięcia na rzecz ochrony zdrowia (ZRK)



Fot. 75. Dyplom uznania PTL za wkład pracy w tworzenie zbioru zasad etyczno-deontologicznych, 1990 r. (ZRK)



Fot. 76. Nagroda miesięcznika „Problemy”, 1985 r. (ZRK)

Zakres działalności Kielanowskiego jest ogromny, a jego dorobek niezwykle imponujący. A jednocześnie w pamięci wielu pozostał jako przyjazny ludziom człowiek, uczony i humanista. Był człowiekiem niezwykle etycznym. Wiódł raczej skromne życie, nigdy nie zabiegał o zaszczyty i korzyści materialne. Sam będąc niezwykle zorganizowanym i rzetelnym od swoich współpracowników lub podwładnych wymagał solidności, ale przy tym był koleżeński i tolerancyjny. Cenił odmienne, uzasadnione poglądy. Cieszył się ogólnym szacunkiem i życzliwością. Poczuciem humoru i urokiem osobistym zjednywał sobie ludzi.



Fot. 77. Kurs szybowcowy w Czerwonym Kamieniu pod Lwowem, 1939 r. (ZRK)

Zawsze starał się zachować niezależność, uznając za zasadnicze wartości szacunek dla człowieka i jego wolności i odnosił się z uznaniem do każdej myśli, która wyzwalała w człowieku dobro i go uszlachetnia. Zawód lekarza traktował natomiast raczej jako misję do wypełnienia.

Tym, co szczególnie charakteryzowało jego osobowość, to szerokie zainteresowania humanistyczne: filozoficzne, literackie, muzyczne i artystyczne. Uwielbiał dobrą literaturę, a na

³⁵¹ AGUMed AoTK, nr 268/50, Pismo Dyrektora Departamentu MZiOS z 29 VIII 1967 r., s. 62.

³⁵² Informacje o otrzymanych nagrodach pochodzą również z dokumentów z archiwum rodzinnego Kielanowskich [ZRK]. Zob. też: T. Kielanowski, *Prawie cały...*, op. cit., s. 279 nast., por. T. Kielanowski, *Mój życiorys naukowy*, op. cit., s. 588.

pierwszym miejscu stawiał twórczość i poezję Goethego, cenił Zolę i Woltera. Jednak nade wszystko kochał muzykę poważną, od Bacha po Pendereckiego i samemu muzykując. Podejmował również próby malarskie – tworząc abstrakcyjne obrazy akwarelowe³⁵³. Ogromne



Fot. 78. Tadeusz Kielanowski z psem Dingo, okres gdański (ZRK)

znaczenie w jego życiu miała turystyka górska, która pozwalała na regenerację sił. Przewędrował wszystkie szlaki tatrzańskie, wiele w Alpach i we włoskich Dolomitach. Pasjonowała go też motoryzacja, a ponadto próbował sił w szybownictwie – wojna przerwała te zainteresowania. W swojej autobiografii zanotował: „Ludzie wiecznie narzekający na przepracowanie i na nic nie mający czasu, a znałem takich wielu, na przykład w ministerstwach, są prawie zawsze nieudolni i nie robią w gruncie rzeczy nic”³⁵⁴, i rzeczywiście był człowiekiem, który miał czas na wszystko, mimo wielorakiej działalności. I jeszcze jedna pasja – psy, które towarzyszyły mu od okresu białostockiego. Mówił o sobie: „Psy małe i duże, rasowe, choć może raczej kundle, były zawsze

i są mi istotami prawie tak bliskimi jak ludzie. [...] W czasie długich godzin samotności, które są nieodłącznym atrybutem starości, rozmawiam z psami na różne tematy, bo znam psi język doskonale. Niezwykle piękne i ciekawe rzeczy opowiadają mi te szlachetne istoty, ale tych tajemnic nie wolno mi, niestety, zdradzać nikomu”³⁵⁵.

Szczególną troską w swoim pracowitym życiu Tadeusz Kielanowski otaczał młodzież. Kochał młodych i wiele czasu im poświęcał, wierzył, że to oni, odpowiednio przygotowani, będą zmieniać świat na lepszy, zgodnie z młodzieżowymi ideałami. Kładł nacisk zarówno na rolę wychowania, jak i prawo człowieka do kształtowania swojego życia. W gazetce Koła Medyków UMCS, którego był opiekunem – już u początków dydaktycznej, powojennej drogi – pisał: <<Wiele argumentów przemawia za „interwencjonizmem” mogącym uchronić młodzież przed popełnianiem licznych błędów. Ale inne, nie mniej liczne argumenty, przemawiają za pozostawieniem młodzieży samodzielności, dając jej uczyć się życia nawet na własnych błędach, których rozmiary tylko powinna ograniczać dyskretna opieka...>>³⁵⁶. Zawsze starał się uwrażliwić studentów na drugiego człowieka, na podstawowe, ogólnoludzkie wartości. Drogę ku temu widział m. in. w otwarciu się na kulturę, na sztukę, która dokonuje

³⁵³ Zob. *Nieuchronność przemijania. Rozmowa z prof. dr T. Kielanowskim*, rozm. M. Szyszkowska, „Przegląd Katolicki” 1986, nr 47, s. 3.

³⁵⁴ T. Kielanowski, *Prawie cały...*, op. cit., s. 264.

³⁵⁵ T. Kielanowski, *Mój życiorys naukowy*, op. cit., s. 591.

³⁵⁶ T. Kielanowski, *Słowo do młodzieży*, „Medicus” 1946, nr 1; cyt. za: „Alma Mater” 2004, nr 3, s. 29.

przemiany we wnętrzu człowieka czyniąc go wrażliwym. Stąd często, w czasie zajęć ze studentami, znajdował czas na dygresje dotyczące muzyki i literatury, i ukazywał potrzebę ciągłego rozwoju.

Profesor Kielanowski to wyjątkowa postać, niemieszcząca się w konwencjonalnych ramach i przypominająca raczej człowieka renesansu niż lekarza czy naukowca. Może zamiast podsumowania, które zawsze staje się schematyczne, warto przytoczyć fragmenty, spośród licznych wspomnień i wypowiedzi charakteryzujących Tadeusza Kielanowskiego.

Prof. Biruta Fąfrowicz, Akademia Medyczna w Lublinie: „Profesora Kielanowskiego poznałam będąc na I roku medycyny w Lublinie,[...]. Wszyscy moi koledzy byli oczarowani Jego erudycją, wiedzą i podejściem do nas, początkujących medyków. Profesor nie tylko uczył nas wiedzy i sztuki lekarskiej, logicznego myślenia, ale również podejścia do chorego człowieka, do osób starszych, niedołączonych i dzieci. Był wymagającym nauczycielem, a jednocześnie naszym przyjacielem i doradcą. Uczył nas także poznawania sztuki, muzyki, teatru. [...] Pomagał studentom także w rozwiązywaniu problemów życia prywatnego. Osobiście zawdzięczam mu również bardzo wiele. [...] Byłam asystentem w Klinice Chorób Płuc od 1950 do 1958 r. Wspomnienia związane z tym okresem są najpiękniejsze w moim długim życiu. Profesor Kielanowski był wspaniałym szefem, nie tylko uczył nas sztuki lekarskiej, ale organizacji pracy, podejścia do personelu i pacjentów”³⁵⁷.

Prof. Jerzy Jakowicki, Akademia Medyczna w Lublinie: „Z pewnością nie przewidywał Hetman Wielki Koronny Jan Klemens Branicki, że po prawie dwustu latach pojawi się w murach pałacu inny hetman, równie wielki – rektor Tadeusz Kielanowski. Wysoki, smukły, śniady, przystojny, w nieodłącznym jasnobrazowym prochowcu, nierzadko zakurzonym wapnem zalegającym rusztowania restaurowanego obiektu. [...] Baliśmy się naszego rektora jak wojsko hetmana Karola Chodkiewicza, bo stawiał przed nami wysokie wymagania etyczne i z żelazną konsekwencją żądał dobrych wyników w nauce. Równocześnie nakazywał uznawanie przekonań kolegów i stapał nas w jednolity zżyty organizm oparty na wzajemnym zaufaniu i koleżeńskości. Kochaliśmy Go [...] za to, że traktował nas jak młodszych kolegów, obdarzał zaufaniem i zawsze życzliwością, znał nasze troski i kłopoty, pomagał je rozwiązywać i ostrzegał przed zagrożeniem! Za to, że pozwalał nam uczestniczyć w swoich osobistych radościach...”³⁵⁸.

Doc. Jan Pietruski, Akademia Medyczna w Białymstoku: „Był człowiekiem renesansu, wybitnie uzdolnionym doskonałym organizatorem. Był wymagającym szefem, ale też serdecznym doradcą młodzieży w ich kłopotach życiowych, w które obfituje młode życie. [...] Był dalekowzrocznym protagonistą naszego miasta. Marzył o rozwoju Białegostoku, widząc w młodych ludziach z wyższym wykształceniem wielką szansę rozwoju miasta i regionu. Aby

³⁵⁷ B. Fąfrowicz, *Pamięci Rektora Profesora doktora hab. Tadeusza Kielanowskiego*, „Zeszyty Historyczne” 2005-2007, op. cit., s. 8.

³⁵⁸ J. Jakowicki, *Wystąpienie wygłoszone w czasie Uroczystej Inauguracji roku akademickiego 2000/2001 Akademii Medycznej w Białymstoku*, „Zeszyty Historyczne” Okręgowej Izby Lekarskiej w Białymstoku 2001, t. 3, nr 2, s. 79-80.

temu sprostać niezbędne są – jak często powtarzał – szerokie kontakty ze światem. [...] pokonywał w biegu trudności nie do pokonania, zwątpienia sceptyków, tworząc wokół siebie aurę twórczego optymizmu. Swoje wizjonerstwo i optymizm wszczepiał w młode umysły młodzieży studenckiej. Wiele z tych nadziei, bardzo wiele się spełniło”³⁵⁹.

<<W klinikach, którymi kierował panowała zawsze atmosfera koleżeńska i przyjazna. Twierdził, że tylko w takich warunkach młodzież może rozwijać swoje wrodzone talenty, nigdy zaś w atmosferze stosunków feudalnych, których doświadczył w młodości. Był człowiekiem, który nie narzekał. Jego powiedzenie: „nie narzekaj, poczekaj, nie można wszystkiego mieć od razu”, dobrze pamiętają ci, co Go znali>>³⁶⁰.

Edmund Bernacki: „Przy poznaniu z miejsca ujawniły się wielkie i wspaniałe cechy jego osobowości. Już po kilku minutach rozmowy odbierało się go jako dawno znanego kolegę, a nawet przyjaciela. Miał przeogromny dar i chęć zjednywania sobie ludzi, ale przede wszystkim umiał (i chciał) wystąpić w roli ich przyjaciół. Potrafił mówić i dyskutować na każdy temat w sposób skromny wykazując jednocześnie głęboką i wszechstronną wiedzę. Potrafił słuchać innych zachęcając ich do dalszej rozmowy i wynurzeń. Lubił muzykę. Młodzież akademicka wprost go uwielbiała, a pracownicy AM traktowali go jak przyjaciela, do którego można zwrócić się z każdym kłopotem”³⁶¹.

Zofia Kielanowska, żona profesora: <<Wyjechaliśmy do Gdańska. Pewnego dnia mąż przyprowadził, do domu – jako „ojciec” – studenta, Murzyna. Wszyscy wyjechali z akademika na święta, a on został sam. Mąż traktował go jak syna, a Eliasza mówił do nas „mamo, tato”. Pamiętam, że świetnie tańczył, zwłaszcza na pochodzie pierwszomajowym odziany w krakowski strój>>³⁶².

Leon Birn, pierwszy rocznik studentów Akademii Medycznej w Gdańsku: „Profesor Kielanowski, o rzadkim talencie krasomówczym, czarował studentów umiejętnością bawienia i uczenia zarazem. Dysponował rzadkim w naszym kraju dowcipem prawdziwego Francuza. Błyskotliwe powiedzonka były Jego specjalnością i nigdy nie wiadomo było, kiedy zaskoczy wspaniałą aluzją, dowcipnym żartem lub ironicznym stwierdzeniem. Tworzył wokół swojej osoby specyficzną atmosferę, która przenikała audytorium. Zanikała bariera, jaką nakładał na siebie wykład i osoba profesora”³⁶³.

Prof. Grażyna Świątecka, Akademia Medyczna w Gdańsku: „Jego wykłady były interesujące, błyskotliwe, pełne humanistycznej treści. Medycyna w przekazie profesora stawała się pasjonująca. Pamiętam dobrze staż specjalistyczny, który odbywałam w klinice ftyzjatrycznej kierowanej przez profesora oraz Jego rozmowy z chorymi i z asystentami.

³⁵⁹ J. Pietruski, *Profesor dr med. dr. h.c. Tadeusz Kielanowski*, „Biuletyn OIL” 2009, nr 2, s. 39.

³⁶⁰ J. Pietruski, *Prof. zw. dr hab. med. dr h.c. mult. Tadeusz Kielanowski*, [w:] *Profesor Tadeusz Kielanowski i jego uczniowie*, Białystok 2005, s. 12.

³⁶¹ E. Bernacki, *Tadeusz Michał Kielanowski (1905-1992)*, op. cit., s. 90.

³⁶² Wypowiedź Z. Kielanowskiej w artykule: *Romantyczna decyzja*, „Medyk Białostocki” op. cit., s. 16.

³⁶³ L. Birn, *Nasi wykładowcy i mistrzowie. Tadeusz Kielanowski (1905 – 1992)* [w:] *Pierwszy powojenny rocznik studentów medycyny w Gdańsku 1945-1950*, opr. M.M Żydowo, L. Birn, Gdańsk 2000, s. 34-35.

I tu, podobnie jak na wykładach, profesor przekazywał nam nie tylko wiedzę medyczną, lecz także uczył jak być lekarzem, jak rozmawiać z chorymi. Profesor zwykł dzielić się z nami swoimi rozmyślaniami o przemijaniu, którym potem nadał kształt książki. Ale to, co zdecydowało o mojej długoletniej współpracy z Profesorem, to nie była medycyna, lecz działalność społeczna na rzecz ludzi będących w ostrym kryzysie psychicznym. [...] Stał się pionierem ruchu pomocy telefonicznej w naszym kraju. Z uporem walczył z ówczesnymi władzami o realizację tej idei, pokonywał liczne bariery administracyjne, kołatał do drzwi urzędów i serc urzędników. [...] stale interesował się sprawami telefonu zaufania, także po przejściu na emeryturę, a nawet w czasie ostatniej choroby. Imię Profesora dra Tadeusza Kielanowskiego wpisane jest złotymi zgłoskami w historię ruchu pomocy telefonicznej i pozostanie we wdzięcznej pamięci wszystkich entuzjastów tej idei”³⁶⁴.

Dr Henryk Szabała, Uniwersytet Gdański: „Miałem to szczęście, że dane mi było poznać profesora Tadeusza Kielanowskiego osobiście, gdy w latach 1973-1974 pracując w Zakładzie Filozofii Akademii Medycznej w Gdańsku założyłem Naukowe Koło Filozofów, na którym też bywał profesor. Profesor był wysokim, budzącym respekt mężczyzną i mimo, że zbliżał się już do siedemdziesiątki, wzbudzał swoją elokwencją, sposobem zachowania magnetyczny czar, który szczególnie był widoczny na twarzach młodych miłośniczek filozofii. Niedwuznacznie mówił, iż po przejściu na emeryturę widzi siebie na pół etacie w Zakładzie Filozofii”³⁶⁵.

Maria Cześninowa, redakcja „Służby Zdrowia”: „Skończył lat 80, lecz wiek – choć ujął sił fizycznych – nie przygasił żywotności umysłu, ciekawości świata i ludzi, talentu do przekazywania swych myśli w sposób jasny i przystępny. Nie zmienił nawyków czytania i pisania do późnych godzin nocnych [...]. Bogate są plany edytorskie profesora... Postępująca cywilizacja techniczna stawia medycynę wobec problemów, które wymagają pióra lekarza-humanisty. Tyle jeszcze myśli nie zostało przelanych na papier!”³⁶⁶.

Dr Teresa Kurowska, pierwszy rocznik studentów Akademii Medycznej w Białymstoku: <<Był dla nas bardzo serdeczny. Będąc rektorem, został świadkiem na ślubie pary naszych kolegów, a swoich studentów. Każdego z nas znał po imieniu, choć przecież był rektorem i miał na głowie mnóstwo innych ważnych spraw. [...] Około dwadzieścia lat po studiach byłam na wakacjach w Gdańsku. Stałam w kolejce w sklepie. Nagle poczułam na ramieniu czyjąś dłoń. Usłyszałam: „Cześć, Tereska”>>³⁶⁷.

„Często wspominamy profesora Kielanowskiego i zastanawiamy się, czy jego portret wiszący przy wejściu do rektoratu Akademii Medycznej wystarczy? Tych portretów jest coraz więcej. Są one przesuwane coraz dalej, [...] obawiam się, że przyjdzie taki moment, kiedy

³⁶⁴ G. Świątecka, *Wspomnienie o Profesorze Tadeuszu Kielanowskim (1905 - 1992)*, „Telefon Zaufania – Nasza Gazeta” 1992, nr 3, s. 2.

³⁶⁵ H. Szabała, *Przekraczanie horyzontu bytu Tadeusza Kielanowskiego*, „Gdański Rocznik Kulturalny” 1996, nr 16, s. 55.

³⁶⁶ M. Cześninowa, *Portret mistrza*, „Służba Zdrowia” 1985, nr 41, s. 5

³⁶⁷ Cyt. za: P. Kieraciński, *Medyk ze skrzypcami*, „Forum Akademickie” 2007, s. 54.

postać Profesora odejdzie w zapomnienie. A przecież to on był współbudowniczym Akademii, on stworzył Białystok jako miasto akademickie i wreszcie to on rozpoczął to wszystko”³⁶⁸.

I jeszcze raz jedna z pierwszych uczennic profesora – prof. Biruta Fąfrowicz: „Każdy odchodząc z tego świata zostawia po sobie ślad, ale ślad tak długo istnieje, dopóki pozostali dbają o jego zachowanie. Śladów działalności Prof. Tadeusza Kielanowskiego jest bardzo dużo: w Lublinie, Białymstoku i Gdańsku, ale jak długo jeszcze się zachowają...?”³⁶⁹.

³⁶⁸ Wypowiedź T. Kurowskiej w artykule: *Romantyczna decyzja*, „Medyk Białostocki” 2004, nr 12, s. 16.

³⁶⁹ B. Fąfrowicz, *Pamięci Rektora Profesora doktora hab. Tadeusza Kielanowskiego*, „Zeszyty Historyczne” 2005-2007, op. cit., s. 7.

CZĘŚĆ II.

ETYKA I FILOZOFIA MEDYCyny

1. Inspiracje i horyzont ideowy poglądów Tadeusza Kielanowskiego

Tadeusz Kielanowski w autobiografii „Mój życiorys naukowy”, przypominając lata studiów w Paryżu, zanotował: „czytałem klasyków, klasyków filozofii i klasyków historii ruchów robotniczych, którymi zainteresowałem się dość przypadkowo”³⁷⁰. Pisząc to, miał na uwadze francuskich socjalistów utopijnych – Fouriera oraz Saint-Simona. Podkreślał, że wrażenie, jakie na nim, dwudziestoletnim młodzieńcu, wywarły ich teksty, było duże i nieprzemijające. W pewnym sensie teksty te stanowiły kontynuację wcześniejszej lektury, jaką były powieści Emila Zoli, w którego twórczości odnajdywał przede wszystkim obraz krzywdy człowieka niezawinionej przez jego indywidualny los, lecz wywołanej wadliwą strukturą społeczną³⁷¹. <<Poznałem dzieła Bakunina i Kropotkina, zachwyciłem się ich szlachetnym anarchizmem, ale nie poznałem dzieł ich krytyków piszących z pozycji socjalizmu naukowego. Rewelacją była dla mnie książka Proudhona o filozofii nędzy. [...] W pewnym momencie zresztą „odkryłem” atrakcyjność dzieł Woltera i Jana Jakuba Rousseau, czytanych w oryginale, a nie w szkolnych wypisach, i pogrążyłem się w wieku osiemnastym, słusznie nazywanym przez Francuzów „le grand siecle”>>³⁷².

Kielanowski był niepospolitym erudyta, czytał niezwykle dużo książek o różnej tematyce (czego dowodem było kilkaset napisanych przez niego recenzji) i tekstów filozoficznych. Odnosił się do lektury krytycznie i twórczo korzystał z tego inspirującego dorobku. Jednak ta młodzieńcza pasja wywarła silne piętno – warto ten moment podkreślić, gdyż wyjaśnia jego przekonania i postawę życiową oraz dokonywane wybory. Tłumaczy zasadnicze w jego przypadku łączenie teorii z praktyką, myśli z działaniem.

Oświeceniowa, głównie wolteriańska, wolnomyślicielska tradycja wieku światła, ze swoim racjonalizmem, podkreślaniami wolności sumienia, myśli i słowa oraz tolerancją i liberalizmem była szczególnie bliska Kielanowskiemu. „Sapere aude! Mniej odwagę posługiwać się swoim rozumem” – to oświeceniowe hasło – zaakcentowane przez Kanta, będzie przyświecało wypowiedziom i publikacjom Kielanowskiego, podobnie jak przekonanie

³⁷⁰ T. Kielanowski, *Mój życiorys naukowy*, op. cit., s. 563.

³⁷¹ *Nieuchronność przemijania. Rozmowa z prof. dr. T. Kielanowskim*, rozm. M. Szyszowska, „Przegląd Katolicki” 1986, nr 47, s. 3.

³⁷² T. Kielanowski, *Mój życiorys naukowy*, op. cit., s. 563.

o zasadniczym miejscu w przestrzeni społecznej dla wolności opinii i konieczności odwołania się do rozumu, a nie do dogmatów i autorytetów³⁷³. Mówił o sobie: „nie wierzę w żadne dogmaty, ani objawione ani marksistowskie, ani naukowe. Są to wszystko wytwory ludzkiego rozumu i powinny być stale poddawane kontroli rozumu, tak by opacznie lub bezkrytycznie stosowane nie rodziły cierpień”³⁷⁴.

Podobnie jak tradycja oświeceniowa ten racjonalizm skierowany jest przeciw teom nie dowodliwym i łączony z postawą empiryczną, a także, jak u kolejnego z cenionych filozofów nurtu plebejskiego J.J. Rousseau – ze sferą uczucia. Waga empirii jest w sposób naturalny wynikiem uprawiania nauk medycznych. W związku z tym Kielanowski podkreślał, że nie możemy poznać istoty rzeczy i dlatego trzeba się skupić na badaniu jej przejawów, zjawisk³⁷⁵.

Ale w wypadku Kielanowskiego to empiryczne i racjonalne – naukowe – ujmowanie rzeczywistości godzi się z właściwą człowiekowi sferą serca. W głębi duszy pozostawał on romantykiem. Podkreślał, że to obdarzeni szczególną wrażliwością poeci potrafią najlepiej powiedzieć o człowieku. Spośród twórców najbliższy był mu Goethe, a „Faust” stał się dla niego najważniejszym dziełem poetyckim. Na kształtowanie się tej wrażliwości zasadniczy wpływ będą miały jego szerokie zainteresowania humanistyczne i artystyczne. Nade wszystko kochał muzykę poważną a najbliżsi byli mu także romantycy, jak Robert Schumann. Znaczenie uczucia podkreślał w relacjach międzyludzkich. Dawał temu wyraz w etyce lekarskiej, w szczególności w poglądach dotyczących lekarskiego etosu.

Okres socjalistyczno-utopijny odegrał trwałą rolę w poglądach i stosunku Kielanowskiego do społecznej rzeczywistości – <<na całe życie pozostałem socjalistą-utopistą, co ugruntowały we mnie jeszcze inne lektury, w tym „Republika” Platona, „Utopia” Morusa i obserwacja życia. Nie miałem jednak talentów politycznych w sensie wiary w swe siły, zawsze trapiły mnie wątpliwości i dlatego nie brałem udziału w życiu politycznym, nie należałem do żadnej partii>>³⁷⁶. Okres ten określił jego społeczną wrażliwość i ukierunkował chyba na całe życie, poczynając od wyboru specjalizacji (gruźlica płuc, zwana chorobą nędzy, stanowiąca wówczas i przez wiele następnych lat zasadniczy problem społeczny), przez zaangażowanie w różne formy publicznej aktywności, jak działalność na rzecz świadomego macierzyństwa czy współpracy przy tworzeniu telefonów zaufania. Mimo często pragmatycznego podejścia do wielu kwestii, u Kielanowskiego wyraźnie widać pewnego rodzaju idealizm czy utopizm, który kazał angażować się w wielkie wyzwania (półsanatoria przeciwgruźlicze, współorganizacja wydziału lekarskiego w Lublinie, tworzenie akademii medycznej w powojennym Białymstoku). Zgodnie z przekonaniem dziewiętnastowiecznych

³⁷³ Kant w pracy *Co to jest oświecenie* pisał: „do wejścia na drogę oświecenia nie potrzeba niczego oprócz wolności [...], wolności czynienia wszechstronnego publicznego użytku ze swego rozumu”. Cyt. za: I. Kant, *Co to jest oświecenie*, [w:] T. Kroński, *Kant*, Warszawa 1966.

³⁷⁴ T. Kielanowski, *Piekła kobiet ciąg dalszy. Jeszcze kilka słów o przerywaniu ciąży*. „Służba Zdrowia” 1957, nr 13, s. 3.

³⁷⁵ Zob. T. Kielanowski, *Propedeutyka medycyny*, op. cit., s. 64.

³⁷⁶ T. Kielanowski, *Prawie cały ...*, op. cit., s. 38-39.

socjalistów wierzył, że można zreformować świat przez podjęcie odpowiednich działań, współpracę – a nie przez rewolucję. Zawsze był zwolennikiem społecznych reform, jak np. uspołecznienia służby zdrowia. Jego zainteresowanie twórcami anarchizmu łączyło się z jego kultem wolności, autonomii i wiarą w możliwą naprawę stosunków społecznych i ekonomicznych.

Źródła poglądów Kielanowskiego można odnaleźć w koncepcjach francuskich i rosyjskich myślicieli. Inspirujące dla niego były, wywodzące się od Fouriera³⁷⁷, idee społecznej kooperacji i przekonanie o możliwości osiągnięcia dobra społecznego przez przebudowę stosunków, idee walki z nędzą i zwrócenie się ku wartości pracy, harmonii i różnorodności. Jego zainteresowanie koncepcją falansterów można odnaleźć w publikacji dotyczącej osiedla dla chorych na gruźlicę w Papworth³⁷⁸. Od Saint-Simona zaczerpnął idee nauki, która służy człowiekowi, a nie skupia się na szukaniu prawd absolutnych, a która staje się ważną siłą społecznych przemian – nauki, która jest wskazaniem do nieustannego rozwoju; ale także myśl o jednorodnej naturze wszechświata i człowieka. Kielanowski inspirował się również Proudhonem, a zwłaszcza Kropotkinem³⁷⁹ – koncepcją wzajemnej pomocy jako podstawowym prawem przyrody i życia społecznego.

Natomiast wobec marksizmu Kielanowski był ambiwalentny. Wpływ tego nurtu na jego poglądy był raczej niewielki. Cenił wiele idei – równości i sprawiedliwości społecznej, podjęcie „kwestii robotniczej” i postulat likwidacji nędzy. Można przypuszczać, że również samą koncepcję ustroju socjalistycznego i uspołecznienia różnych sfer. Zainteresowaniem darzył engelsowską koncepcję materializmu dialektycznego, prezentującą odmienne rozumienie materii i ukazującą proces jej rozwoju, prowadzący do ukonstytuowania się nowych jakości. Negowała ona tym samym uproszczenia wcześniejszej, mechanistycznej wersji materializmu, której przejawy w naukach medycznych Kielanowski poddawał krytyce. Jednakże Kielanowski stosunkowo rzadko odwołuje się do filozofii marksistowskiej, częściej w okresie powojennym i raczej w oficjalnych wystąpieniach. Tym, co z pewnością nie przyciągało go do marksizmu, była zideologizowana i obowiązująca forma wcielania jedynie słusznej dyktatury proletariatu. Dla niego żadna forma dyktatury nie miała prawa bytu. Bolesnie odczuwał dramatyczne wypaczenia, do których prowadziła ideologia i nie godził się na naruszanie wolności obywatelskich. W odniesieniu do służby zdrowia przejawiające się w likwidacji samorządu Izb Lekarskich czy odejściu od zasady wolnego wyboru lekarza. W ogólnych kwestiach społeczno-politycznych starał się jednak publicznie nie wypowiadać i generalnie unikał tej tematyki w rozmowach³⁸⁰. Rzeczywiście, jak pisał, w życiu politycznym nie brał udziału, co nie było łatwe wobec pełnionych przez niego funkcji.

³⁷⁷ Zob. A. Sikora, *Fourier*, Warszawa 1989; W.J. Grabski, *Karol Fourier (1772 – 1837). Jego życie i doktryna*, Warszawa 1928.

³⁷⁸ Zob. T. Kielanowski, *Psychologiczne i społeczne zagadnienia gruźlicy. Próby rozwiązania ich w osiedlu Papworth w Anglii*, „Wiadomości Lekarskie” 1950, nr 3.

³⁷⁹ Zob. W. Rydzewski, *Kropotkin*, Warszawa 1979.

³⁸⁰ Wywiad z B. Madey; wywiad z B. Fąfrowicz.

W obrębie filozoficznej wizji świata Kielanowski ukazywał siebie jako materialistę i agnostyka, dementując przypisywanie mu ateizmu i mówił: „Jestem agnostykiem, gdyż twierdę, że nie znamy i nigdy nie poznamy praprzyczyny powstania świata. Nie jestem ateistą, bowiem jest tyle samo argumentów za istnieniem Boga, co i przeciw temu stanowisku [...] Pewne pytania dotyczące przyczyn ostatecznych są pozbawione sensu, ponieważ przekraczają granice naszych możliwości poznawczych”³⁸¹. A w innym miejscu pisał, że <<nie znamy siły napędowej, która z pierwszych form życia w praoceanie uczyniła w drodze ewolucji człowieka, który stawia pytanie „dlaczego?” a nie posiada ani takiego umysłu ani zdolności nabycia wiedzy, które by mu zezwoliły na próby odpowiedzi>>³⁸². Jednakże jego stosunek do religii wcale nie jest taki jednoznaczny³⁸³. Znał Biblię i często, jak sam podkreślał, ją czytał, będąc przekonany o jej ogromnym kulturowym znaczeniu. Cenił wartości moralne zawarte w religii chrześcijańskiej. Natomiast odnosił się z dystansem do instytucjonalnego Kościoła, uważał, że jest zbyt dogmatyczny (zwłaszcza w Polsce) i nie rewiduje swojej doktryny, przede wszystkim w sferze moralności, opierając się na anachronicznych koncepcjach.

Również materializm Kielanowskiego był specyficzny – nie był to materializm dialektyczny, ale bardziej bazujący na ontologiach starożytnych i głównie wywodzący się ze stoicyzmu (interesował on Kielanowskiego z wielu względów), który pojmował materię jako przenikniętą boską pneumą. „Metafizyczne” stanowisko Kielanowskiego zdaje się bardziej ciążyć ku naturalistycznym koncepcjom panteistycznym, na co zwróciła też uwagę Maria Szyszkowska w rozmowie przeprowadzonej z Kielanowskim (czego nie zdementował), a co z kolei łączy się u niego z ostrożnie rozważaną koncepcją panpsychizmu. Kiedy podejmował problem lęku przed śmiercią, zwracał uwagę, że boją się jej nie tylko zwierzęta, ale prawdopodobnie również rośliny. W jego przekonaniu życie psychiczne jest w swej najprostszej postaci cechą komórki czy nawet protoplazmy, a nie jak powszechnie się przyjmuje, funkcją wyspecjalizowanej tkanki ośrodkowego układu nerwowego³⁸⁴. W jednym z tekstów pisał: „Chcą żyć nie tylko ludzie, ale także inne istoty żywe, których uczucia umiemy poznawać, a więc zwierzęta i także, najprawdopodobniej rośliny, a może wszystkie istoty żywe, także jednokomórkowe. Podziwiamy, wszak i stopniowo poznajemy sposoby, przy pomocy których, nie tylko pierwotniaki, ale i bakterie, ratują swoje osobnicze i gatunkowe istnienie. A może nawet, śmiała hipoteza, ale myśleli już o niej starożytni twórcy jońskiej filozofii przyrody, autorzy pojęcia hylozoizmu, przypisujący świadomość materii nieożywionej, która pragnie trwać w niezmienionej postaci”³⁸⁵.

³⁸¹ *Nieuchronność przemijania. Rozmowa z prof. dr. T. Kielanowskim*, op. cit., s. 3.

³⁸² T. Kielanowski, *Primum vivere – deinde philosophari*, op. cit., s. 4.

³⁸³ T. Kielanowski przez całe życie nie rozstawał się z medalikiem, który otrzymał od matki tuż przed jej śmiercią. Czy miał on tylko znaczenie pamiątki po najdroższej osobie – trudno odpowiedzieć. Jednakże w chwili swojej śmierci także miał go przy sobie. (Wywiad z G. Świątecką).

³⁸⁴ *Nieuchronność przemijania. Rozmowa z prof. dr. T. Kielanowskim*, op. cit., s. 3.

³⁸⁵ T. Kielanowski, *Primum vivere – deinde philosophari*, op. cit., s. 4.

W ogólnej koncepcji człowieka, która mimo iż jest naturalistycznym jego rozumieniem, Kielanowski będzie podkreślał, że człowiek jest całkowicie odmienną jakością w świecie przyrody³⁸⁶ z racji swojego umysłu, świadomości, wyższej uczuciowości i poczucia swojej wolności. Stanowi niepodzielną całość psychofizyczną – stąd życie psychiczne powinno być równie ważne dla lekarza. Dlatego też będzie poddawał krytyce medycynę rozumianą jako inżynierię ciała ludzkiego. Duże znaczenie dla Kielanowskiego miało takie rozumienie człowieka, jakie przedstawił Freud, odkrywając sferę nieświadomości (ubolewał nad zbyt małą znajomością jego teorii³⁸⁷), a także prace amerykańskiej szkoły psychosomatycznej. Według niego jakościowa odmienność człowieka – samoświadomej i wolnej jednostki, stanowi o przynależnej jej w świecie ludzkim godności. Kategoria wolności i samostanowienia będzie zasadniczym elementem rozumienia przez niego człowieka. Jednak Kielanowski, mając na uwadze trudną problematykę granicznych stanów ludzkiego życia, apelował i wręcz domagał się od filozofii adekwatnej definicji człowieka, określenia wręcz „kryteriów” człowieczeństwa, rozumiejąc, że biologiczne ujęcia są niewystarczające. Problematiczne pozostaje, czy istotnie był przekonany o możliwości takiej definicji człowieka, która mogłaby zostać powszechnie zaakceptowana.

Inspiracje związane z filozofią medycyny Tadeusza Kielanowskiego zostają tu jedynie zasygnalizowane, gdyż będą przywołane w kolejnych rozdziałach. Jego myśl, dotycząca natury medycyny oraz zdrowia i choroby, będzie w znacznej mierze wpływała z uogólnionych refleksji lekarza, który poszukuje nie tylko aktualnych rozwiązań w zakresie swojej specjalności, ale systemowych, filozoficznych podstaw zasadniczych zagadnień medycyny. I w tym zakresie Kielanowski odnajdował interesujące ujęcia w światowej literaturze. Szczególną rolę odegrały prace René Dubos’a, wybitnego amerykańskiego mikrobiologa i filozofa³⁸⁸, współtwórcy ery antybiotyków, którego wpływową książkę – „Miraże zdrowia” Kielanowski przetłumaczył na język polski. Dubos, niezwykle ważny dla współczesnych holistycznych koncepcji medycyny³⁸⁹, ujmował organizmy żywe, w tym jednostki i populacje ludzkie, jako składniki szerszych systemów obejmujących ich

³⁸⁶ Zob. T. Kielanowski, *Prawo człowieka do stanowienia o sobie*, [w:] *Człowiek w obliczu śmierci, z uwzględnieniem etyki marksistowskiej, granic i praw reanimacji*. Krajowa Konferencja Lekarzy i Humanistów, Gdańsk 10-11 maja 1976, Gdańsk 1978, s. 18-19.

³⁸⁷ *Nieuchronność przemijania. Rozmowa z prof. dr. T. Kielanowskim*, op. cit., s. 3.

³⁸⁸ Działalność naukowa Dubos’a obejmuje dwie fazy: ściśle naukową, czyli przyrodniczą oraz filozoficzną. W okresie pierwszym zajmował się badaniami nad mikroorganizmami glebowymi, co dało początek erze antybiotyków, następnie – studiami nad etiologią, patologią i kliniką gruźlicy płuc, a także czynnikami czyniącymi gruźlicę chorobą społeczną. Stąd też ogromne zainteresowanie Kielanowskiego jego pracami. Drugi, filozoficzny, okres obejmuje etap zainteresowania filozofią medycyny i prowadzi do wypracowania „nowej medycyny hipokratesowej”. A z kolei etap jego twórczości ekologicznej nazywany jest „teologią Ziemi”. Zob. K. Szewczyk, *O René Dubosie, jego nowej medycynie hipokratesowej i teologii Ziemi*, „Diametros” [on-line] 2006, nr 9 [dostęp 20 XI 2010]. Dostępny w World Wide Web: <http://www.diametros.iphils.uj.edu.pl/>.

³⁸⁹ Zob. K. Szewczyk, *Katastrofy przestrzeni. Studia z filozofii biologii i medycyny*, Łódź 2002; por. K. Szewczyk, *O René Dubosie, jego nowej medycynie hipokratesowej i teologii Ziemi*, op. cit. Dubos nawiązywał m. in. do prac Winogradzkiego – rosyjskiego agrobotanika oraz koncepcji „wzajemnej pomocy” w przyrodzie Kropotkina.

środowiska, w przypadku człowieka – także społeczne i kulturowe. W swojej koncepcji przedstawiał projekt „nowej medycyny hipokratesowej”³⁹⁰. Dla Kielanowskiego zasadnicze znaczenie miała jego dynamiczno-adaptacyjna koncepcja zdrowia i choroby, ale także antropologia filozoficzna ujmująca rozwój człowieka jako proces modyfikacji adaptacyjnych wywołanych w znaczącej mierze przez kulturę, a także jego model systemu opieki zdrowotnej wychodzący poza dotychczasową strategię, której zasadniczą ideą jest doraźna walka z chorobami – mająca związek ze złudną nadzieją na ich ostateczne zlikwidowanie w bliżej nieokreślonej przyszłości³⁹¹. Zasadniczą przesłanką dla Dubos’a była teza, że człowiek jako organizm jest hierarchicznie ustrukturuowanym, funkcjonalnie uporządkowanym systemem, a poszczególni ludzie stanowią elementy składające się na nadrzędną wobec nich całość społeczno-kulturowo-przyrodniczą³⁹².

Niezwykłe często będzie też odwoływał się do rozwijających się wtenczas nowych nurtów w medycynie, a więc amerykańskiej medycyny psychosomatycznej (W. Cannon, H. Dunbar), zachodniemieckiej medycyny fenomenologicznej i radzieckiej medycyny korowo-trzewnej (Metalnikow, Chorin). Szczególne znaczenie w rozumieniu przez Kielanowskiego zagadnień medycyny (głównie zdrowia i choroby) miał dorobek H. Selye’a i jego teoria stresu, zastosowana u Kielanowskiego do wyjaśniania etiologii gruźlicy i rozważań ogólniejszej natury.

Wcześniej, być może jeszcze w okresie lwowskim, Kielanowski zainteresował się nurtem medycyny neo-hipokratesowej, której twórcą był Pierre Delore³⁹³. Celem tego ruchu była ochrona humanistycznych walorów nauki i sztuki lekarskiej zagrożonych zwłaszcza przez dehumanizację, wynikającą z nadmiernej technicyzacji i skupienia się na laboratoryjnych metodach rozpoznania i leczenia, ale też przez merkantylizację i biurokratyzację zawodu lekarza (Kielanowski brał udział także w zjazdach organizowanych przez ten ruch³⁹⁴). Przekonanie Delore’a o konieczności kształcenia wysokiej kultury filozoficznej lekarza stanie się jedną z zasadniczych idei Kielanowskiego.

Zaakcentować wyraźnie trzeba również ważną dla niego tradycję polskiej szkoły filozofii medycyny, głównie w jego rozumieniu medycyny jako nauki i sztuki lekarskiej, ale najwięcej w etyce lekarskiej. Kielanowski nie podejmował metodologicznych zagadnień filozofii medycyny i w zasadzie nie uważał siebie za filozofa medycyny, raczej za lekarza, podejmującego problematykę wynikającą z aktualnych potrzeb i uwarunkowań. Był nim

³⁹⁰ Uzupełniał tradycję hipokratesową o dwa istotne wymiary: społeczny i dynamiczno-historyczny (ewolucyjny). Uwspółcześnił także język i terminologię zgonie z używaną w systemowych ujęciach rzeczywistości.

³⁹¹ Zob. T. Kielanowski, *René Dubos (1901-1982)*, „Służba Zdrowia” 1982, nr 10, s. 8.

³⁹² Zob. K. Szewczyk, *Katastrofy przestrzeni. Studia z filozofii biologii i medycyny*, op. cit., s. 243 nast.; por.: K. Szewczyk, *O René Dubosie, jego nowej medycynie hipokratesowej i teologii Ziemi*, op. cit.

³⁹³ Zob. T. Kielanowski, *Prof. dr Pierre Delore*, „Służba Zdrowia” 1960, nr 51, s. 2. Bardzo ważną jego pracą była *La médecine a la croise et des chemins*. Delore zorganizował kilka kongresów międzynarodowych – w 1937 (Paryż), 1953 (Evian), 1956 (Montecatini).

³⁹⁴ W II Międzynarodowym Kongresie Medycyny Neo-Hipokratesowej (Montecatini, 1956) oraz Zjeździe Społecznej Klimatologii (Briancon, 1958).

natomiast najbliższy jego przyjaciel z okresu gdańskiego, wybitny lekarz psychiatra i filozof Tadeusz Bilikiewicz – uczeń Władysława Szumowskiego i ostatni chyba przedstawiciel polskiej szkoły filozofii medycyny, który w pierwszych latach istnienia Zakładu Historii i Filozofii Nauk Medycznych AMG pełnił funkcję jego kierownika³⁹⁵. Z Bilikiewiczem, z którym łączyło go wiele zainteresowań i cech umysłu, spotykali się niezwykle często, czasem „gdzieś w pół drogi” na terenie AMG³⁹⁶ i można przyjąć, że wiele poglądów Kielanowskiego krystalizowało się w wyniku tych rozmów i wymiany myśli, aczkolwiek w wielu kwestiach prezentowali odmienne stanowiska.

W refleksji Kielanowskiego zdecydowanie przeważała problematyka moralna, szczególnie w późniejszym okresie jego twórczości. Należałoby zatrzymać się dłużej przy poglądach tych, którzy mieli znaczący wpływ na poglądy Kielanowskiego – byli to właśnie przedstawiciele polskiej szkoły filozofii medycyny, a z drugiej strony – zwłaszcza Tadeusz Kotarbiński.

Ale poza tymi współczesnymi źródłami podkreślić trzeba jeszcze znaczenie, jakie miała dla niego doktryna starożytnych stoików. Odnaleźć ją można w dużej mierze w postawie życiowej preferowanej i zalecanej przez niego – zachowania pewnego dystansu wobec siebie i świata, wobec spraw, które są nieuchronne i na które człowiek nie ma wpływu. Nawiązania do stoicyzmu dotyczyły m. in. postaw człowieka wobec śmierci – tu najczęściej cytowanym autorem jest Seneka. Zauważyć należy też, że Kielanowski wskazując na wagę intencji w ocenie moralnej czynu odwoływał się właśnie do koncepcji stoików.

Tadeusz Kielanowski właściwie nie podejmował ogólnych zagadnień etyki normatywnej oraz tematyki metaetycznej i przyjmował praktyczną, trochę utylitarystyczną zasadę: „dla mnie niemoralne jest to, co szkodzi bliźniemu lub licznym bliźnim (społeczeństwu), a wszystko inne jest moralne obojętne”³⁹⁷. Jego refleksja moralna dotyczy szeroko rozumianej problematyki medycznej i zawodu lekarskiego, i jest to więc etyka medyczna, chociaż Kielanowski zgodnie z ówczesną tradycją posługuje się sformułowaniem „etyka i deontologia lekarska”, jednak jest to najczęściej szersza, bioetyczna refleksja dotycząca moralnych dylematów związanych z postępem medycyny.

Szczególny wpływ na myśl etyczno-lekarską Kielanowskiego miały poglądy jednego z głównych przedstawicieli „polskiej szkoły filozofii medycyny” – Władysława Biegańskiego. Były one żywe w okresie studiów i pierwszych latach pracy Kielanowskiego, i z pewnością kształtowały jego rozumienie medycyny jako nauki o człowieku oraz formowały jego stosunek do wagi kwestii molarnych w medycynie. Oczywiście do wielu spraw będzie miał inne podejście – chociażby ze względu na epokę, w której tworzył. Nie mniej inspiracja wysokim poziomem i szlachetnością moralistyki autora „Myśli i aforyzmów o etyce lekarskiej” odegrały

³⁹⁵ Nieco wówczas zmodyfikowana nazwa, która obowiązuje do dziś, nawiązuje bezpośrednio do tradycji zakładów historii i filozofii medycyny, wypracowanej w dwudziestolecu międzywojennym.

³⁹⁶ Wywiad z B. Madey.

³⁹⁷ T. Kielanowski, *Dr-owi med. W. M. z „Tygodnika Powszechnego” w odpowiedzi*, „Służba Zdrowia” 1958, nr 39, s. 2.

znaczącą rolę. W podejściu do zagadnień etyki lekarskiej u Kielanowskiego można odnaleźć także ślady charakterystycznego dla Biegańskiego łączenia zainteresowania kantowską etyką obowiązku z arystotelesowską teorią cnót. Z jednej strony więc uznanie naczelnych zasad, a z drugiej – podkreślanie roli kształtowania prawego charakteru, gdyż „nie będzie dobrym lekarzem, kto nie jest dobrym człowiekiem”³⁹⁸, co z kolei będzie korespondowało z zainteresowaniem wobec „etyki niezależnej” Kotarbińskiego. „Najdoskonalsza pomoc ludziom w chorobach”³⁹⁹ – naczelna maksyma lekarskiej etyki zawodowej według Biegańskiego, z której, zgodnie z zasadami etyki Kanta, można wyprowadzić wszystkie zasady szczegółowe, będzie również u Kielanowskiego regułą porządkującą wszelkie działania lekarskie. U Biegańskiego maksyma ta jest konsekwencją zastosowania złotej reguły, która w odniesieniu do sfery zawodu lekarskiego brzmiałaby: „chorego lecz tak, jak chciałbyś być sam leczony”. Również tak mocno akcentowana przez Biegańskiego zasada współczucia odegra niepoślednią rolę w ujęciu lekarskiego etosu.

Ważne dla Tadeusza Kielanowskiego będą również refleksje Henryka Nusbauma i Emanuela Sonneberga, które przytaczał w pracy „Etyka lekarska w wypowiedziach lekarzy polskich XIX wieku”⁴⁰⁰. We wczesnej koncepcji Nusbauma zwracają uwagę postępowe wówczas elementy, takie jak traktowanie zbiorów zasad etyki lekarskiej jako drogowskazów moralnych wskazujących na zasadnicze obowiązki lekarza, a nie jak na przepisy regulujące wewnętrzne problemy zawodu; spoczywający na lekarzu obowiązek przyczyniania się do postępu i rozwoju sztuki lekarskiej przez pracę naukową lub udział w działalności towarzystw naukowych, upowszechnianie ich prac, podkreślanie rosnącej roli społecznej lekarza⁴⁰¹ i w związku z tym konieczności rozwoju społecznego wymiaru etyki lekarskiej. Natomiast w wypowiedziach Sonneberga Kielanowski odnajduje umiejętność w przenikliwym dostrzeganiu i formułowaniu rodzącej się dopiero problematyki w obrębie etyki lekarskiej, jak np. zagadnienie dezaktualizacji zasady absolutnej tajemnicy lekarskiej, zagadnienie zgody chorego na zabieg operacyjny („udział chorego w sprawach dotyczących jego zdrowia i życia, stanowi jego nietykalne prawo”⁴⁰²) czy też niedopuszczalności przeprowadzania zabiegów leczniczych bez wyraźnego, naukowego uzasadnienia i niedopuszczalności sprowadzania poprzez zabieg większych cierpień, niż te, które wynikają z aktualnego stanu, a także zagadnienie stawiania rzekomego dobra nauki ponad dobro pacjenta⁴⁰³. Zgłębianie tradycji polskiej etyki lekarskiej stanowiło dla Kielanowskiego źródło refleksji dla wielu poruszanych przez niego zagadnień.

³⁹⁸ W. Biegański, *Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej*, Warszawa 1957, s. 57.

³⁹⁹ Ibidem, s. 134.

⁴⁰⁰ T. Kielanowski, *Etyka lekarska w wypowiedziach lekarzy polskich XIX wieku*, „Biuletyn Głównej Biblioteki Lekarskiej” 1961, nr 5.

⁴⁰¹ Zob. ibidem. Nusbaum, precyzując obowiązki lekarza wobec społeczeństwa, ujmował je w następującej kolejności: na pierwszym miejscu stawiał działalność higieniczną, potem profilaktyczną, a dopiero następnie terapeutyczną.

⁴⁰² T. Kielanowski, *Etyka lekarska w wypowiedziach lekarzy polskich XIX wieku*, op. cit., s. 340.

⁴⁰³ Ibidem, s. 342-343.

Spośród polskich filozofów najbliższym Kielanowskiemu był współczesny mu Tadeusz Kotarbiński – przede wszystkim jego koncepcja etyki, ale także inne idee i stanowiska, jak konkretyzm (reizm) czy koncepcja prakseologii – nauki o sprawnym działaniu. Wiele łączyło Kielanowskiego z Kotarbińskim w sposobie podejścia do szeroko rozumianej rzeczywistości – racjonalizm (antyracjonalizm) i realizm; a także jeżeli chodzi o postawy: niezależność myśli, odwaga, realne i praktyczne nastawienie do świata (tzw. realizm praktyczny według terminologii Kotarbińskiego), spójność głoszonych poglądów i życiowej praktyki, a także mimo racjonalistycznego nastawienia – podkreślanie wagi serca i uczucia.

Tadeusz Kielanowski nie podejmował ani analizy myśli filozoficznej Kotarbińskiego, ani nawet szerzej nie przytaczał jego poglądów, ale wielokrotnie wskazywał na jego filozofię, szczególnie na etykę niezależną, jako na miejsce, gdzie można szukać interesujących propozycji i rozwiązań. Natomiast teksty i wypowiedzi Kielanowskiego wskazują na wyraźną inspirację myślą Kotarbińskiego lub po prostu zbieżność w pewnych kwestiach.

Dlatego też warto przypomnieć niektóre, pokrewne Kielanowskiemu, elementy koncepcji etycznej Kotarbińskiego. Przede wszystkim jest to etyka niezależna jak określa ją sam filozof, mając na uwadze niezależność od założeń światopoglądowych, w szczególności od wierzeń religijnych, ale także od różnych filozoficznych sporów ontologicznych czy epistemologicznych⁴⁰⁴. Może więc być konstruowana niezależnie od religii czy wyznawanego światopoglądu, czyli „ponad podziałami”, ponadto jest konieczna w społeczeństwie, które dziś określamy mianem pluralistycznego. Dla Kielanowskiego, zwolennika laickiego wymiaru przestrzeni publicznej, to podejście będzie bardzo bliskie, stąd m. in. jego działalność w Towarzystwie Krzewienia Kultury Świeckiej.

O konieczności wypracowania etyki niezależnej pisał Kotarbiński w okresie kształtowania się ustroju Polski w oparciu o ideologię materialistyczną, marksistowsko-leninowską, kiedy jeszcze zasady moralne zdecydowanej większości społeczeństwa ukształtowane były przez religię i moralność chrześcijańską. Kotarbiński rozumiał, że obowiązujące w społeczeństwie normy moralne (ale także wiele filozoficznych koncepcji etycznych) w znacznej mierze odwołuje się do myśli religijnej, a ona kształtując moralność, jednocześnie wskazuje na ostateczne uzasadnienie obowiązujących zasad. Dla Kotarbińskiego chrześcijańska idea miłości bliźniego jest najdonioślejszym wskazaniem moralnym, które nie może ulec dewaluacji. Kształtowanie się społeczeństwa bezreligijnego lub odrzucenie religii prowadzi do załamania systemu wartości – czego przykładem w Polsce były skutki powojennej laicyzacji. Wraz z utratą motywacji religijnej zaczęło postępować zjawisko, określane przez Kotarbińskiego „rozprężeniem moralnym”⁴⁰⁵ – zaczyna załamywać się etyka i porzucane

⁴⁰⁴ T. Kotarbiński, *Tezy etyki niezależnej*, „Ruch Filozoficzny” 1986, nr 3-4, s. 239-240.

⁴⁰⁵ Zob. M.B. Jakubiak, *Tadeusz Kotarbiński*, Warszawa 1987, s. 171.

zostają bezcenne wartości, co przynosi fatalne skutki zwłaszcza w sferze wychowania młodego pokolenia⁴⁰⁶.

Wynika z tego potrzeba budowania zasad etyki ponadświatopoglądowej, etyki niezależnej – zarówno od religii chrześcijańskiej, jak i ideologii marksistowskiej, etyki opierającej się na podstawowych intuicjach moralnych właściwych wszystkim ludziom. Kotarbiński zauważywszy, że zasadniczy korpus norm moralnych jest w zasadzie podobny, niezależnie od wyznawanego światopoglądu, doszedł do wniosku, że może istnieć inna, pozareligijna możliwość uzasadniania zaleceń moralnych. Ujawnia się tutaj postawa praktycznego realizmu. Ale etyka niezależna jest „niezależna jeszcze i w tym sensie, że własnego głosu sumienia niepodobna zastąpić głosem cudzym. W istocie rzeczy każdy z nas, niezależnie od kogokolwiek innego, odwołuje się przede wszystkim do własnego sumienia. Ono jest dla każdego z nas sędzią nad sędziami. Ono wydaje w każdej sprawie moralnej sąd surowy, bezwzględny, ostateczny”⁴⁰⁷.

Natomiast Kielanowski pisał wtenczas, że niezmienna i nieomylna, „etyka teologiczna” byłaby etyka idealną, gdyby ludzie wierzyli w tego samego Boga i gdyby historia wykazała trwałą wartość praktyczną takiego systemu. Niestety historia odnotowała liczne zbrodnie, popełniane również w myśl głoszonych przez religie zasad etycznych: „w związku z tym niepowodzeniem poszukują filozofowie systemu etycznego racjonalnego, opartego nie na objawieniu, ale na logicznym myśleniu, dla którego zło nie polegałoby na łamaniu niezmiennych przepisów boskich, lecz na czynieniu krzywdy ludziom, jednostkom lub zbiorowościom. Zdaniem wielu filozofów etyka niezależna od wierzeń religijnych, światopoglądu filozoficznego lub politycznego, mogłaby zadowolić wszystkich ludzi żyjących jednocześnie na ziemi i warto nad nią teoretycznie pracować”⁴⁰⁸.

Etyka, ogólnie, w rozumieniu Kotarbińskiego, jest teorią kierowania życiem duchowym człowieka, natomiast w sensie węższym⁴⁰⁹ – nauką o tym, jak żyć, aby zasłużyć sobie na miano porządnego człowieka. Etyka jest u niego więc, zgodnie z zaakcentowanym u Arystotelesa starożytnym podejściem, dziedziną praktyczną – filozofią praktyczną⁴¹⁰. Takie

⁴⁰⁶ Pisał, że „trudno nie dopatrywać się jednego z najważniejszych źródeł chuligaństwa w braku świadomości etycznej, w pustce etycznej, powstałej na miejscu utraconej etyki tradycyjnej”. Zob. T. Kotarbiński, *Zagadnienia etyki niezależnej*, [w:] idem, *Medytacje o życiu godziwym*, Warszawa 1986, s. 152.

⁴⁰⁷ T. Kotarbiński, *Medytacje o życiu godziwym*, Warszawa 1986, s. 165.

⁴⁰⁸ T. Kielanowski, *Lekarskie przerywanie ciąży jako zagadnienie etyczne*, „Argumenty” 1959, nr 20, s. 3.

⁴⁰⁹ Kotarbiński rozróżniał etykę w sensie szerszym, nazywaną filozofią praktyczną, która obejmuje: naukę o życiu szczęśliwym (felicjologia), naukę o skuteczności działań (prakseologia ogólna) oraz etykę w sensie węższym (etyka właściwa, deontologia moralna), czyli właśnie naukę o tym, jak żyć, „aby zasłużyć na miano porządnego człowieka”. Interesującym jest, że Kotarbiński – logik i metodolog – nie zajmuje się w zasadzie zagadnieniami metaetyki, unikając, charakterystycznych dla współczesności, sporów filozoficznych w obrębie etyki, dotyczących m. in. sposobów poznania wartości moralnych, ich statusu ontologicznego, etc.; z drugiej strony – ukazuje możliwość budowania etyki normatywnej ponad rozstrzygnięciami metaetycznymi. W pismach Kotarbińskiego nie ma w związku z tym wyszukanych i subtelných analiz poszczególnych pojęć, ale nie ma też drobiazgowych rozważań konkretnych sytuacji, kazusów. Zob. J. Woleński, *Kotarbiński*, Warszawa 1990.

⁴¹⁰ Starannie odróżnia ją od opisowych badań dotyczących historycznych i socjologicznych uwarunkowań moralności, nazywanych przez niego nauką o obyczajach.

praktyczne ujmowanie etyki, szczególnie etyki lekarskiej, rozumianej jako moralny drogowskaz w zawodowym życiu lekarza, będzie również charakterystyczne dla Kielanowskiego. Kotarbiński nie zajmował się w zasadzie zagadnieniami metaetyki. Jego koncepcja etyczna oparta jest na jasnym ujęciu podstawowych intuicji moralnych, które konsekwentnie rozwijane prowadzą do wypracowania ogólnych zasad etyki niezależnej. Etyka ta, odpowiadając na pytanie, co trzeba czynić, a czego nie czynić, ma wskazać zasady zanego życia.

Tą podstawową intuicją dla Kotarbińskiego jest wspólna ludzkiemu poczuciu moralnemu umiejętność odróżniania dobra i zła, aczkolwiek jako reista woli mówić o wspólnym ludziom rozumieniu ocen dodatnich, wyrażanych np. słowem „czcigodny” i ocen ujemnych, wyrażanych słowem „haniebny”, które chwalą jedne a potępiają inne przypadki konkretnych zachowań lub zamierzeń⁴¹¹. Namysł nad nimi ukazuje, że w powszechnym odczuciu moralnym z uznaniem spotykają się ci, którzy pozostają wierni swym zasadom i mężnie znoszą z tego powodu cierpienia i przykrości, natomiast potępia się łatwo ulegających groźbom i tchórzów. Szacunek zyskuje człowiek ofiarny i dobry dla innych, prawy i prawdomówny, opanowany. Ponadto uznanie budzi szlachetna motywacja postępowania, w przeciwieństwie do prymitywnej. W wyniku tego zestawienia Kotarbiński wskazywał zbiór podstawowych cnót i przeciwnych im wad: męstwo – tchórzostwo, ofiarność – egoizm, prawość – nieprawość, panowanie nad sobą – brak silnej woli, szlachetność – kierowanie się niskimi motywami.

Ta sokratejska metoda doprowadziła Kotarbińskiego do wypracowania koncepcji spolegliwego opiekuna⁴¹² – tak określa postawę, w której ogniskują się powyższe dyspozycje moralne (męstwo, ofiarność, prawość, opanowanie, szlachetność). Jest to postawa człowieka, na którym możemy zawsze polegać, niezależnie od sytuacji, który zawsze będzie bronić tych, którzy potrzebują obrony⁴¹³ i jest godny szacunku, gdyż można mu zaufać i na niego liczyć jako na opiekuna⁴¹⁴. Przejawia się tu nawiązanie do klasycznej etyki, dla której zasadniczym było pojęcie cnoty (dzielności etycznej).

Postawa spolegliwego opiekuna jest najbardziej godnym szacunku wzorcem ludzkiego postępowania, a jednocześnie najbardziej uniwersalnym, i wynika z wrażliwości na cudze potrzeby – stąd dążeniem etyki niezależnej będzie kształtowanie relacji międzyludzkich w duchu życzliwości. Jest to etyka czynu, potępiająca bezczynne współczucie w sytuacji, gdy istnieje realna szansa pomocy – a nie etyka kontemplacji, w której pierwszoplanową jest własna doskonałość. Moralnym obowiązkiem jest tu zwalczanie zła i cierpienia. W idei spolegliwego opiekuństwa zbiegają się wszystkie wątki i elementy etyki Kotarbińskiego. Postępowanie zgodne z tym ideałem wymaga z jednej strony umiejętności wczuwania się

⁴¹¹ T. Kotarbiński, *Tezy etyki niezależnej*, op. cit., s. 239.

⁴¹² Kotarbiński używał słowa stosowanego na Śląsku: przymiotnik „spolegliwy” oznacza człowieka, na którym można polegać; odpowiednik niemieckiego *zuverlässig*, a etymologicznie wywodzący się z języka czeskiego – *spolehlivý*.

⁴¹³ T. Kotarbiński, *Tezy etyki niezależnej*, op. cit., s. 239.

⁴¹⁴ T. Kotarbiński, *Zagadnienia etyki niezależnej*, [w:] idem, *Medytacje o życiu godziwym*, Warszawa 1986, s. 158.

w sytuację bliźniego: „trzeba serca, aby umieć współczuć – a z drugiej – chęci, woli i opanowania, aby wytrwać w pomocnych działaniach”⁴¹⁵. Zasada spolegliwego opiekuna w sposób oczywisty i szczególny obowiązuje wobec tych, co do których podjęto takie zobowiązania – np. dzieci, wychowanków, pacjentów. Obowiązuje też jako wynikająca z pełnionych ról społecznych, ale też zawsze, gdy ktoś potrzebuje pomocy i okazanie jej leży w granicach naszych możliwości. W najszerszym sensie obowiązuje wobec wszystkich istnień (Kotarbiński rozszerzał ją nawet poza świat ludzki, dotyczy również zwierząt), gdyż „człowiek o dobrym sercu i dzielny nie może nie czuć obowiązku liczenia się z konsekwencjami własnych czynów, w odniesieniu do kogokolwiek, kogo one w bliższych lub dalszych następstwach mogą dotykać”⁴¹⁶. Świat człowieka nie jest jednak „ogrodem rozkoszy” a rzeczywistość to „węzowisko wrogich ząbów”⁴¹⁷, gdzie ścierają się odmienne interesy i charaktery. Powoduje to konieczność wyboru i opowiedzenia się po tej lub innej stronie. Spolegliwy opiekun staje zawsze w obronie cierpiących i doznających krzywdy. Zaleca jednak Kotarbiński, aby „nie zadawać ciosów ponad konieczność”⁴¹⁸, a w karaniu zachować rozsądny umiar, gdyż sprawca czynu złego także potrzebuje pomocy i opieki.

Reguły etyki niezależnej są bardzo ogólne – w związku z tym spotyka się ona z zarzutem, że nie mogą stać się wskazówką w każdej sytuacji wymagającej decyzji moralnej, a zwłaszcza wtedy, gdy zachodzi konflikt pomiędzy wartościami⁴¹⁹. Kotarbiński rzeczywiście nie rozbudowywał swojej koncepcji w kierunku szczegółowych wskazań. Uważał, że w konkretnych sytuacjach każdy powinien zrobić to sam, na mocy wspólnego „poczucia moralnego”, jedną ze wskazówek może być namysł nad tym, jak w tej sytuacji zachowałby się człowiek godny szacunku. Po okresie dominacji opozycyjnych względem siebie – deontologicznej etyki pokantowskiej oraz utylitaryzmu, a także charakterystycznych dla współczesności sporów metaetycznych, etyka cnót (etyka charakteru), której odmianą jest normatywna etyka Kotarbińskiego, przeżywa aktualnie swój renesans⁴²⁰.

Przytoczone tu elementy koncepcji Kotarbińskiego (niezależność etyki, jej metoda, cnoty moralne, idea spolegliwego opiekuna, powszechność odczuć moralnych) będą charakterystyczne dla rozumienia etyki przez Tadeusza Kielanowskiego. Można uznać, że wpływ tego wybitnego przedstawiciela szkoły lwowsko-warszawskiej był tu niezwykle istotny. Kielanowski nie podejmuje, co prawda, w publikacjach refleksji ogólnoetycznej, jednakże z wielu wypowiedzi tę bliskości idei etyki niezależnej można odczytać, a przede wszystkim odnajdujemy ją w jego etyce lekarskiej. Podkreślić trzeba jeszcze, że Kotarbiński jako pierwszy z polskich filozofów podejmował kontrowersyjną problematykę samobójstw i eutanazji – co stanie się tak istotnym elementem zainteresowań Kielanowskiego.

⁴¹⁵ Zob. M.B. Jakubiak, *Tadeusz Kotarbiński*, Warszawa 1987, s. 179.

⁴¹⁶ T. Kotarbiński, *Zagadnienia etyki niezależnej*, op. cit., s. 162.

⁴¹⁷ Ibidem.

⁴¹⁸ Ibidem, s. 163.

⁴¹⁹ J. Woleński, *Kotarbiński*, Warszawa 1990, s. 115.

⁴²⁰ Zob. A. McIntyre, *Dziedzictwo cnoty. Studium z teorii moralności*, tłum. A. Chmielewski, Warszawa 1996.

2. Medycyna, jej natura i filozofia

Twórczość i działalność Tadeusza Kielanowskiego przypada na okres intensywnych przemian w medycynie – przede wszystkim zdobycze technologiczne oferują zupełnie nowe możliwości leczenia, a szczególności ratowania życia. Zdobycze te zdawały się potwierdzać rozumienie medycyny jako nauki przyrodniczej. Był to jednocześnie okres zmian modelu opieki zdrowotnej – następowało jej uspołecznienie, i to nie tylko w krajach tzw. demokracji ludowej.

Medycyna jako nauka przyrodnicza, a lekarz jako inżynier ludzkiego ciała i urzędnik państwowy, służąc człowiekowi, jednocześnie się od niego oddalali. Te niepokojące aspekty staną się dla Kielanowskiego przesłanką do refleksji nad naturą medycyny jako nauką i sztuką lekarską. Jego refleksja nie jest ścisłą i trzymającą się rygorów analizą filozoficzną, ale namysłem lekarza racjonalisty i filozofa, który chce przywrócić medycynie jej właściwy wymiar. Kielanowski najwięcej uwagi poświęcił temu zagadnieniu w „Propedeutyce medycyny”, książce przeznaczonej dla studentów. Ale problemu tego dotyczyło też wiele jego artykułów i felietonów, często polemicznych, drukowanych w piśmiennictwie lekarskim – głównie w „Służbie Zdrowia”, ale także w pismach społeczno-kulturalnych – „Argumenty” i popularnonaukowych – „Problemy”.

Związki medycyny z filozofią, z której wyrosła, były niezwykle silne przez wiele wieków, w zasadzie do dziewiętnastego stulecia. Właśnie wtedy w „okresie negowania wszystkiego, co mgliste, nie dość precyzyjnie określone”⁴²¹ rodzi się współczesna medycyna, zwana naukową. Kielanowski przyznawał, że „było to stanowisko na owe czasy słuszne, bo tak jak wszystkie inne dziedziny życia tkwiła medycyna w pierwszej połowie XIX wieku jeszcze głęboko w przesadach, niedobrych tradycjach, a nawet zabobonach. Pożyteczny sceptycyzm przerodził się jednak w naiwny scjentyzm, w zasadę negowania wręcz prawd oczywistych, wynikających z istniejących zjawisk – jeśli się nie dało ich łatwo zbadać i udowodnić, stosując aktualnie dostępne metody. W tym samym czasie głoszone było hasło, że jedyną filozofią godną człowieka nauki jest brak wszelkiej filozofii”⁴²². Podejście takie spowodowało liczne negatywne zjawiska, jak na przykład tzw. nihilizm terapeutyczny, poddający w wątpliwość skuteczność stosowanych leków.

Kielanowski za filozofię uważał „każdą próbę generalizowania, porządkowania, motywowania i wartościowania”⁴²³, co czyni każdy człowiek wobec zjawisk, wśród których się obraca⁴²⁴. Dlatego też podkreślał, że charakterystyczna, również dla współczesnej medycyny, postawa negująca wartość filozofii jest przejawem określonego filozoficznego stanowiska, którego pejoratywnym następstwem było zamknięcie się medycyny w obszarze

⁴²¹ T. Kielanowski, *Mała filozofia medycyny*, „Czas” 1975, nr 5, s. 18.

⁴²² Ibidem.

⁴²³ Ibidem.

⁴²⁴ Ibidem.

nauk przyrodniczych i ich metodologii. Konieczne jest więc wyjście poza granice wąsko pojętej nauki o objawach chorób i ich leczeniu. „Potrzebne jest więc filozofowanie – nie w sensie tworzenia wielkich, nowych teorii poznania, ale w sensie zajmowania stanowiska wobec problemów dotyczących życia i zdrowia człowieka w obecnych warunkach kulturowych, obyczajowych i cywilizacyjnych. To właśnie filozofowanie można nazwać uprawianiem praktycznej, albo lepiej – małej filozofii medycyny”⁴²⁵. Termin „małej filozofii medycyny” Kielanowski odnosił więc do praktycznych, moralnych problemów rodzących się ze współczesnych uwarunkowań medycyny i opieki medycznej.

Zasadniczo filozofia medycyny rozumiana jest przez niego szerzej. Ujmował ją, podobnie jak Władysław Szumowski, jako dziedzinę ogólnych refleksji dotyczących medycyny jako całości. W jego rozumieniu filozofia medycyny obejmuje: „wszystkie tematy filozoficzne, jakie tkwią w medycynie, wszystkie tematy medyczne, jakie się nasuwają lub wiążą z filozofią i wszystkie tematy z pogranicza medycyny i filozofii”⁴²⁶. Z tym, że dla Szumowskiego filozofia ta była nauką⁴²⁷, dla Kielanowskiego niekoniecznie – zresztą nie podejmował uściśleń, co do jej definicji i nie zajmował się jej problematyką metodologiczną.

2.1. Medycyna jako nauka i sztuka

Tadeusz Kielanowski opracowując hasło do „Wielkiej encyklopedii powszechnej PWN” z 1966 r. tak definiował i charakteryzował medycynę – jest to „nauka o zdrowiu i chorobie człowieka oraz sztuka (umiejętność) zapobiegania chorobom i leczenia chorych. Medycyna zalicza się do nauk przyrodniczych, ponieważ opiera się na zdobycach biologii, mikrobiologii, chemii, fizyki i in., ale także do nauk humanistycznych, gdyż tematem jej zainteresowań i celem wszelkich jej działań jest człowiek; w związku z tym medycyna coraz częściej korzysta z usług takich nauk, jak psychologia, socjologia, oraz podejmuje szeroki krąg zagadnień o doniosłym znaczeniu społecznym”⁴²⁸. Pojęcie „medycyna”, pochodzące od łacińskiego czasownika *mederi* (leczyć), najczęściej rozumie się jako „naukę i sztukę leczenia chorób”⁴²⁹. Dla porównania – jedno z nowszych wydawnictw („Encyklopedia bioetyki”, 2005 r.) podaje, że medycyna to „wiedza teoretyczno-praktyczna obejmująca zakres

⁴²⁵ Ibidem.

⁴²⁶ W. Szumowski, *Dzieje filozofii medycyny, jej istota, nazwa i definicja*, [w:] idem, *Filozofia medycyny*, Kęty 2005, s. 72; „Dzieje filozofii medycyny, jej istota, nazwa i definicja” W. Szumowskiego zostały wydane jako odrębna praca w 1947 r.

⁴²⁷ W pełnym brzmieniu definicja Szumowskiego przedstawia się następująco: „Filozofia medycyny jest nauką, która rozpatruje medycynę jako całość; omawia jej stanowisko w ludzkości, społeczeństwie, państwie i szkołach lekarskich; daje rzut oka na całość dziejów medycyny; przedstawia najogólniejsze zagadnienia filozofii biologii; analizuje metodologiczne formy myślenia lekarskiego, wymieniając i wyjaśniając błędy logiczne, popełniane w medycynie; czerpie z psychologii i metapsychiki te wiadomości i poglądy, które mają znaczenie dla całości medycyny; omawia naczelnne wartości w medycynie oraz formułuje ogólne podstawy etyki lekarskiej”. Ibidem.

⁴²⁸ *Wielka encyklopedia powszechna PWN*, t. 7, Warszawa 1966, s. 171-174.

⁴²⁹ Słowo „medycyna” ma też inne znaczenia – w wielu językach nazywa się medycyną leki (także dawniej w języku polskim).

wiadomości o zdrowiu i chorobach człowieka, mająca na celu rozpoznanie choroby, jej pełne wyleczenie oraz zapobieganie chorobom w populacji⁴³⁰”.

Charakterystyczną cechą różnych ujęć terminu „medycyna” jest zwrócenie uwagi na jej dualny charakter: nauki (gr. *epistémé*) oraz praktyki, w tradycji polskiej określanej jako „sztuka” (gr. *techné*). Tym, co wyróżnia opis Kielanowskiego jest zwrócenie uwagi na fakt, że zalicza się ona także do nauk humanistycznych. W jednym z listów do prof. Brzezińskiego pisał: „medycyna uchodzi niesłusznie za naukę przyrodniczą, bo jest nauką humanistyczną *par excellence*; jest nauką o człowieku, istocie, która zajmuje w tzw. przyrodzie miejsce szczególne [...] nie badamy przyrody człowieka z samej tylko ciekawości, badamy ją świadomie antropocentrycznie po to, by nam wiedza służyła”⁴³¹.

Kielanowski w „Propedeutyce medycyny”, pierwszym tego typu podręczniku w powojennej Polsce, pisał, że medycynę rozumianą jako sumę nauk i umiejętności praktycznych, mających na celu ochronę ludzkiego zdrowia, współtworzą dwa odrębne pojęcia: jedno szerokie, obejmujące poznanie człowieka, budowy i funkcji jego ciała: „poznanie bezinteresowne, będące samo w sobie celem, a więc stanowiące fragment nauki czystej, poznawczej. Umysł ludzki dąży do poznania wszystkiego, co nas otacza [...]. Nauka poznawcza zaspokaja po prostu ciekawość człowieka, ciekawość równie bezgraniczną, jak bezinteresowną, a tak silną, że mnóstwo ludzi bez wahania narażało dla niej życie”. W drugim – węższym rozumieniu „oznacza sztukę leczenia ludzi chorych. Sztuka leczenia ludzi jest również dziedziną zainteresowań nauki, ale nauki praktycznej, stosowanej”⁴³². Autor „Propedeutyki medycyny” jest tu spadkobiercą tradycji polskiej szkoły filozofii medycyny, która postrzegała medycynę jako dziedzinę konstytuującą się zarówno w oparciu o naukę, jak i sztukę. Dla jej przedstawicieli zagadnienie, czy i w jakim sensie medycyna jest nauką czy sztuką było przedmiotem zainteresowania i wielu publikacji⁴³³. Postrzegali ten problem jako fundamentalny dla rozważań o istocie medycyny: Henryk Nusbaum, Zygmunt Kramsztyk, Edmund Biernacki, Władysław Biegański i Władysław Szumowski. Wypowiadając się w tej kwestii, tworzyli nie tylko na polskim gruncie, podstawy do dyskusji nad miejscem medycyny pośród innych nauk, wyznaczali punkt wyjścia dla badań zarówno nad zagadnieniami teorii, jak i praktyki lekarskiej. Różnice w poglądach dotyczyły głównie charakteru związku między nauką czystą (teorią) i nauką stosowaną, zwykle określaną jako sztuka. Aczkolwiek w niektórych ujęciach (np. Ludwika Zembrzuskiego) wyróżniano trzy obszary medycyny: nauki czystej (teorii lekarskiej), sztuki (praktyki lekarskiej) oraz nauki stosowanej, która stanowi swoisty zwornik między dwiema pierwszymi. Przedmiotem spornym nie była kwestia, czy medycyna jest nauką czy sztuką, lecz kwestia, w jakim stopniu była, jest i będzie nauką,

⁴³⁰ *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*, pod red. A. Muszali, Radom 2005, s. 275.

⁴³¹ Cyt. za J. Wdowiak, *Profesor Tadeusz Kielanowski a historia medycyny*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny” 1992, nr 2, s. 137.

⁴³² T. Kielanowski, *Propedeutyka medycyny*, Warszawa 1973, s. 16.

⁴³³ Zob. R. Gryglewski, *Czy medycyna jest sztuką czy nauką? – rozważania w świetle polskiej szkoły filozofii medycyny...*, „Medycyna Nowożytna”, 2006, z. 1-2, s. 7 nast.

a w jakim zakresie sztuką. Z tym wiążą się rozbieżności na poziomie definicji, gdzie pojęcia sztuki i nauki zyskują u poszczególnych autorów różny status badawczy i niosą z sobą mniej lub więcej odmienne treści⁴³⁴. Z punktu widzenia filozofii nauki analizowane przez nich pojęcia może nie były używane precyzyjnie, jednak nie umniejsza to rangi poruszanych zagadnień.

W dzisiejszych ujęciach filozofii medycyny⁴³⁵ często wskazuje się trójczłonowość obszaru medycyny, wyróżniając:

- poziom teoretyczny – obejmujący poziom nauk i badań podstawowych, zwany czasem medycyną biologiczną,
- medycynę kliniczną – poziom technologiczny, obejmujący m. in. testowanie nowych leków i metod leczniczych,
- praktykę lekarską – poziom techniczny, np. badanie i leczenie konkretnego pacjenta.

Trochę podobnie widział tę kwestię właśnie Zembruski. Kielanowski nie wdając się w drobiazgowo rozważania, pozostawał przy tradycyjnym rozróżnieniu na naukę i sztukę lekarską. Zresztą nie podejmował szczegółowych metodologicznych zagadnień i nie miał na celu naukowego precyzowania terminów, chodziło mu o praktyczne ujęcie. Wydaje się jednak, że bliskie było mu rozumienie Biegańskiego⁴³⁶, który w obrębie pojęcia „sztuka leczenia” wyróżniał jej część faktyczną – naukę stosowaną, ściśle związaną z postępem naukowym oraz etyczną – związaną z ogólnymi etycznymi ideałami ludzkości i ich zmianami. Dla Kielanowskiego etyka będzie również istotnym elementem sztuki lekarskiej.

Problematyka sztuki lekarskiej stanowiła ważną część podejmowanych tematów, gdyż obejmowała ona to wszystko, co lekarz może zrobić dla pacjenta. Jest więc „umiejętnością diagnozowania, zapobiegania i leczenia chorób człowieka, ale jest też, albo przede wszystkim, umiejętnością kojenia cierpień człowieka chorego”⁴³⁷, jego bólu, lęku, przygnębienia i zwątpienia, a czasem rezygnacji i rozpacz. Medycyna u swoich początków była przede wszystkim sztuką opartą na doświadczeniu przekazywanym z pokolenia na pokolenie. W starożytnej Grecji ta praktyczna wiedza coraz bardziej odwoływała się do obserwacji człowieka i natury. Zgodnie z założeniami medycyny hipokratejskiej, to natura powinna podpowiadać lekarzowi sposób leczenia, dlatego podstawą terapii była tu obserwacja

⁴³⁴ Ibidem, s. 21.

⁴³⁵ Zob. H.R. Wulff, S.A. Pedersen, R. Rosenberg, *Filozofia medycyny*, tłum. Z. Szawarski, Warszawa 1993, s. 64-65.

⁴³⁶ Biegański, stosując tradycyjne rozróżnienie pisał, że medycyna jako nauka „podlega ogólnym prawom postępu nauki i zmienia się stosownie do ogólnych prądów, panujących w dziedzinie myśli ludzkiej”. A jako „sztuka leczenia, rozpada się na część faktyczną i etyczną. Część faktyczna sztuki leczenia jest ściśle zespolona ze zdobyczami naukowymi i postęp jej znajduje się w ścisłej zależności od postępu nauki lekarskiej. Część etyczna nie ma żadnego bezpośredniego związku z nauką, wypływa więcej z uczucia, niż z myśli i jej zmiany są znowu ściśle związane z ogólnymi etycznymi ideałami ludzkości”. W. Biegański, *Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej*, op. cit., s. 25.

⁴³⁷ T. Kielanowski, *Człowiek jego ból, cierpienie i prawo do szczęścia*, [w:] *Człowiek jego ból, cierpienie i prawo do szczęścia*. II Krajowa Konferencja Lekarzy i Humanistów, Gdańsk 11-12 grudnia 1978, Gdańsk 1980, s. 15.

i wywiad, rozmowa z chorym i poznanie historii choroby. A zwracanie uwagi na indywidualne cechy pacjenta pozwalało mu być podmiotem procesu leczenia.

W rozumieniu Kielanowskiego wiedza kliniczna, dotycząca konkretnego pacjenta, jest w znacznym stopniu wynikiem indywidualnych predyspozycji lekarza i jego doświadczenia. Zdobywa się ją przy łóżku chorego czy też w gabinecie lekarskim, zarówno wysłuchując cierpiącego człowieka, jak i dokonując podstawowych badań. Dobry lekarz musi posiadać umiejętność rozmowy z chorym, zadać odpowiednie pytania, zbliżyć się do niego. Jest to rodzaj szczególnego spotkania dwóch osób „z których jedna, niespokojna, cierpiąca lub głęboko nieszczęśliwa potrzebuje pomocy, a druga – z racji swojej profesji – dysponuje odpowiednią wiedzą i kwalifikacjami, aby pomocy takiej udzielić”⁴³⁸ – pisał Szawarski. Szczególnej umiejętności kontaktu z chorym i badania prowadzącego do właściwej oceny stanu pacjenta i w konsekwencji do diagnozy nie można nauczyć się, studiując tylko medycynę teoretyczną⁴³⁹.

Kielanowski podkreśla, że wszystko to, co dotyczy człowieka bezpośrednio, ale zarazem tylko to, co dotyczy człowieka, ma oblicze moralne, bo może rodzić dobro lub zło. Teorii naukowych, które dążą wyłącznie do poznania obiektywnej prawdy, nie interesują zagadnienia moralne. Jego zdaniem najbardziej wymowne oblicze moralne posiada właśnie nauka o zapobieganiu chorobom i o ich leczeniu, bo odnosi się bezpośrednio do człowieka. A oblicze to stara się kształtować etyka lekarska. Istotą sztuki lekarskiej i motorem lekarskiego działania jest, według niego, przede wszystkim współczucie wobec drugiego człowieka, wręcz miłość do cierpiącego, i trudno wyobrazić sobie inną motywację działań, których celem jest dobro chorego. Kielanowski będzie przywoływał postaci i myśli Biegańskiego, Leriche’a, Schweitzera, uwypuklając tę wysoką rangę sfery uczuciowej. Dotyczy to nie tylko praktycznego aspektu medycyny, gdyż bodźcem do pracy naukowej jest tu nie tylko ciekawość, dążenie do poznania prawdy „ale także inne uczucie, mianowicie współczucie. Lekarz współczuje choremu, który cierpi i właśnie dlatego, że mu współczuje, szuka nowych, coraz to lepszych sposobów przynoszenia mu ulgi. Poszukiwanie nowych środków przeciwbólowych jest przykładem takiej właśnie działalności. Im lekarz jest człowiekiem bardziej współczującym cudzemu cierpieniu, tym lepszym staje się lekarzem, a także niejednokrotnie lepszym pracownikiem nauki w swojej dziedzinie”⁴⁴⁰. Dlatego też lekarz, który z biegiem lat obojętnieje na cierpienia swoich pacjentów, staje się nie tylko gorszym lekarzem, ale także często gorszym, mniej twórczym badaczem.

⁴³⁸ Zob. Z. Szawarski, *Mądrość i sztuka leczenia*, Gdańsk 2005, s.392.

⁴³⁹ Z. Szawarski w eseju *Mądrość i sztuka leczenia* przytacza rozróżnienie „sztuki leczenia” W. Wielanda na trzy obszary: sprawność manualną, zdolność formułowania prawidłowej oceny klinicznej oraz umiejętność gromadzenia klinicznie istotnej wiedzy o pacjencie, która jest wynikiem właściwie prowadzonego wywiadu, rozmowy i wstępnego badania pacjenta. Ocena kliniczna, odwołująca się w sposób oczywisty do wiedzy biomedycznej, wiąże się z rozstrzygnięciami, co do diagnozy, prognozy i procesu leczenia i nie można jej nauczyć się w sposób teoretyczny, bo przynależy do umiejętności (*techne*) i jest podstawową zasadą sztuki lekarskiej (W. Wieland, *The Concept of the Art in Medicine*, [w:] *Science, Technology and the Art of Medicine*, Dordrecht 1993). Zob. ibidem.

⁴⁴⁰ T. Kielanowski, *Propedeutyka medycyny*, op. cit., s. 22.

Proces kształtowania się zachodniej medycyny nowożytnej, a przede wszystkim współczesnej, związany jest z oparciem jej na naukach ścisłych, przyrodniczych. Co prawda i wcześniej, poczynając od Hipokratesa i jego patologii humoralnej, medycyna odwoływała się do uzasadnień teoretycznych, jednakże głównie o charakterze spekulatywnym i filozoficznym. Rewolucja naukowo-techniczna XIX w. całkowicie zmieniła jej oblicze, rozpoczynając epokę spektakularnych odkryć i osiągnięć. Dzisiaj bazą medycyny stały się nauki tzw. podstawowe (biochemia, biofizyka, anatomia, etc.) wraz z naukami klinicznymi. Kielanowski bardzo mocno akcentuje naukowy charakter medycyny. Był zafascynowany jej możliwościami teoretycznymi, ale widział również jej ograniczenia. W swojej refleksji rozróżnia pojęcie „wiedza” – ma ona charakter statyczny i jest wynikiem gromadzenia i katalogowania faktów – oraz „nauka” – jest dynamiczna, a u jej podstaw leży ciekawość, poznanie tego, co jeszcze nie jest znane. Ważna jest tu umiejętność stawiania pytań i dostrzegania problemów, zdolność operowania wiedzą, rozumienia relacji zachodzących między znanymi faktami, dostrzegania zależności między nimi, odróżniania rzeczy ważnych i drugorzędnych, a w konsekwencji zdolność tworzenia uogólnień i wielkich syntez. Przestrzega w związku z tym przed zbyt dużą parcelacją dziedzin medycyny, która wraz z przyrostem wiedzy jest nieunikniona, ale nie może doprowadzić do utraty całościowego widzenia. Koronnym argumentem jest fakt, że nie leczy się choroby, tylko chorego człowieka, który jest całością. „Medycyna zna i poznaje coraz więcej faktów, ale cierpi na brak większych teoretycznych koncepcji, wiążących owe fakty w systemy i hipotezy”⁴⁴¹. Zgadza się w tym względzie z Szumowskim, który pisał, że myślenie kliniczne wymaga syntezy, ogarnięcia całości, która jest czymś więcej niż sumą przedziałów człowieka, jednakże urok analiz jest tak wielki, że dla wielu lekarzy ich liczba jest niemal równoznaczna z naukowością medycyny⁴⁴².

Autor „Propedeutyki medycyny” podkreślał, że nauki lekarskie zawdzięczają wszystkie swoje sukcesy postawie racjonalistycznej i poznawaniu zmysłowemu, które jest punktem wyjścia poznania. Natomiast poznanie związków i stosunków jest możliwe jedynie za pomocą rozumu – „nauki lekarskie nie stanowią wyjątku i opierają się wyłącznie na racjonalistycznym światopoglądzie”⁴⁴³. Racjonalizm (jako przeciwieństwo irracjonalizmu) oznacza tu pogląd przyznający rozumowi prawo kontrolowania prawdziwości wszelkich wrażeń i uogólnień na ich podstawie formułowanych. Postawa racjonalistyczna „skłaniając do zdrowego sceptycyzmu, każe powątpiewać w prawdziwość zjawisk i twierdzeń, nawet pozornie oczywistych, jeżeli nie dają wyjaśnić się w kategoriach rozumu”⁴⁴⁴. Dlatego też Kielanowski sam siebie mienił racjonalistą, chętnie odwołując się do tradycji oświeceniowej. Ostrze jego krytyki zwrócone będzie przeciwko wszelkim formom irracjonalizmu ograniczającym wartość poznawczą intelektu i twierdzącym, że ostateczne prawdy nie są

⁴⁴¹ *Wielka encyklopedia powszechna PWN*, op. cit., s. 173.

⁴⁴² W. Szumowski, *Filozofia medycyny*, op. cit., s. 77.

⁴⁴³ T. Kielanowski, *Propedeutyka medycyny*, op. cit., s. 228.

⁴⁴⁴ *Ibidem*.

dostępne jego analizie. Podkreślał, że irracjonalizm skłania do kontemplacyjnej postawy wiary w prawdziwość zjawisk nawet sprzecznych z rozumem i będzie zdecydowanym przeciwnikiem fideizmu. Jego krytyka wszelkich form tzw. medycyny alternatywnej również wpływała z ujawniania jej irracjonalizmu i często w odniesieniu do niej używał pejoratywnych terminów: znachorstwo, czary, szarlataneria, etc. „Myślenie racjonalistyczne – pisze Kielanowski – tak płodne w nauce lekarskiej, jest również podstawą działania nauki stosowanej, czyli sztuki lekarskiej. Fakt, że nie tylko istota życia w warunkach zdrowia i choroby nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśniona, ale przyczyna wielu chorób jest nieznaną, a sposób działania wielu skutecznych leków niezupełnie jasny – nie stanowi żadnego argumentu na korzyść teorii postulujących istnienie tajemnic niedostępnych ludzkiemu poznaniu. Każdy rok, każdy miesiąc przynoszą wyjaśnienie faktów dotąd tajemniczych, a sztuka lekarska nie rezygnuje z metod skutecznych, choć teoretycznie jeszcze niedostatecznie wyjaśnionych. Metod takich jest bardzo dużo, a wartość ich potwierdza doświadczenie, czyli krytyczna empiria kliniczna”⁴⁴⁵. Sztuka lekarska stosuje więc metody i środki, których skuteczność została po krytycznej i racjonalnej analizie udowodniona, choć przyczyny i jej mechanizmy bywają czasami niejasne. Racjonalna sztuka lekarska odrzuca wszystkie sposoby leczenia, których wartości nie udało się w praktyce potwierdzić, które nie wytrzymały odpowiednich testów – są odrzucane, ponieważ nie pomagają choremu⁴⁴⁶. Jednakże mimo uznania medycyny za jedną z nauk przyrodniczych, paradoksalnie – zdaniem Kielanowskiego – medycyna, jako sztuka leczenia chorych, jest jeszcze nauką w bardzo małym stopniu. W swojej przeważającej części jest wiedzą empiryczną, która posługuje się środkami i metodami naukowo zupełnie niedostatecznie uzasadnionymi, choć często skutecznymi.

Tadeusz Kielanowski podkreślał, że medycyna różni się od innych nauk swoim świadomym antropocentryzmem i pragmatyzmem. Celem badań medycznych jest poszukiwanie rozwiązań pożytecznych dla człowieka, a nie tylko dążenie do bezinteresownej prawdy (zagadnienie to zostanie przywołane w rozdziale poświęconym etyce badań naukowych). O ile w ramach filozoficznych koncepcji umieszczenie człowieka w centrum świata było czynnikiem hamującym rozwój nauki, o tyle kwestia antropocentryzmu przedstawia się – jego zdaniem – odmiennie w odniesieniu do medycyny: „przerodzenie się medycyny w obiektywną, konsekwentnie racjonalną naukę przyrodniczą, opartą o eksperyment (wykonywany oczywiście na człowieku), a w zastosowaniach praktycznych o chłodny rachunek ekonomicznej opłacalności, stanowiłoby bowiem nie tylko koniec takiej medycyny, jaką uprawiamy od zarania dziejów, ale byłoby tragedią człowieka”⁴⁴⁷. Medycyna, chodząc własnymi drogami, posługując się specyficznymi sposobami rozumowania i własnym językiem, powinna jednak pamiętać o tym – pisał w „Elementach etiologii gruźlicy człowieka”

⁴⁴⁵ T. Kielanowski, *Propedeutyka medycyny*, op. cit., s. 229.

⁴⁴⁶ Zob. ibidem.

⁴⁴⁷ T. Kielanowski, *Elementy etiologii gruźlicy człowieka*, Warszawa 1965, s. 6.

– że <<antropocentryczne deformacje, które stwarza, różnią się od obiektywnej przyrodniczej i filozoficznej prawdy. Powinna pamiętać o tym, że w przyrodzie nie ma „przyjaznych” i „wrogich” dla człowieka bakterii ani temperatur, ani promieni jonizujących. Upraszczając rzeczywistość, jak każda wiedza pragmatyczna, powinna medycyna pamiętać o tym, że błądzi, i od czasu do czasu poddawać swoje sposoby wartościowania i swój język możliwie surowej kontroli racjonalnej. W przeciwnym bowiem razie zaczną modele, schematy i uproszczenia żyć życiem własnym i coraz bardziej się oddalać od rzeczywistej, już nie antropocentrycznej, ale obiektywnej prawdy>>⁴⁴⁸.

Nauki medyczne powinny dążyć do uogólniających syntez, jednakże winny unikać zbyt daleko idących uproszczeń. Dlatego Kielanowski przestrzegał przed błędami pozytywistycznego scjentyzmu i późniejszego fizykalizmu (neopoztywistycznego), redukującego nauki przyrodnicze do fizyki i kwestionującego naukowy charakter humanistyki. Wskazywał, że niezwykle szybki rozwój nauk medycznych, począwszy od połowy XIX w., dokonujący się dzięki zdobyczom przyrodoznawstwa, utrwalił materialistyczny i mechanistyczny obraz świata, na którym nauki przyrodnicze zbudowały swój sukces, a odkrycia i postęp technologiczny potwierdzały takie jego rozumienie.

U źródeł tego obrazu rzeczywistości stała filozofia kartezjańska, reinterpretowana przez jego następców – zarówno ontologiczny skrajny dualizm *res cogitans* i *res extensa*, w odniesieniu do człowieka rozumiany jako dualizm duszy i ciała – jak i jego teoria poznania. Materia, jako *res extensa*, charakteryzująca się nieskończoną podzielnością i podlegająca ruchowi sprawia, że ciała posiadają tylko własności geometryczne i ulegają zmianom zdeterminowanym przez prawa mechaniki. Ideałem ścisłości dla Kartezjusza była matematyka rozważająca własności ilościowe, a jako że liczbowo dają się ująć przestrzeń i ruch, to całą przyrodę można ujmować właśnie geometrycznie i mechanicznie. Również organizmy żywe są tylko skomplikowanymi biologicznymi mechanizmami. Świat, ale także organizm człowieka, zaczęto rozumieć jako rozkładalną na części maszynę, której elementy można poddać naukowemu badaniu, i jest on sumą swoich części. Z kolei, ponieważ każdy skutek ma swoją określoną przyczynę, to w określaniu przyczynowości należy się skupić na tym, co bezpośrednio wywołuje badane zjawiska. Koncepcja świata jako mechanizmu, która zastąpiła dynamistyczne ujęcia wcześniejszych metafizyków, uczyniła świat uboższym, ale za to o wiele przejrzystszym i bardziej dostępnym do naukowej analizy – co wkrótce miało zaowocować istotnymi odkryciami. Wielkie znaczenie odegrały również kartezjańskie reguły metody naukowej: wątpienia, analizy, syntezy i enumeracji. Podejście Kartezjusza spotykało się z wcześniejszym stanowiskiem Galileusza, wyrażonym w hasle, że należy mierzyć to, co się daje mierzyć, a to, co się nie daje, należy uczynić mierzalnym.

Myśl Kartezjusza, która trwale określiła styl nowożytnego przyrodoznawstwa, miała poważne konsekwencje dla nauk medycznych, które przejęły aspekt materialno-

⁴⁴⁸ Ibidem.

mechanistyczny i kult analizy. Paradygmatem uprawiania medycyny, jako nauki, stał się właśnie model mechanistyczny, zwany redukcjonistycznym (czy też, w związku z oparciem się na nowoczesnej biologii – biomedycznym⁴⁴⁹). Model ten zakłada materialistyczne i deterministyczne rozumienie świata – życie jest formą istnienia materii, a wszelkie procesy życiowe podlegają określonym prawom biologicznym, które dają się zredukować do praw fizyki i chemii. Aby zrozumieć funkcjonowanie organizmu należy sprowadzić złożony biomechanizm do prostszych elementów, które dostępne są szczegółowemu badaniu. Wiedza medyczna jest sumą wiedzy poszczególnych dyscyplin naukowych, tak jak organizm jest sumą organów i funkcji⁴⁵⁰. Ważnym składnikiem tego paradygmatu jest mechanistyczny model choroby – gdzie, jak pisał McClellanad – „ciało traktowane jest jak maszyna, naprawiana za pomocą usuwania lub wymiany wadliwych części albo niszczenia ciał obcych, stanowiących przyczynę awarii”⁴⁵¹.

Temu redukcjonistycznemu podejściu w wielu artykułach i wypowiedziach będzie przeciwstawiał się Kielanowski⁴⁵², konsekwentnie uzasadniając, że gubi ono podmiotowość człowieka, jego przeżycia związane z odczuciem choroby, pomija aspekt psychiczny, duchowy i społeczny. Nie uwzględnia nade wszystko możliwości oddziaływania na psychikę chorego i ogranicza się do farmakoterapii i zabiegów. Absolutyzuje metody laboratoryjne, traktując chorego jak przedmiot analiz i w konsekwencji dehumanizuje medycynę. Również wielu innych wybitnych przedstawicieli lekarskiego świata nauki będzie kontestowało takie podejście, a Julian Aleksandrowicz napisze: „My, współcześni lekarze, często nawet nic zdajemy sobie sprawy, w jakim stopniu oparliśmy naszą naukę i sztukę na ubiegłowiecznym światopoglądzie materialistyczno-mechanistycznym. Stworzyło to w nas określoną rutynę przenikniętą empiryzmem i utylitaryzmem. [...] Coraz mniej natomiast mamy czasu na myślenie”⁴⁵³. Ujawnianie i krytyka tych uproszczeń stanie się jednym z zasadniczych elementów publikacji Kielanowskiego.

⁴⁴⁹ Z. Szawarski, *Mądrość i sztuka leczenia*, op. cit., s. 69.

⁴⁵⁰ Ibidem, s. 70.

⁴⁵¹ Cyt. za: Ch.L. Sheridan, S.A. Radmacher, *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*, tłum. A. Dodziuk i in., Warszawa 1998, s. 4.

⁴⁵² Zob. np.: T. Kielanowski, *Antropotechnika czy medycyna*, „Argumenty” 1960, nr 5; T. Kielanowski, *Antymedycyna za progiem*, „Argumenty” 1977, nr 46.

⁴⁵³ J. Aleksandrowicz, *Medycyna i społeczeństwo*, „Argumenty” 1964, nr 16, s. 6.

2.2. Kryzys medycyny?

W wielu wypowiedziach z lat sześćdziesiątych i siedemdziesiątych pojawiały się opinie o kryzysie medycyny, wskazujące, że weszła ona na błędne drogi. Różnego rodzaju trudności medycyny odczuwane były dosyć powszechnie zarówno przez lekarzy, jak i pacjentów, chociaż były różnie rozumiane i interpretowane. Kielanowski wypowiadał się na ten temat zwykle w swoich felietonach – stąd też nie są to naukowe analizy, ale teksty mające uświadomić różne aspekty problemów przejawiających się w medycynie i opiece lekarskiej, i jednocześnie zainicjować poszukiwanie środków zaradczych.

W 1963 r. redakcja miesięcznika „Więź” przeprowadziła ankietę pod wspólnym tytułem „Czy kryzys medycyny współczesnej?” zwracając się z pytaniami dotyczącymi medycyny do kilkunastu lekarzy i uczonych, drukując w dwóch kolejnych numerach ich obszernie wypowiedzi. Warto przytoczyć niektóre opinie znanych postaci, ukazując tło tego zagadnienia i krytyki. Julian Aleksandrowicz z całą stanowczością pisał: <<Istotnie medycyna przeżywa kryzys. Wyraża się on niespotykanym w historii ludzkości stałym wzrostem liczby cierpiących i chorujących ludzi, pomimo wspaniałego rozwoju cywilizacji technicznej, która winna przecież uczynić życie człowieka lżejszym, zdrowszym i „szczęśliwszym”>>⁴⁵⁴. Aleksandrowicz ukazywał równocześnie złożoność przyczyn tego zjawiska.

Antoni Kępiński z kolei wskazywał⁴⁵⁵, że postęp medycyny w ostatnich latach zmierzał głównie w kierunku, który nazywał heroicznym, czyli dążącym do ratowania za wszelką cenę życia ludzkiego. Natomiast medycyna „dnia codziennego” nie rozszerzyła zbyt wiele zakresu swoich możliwości. Wskazywał, że heroiczny kierunek rozwoju medycyny jest związany z procesem jej technizacji, a dzisiejszy lekarz czuje się bezradny bez zaplecza skomplikowanej aparatury diagnostyczno-terapeutycznej. W związku z tym lekarz, mimo woli, patrzy na chorego przez pryzmat stosowanego instrumentarium, które zawęża pole widzenia. Za pomocą precyzyjnych przyrządów diagnozuje się zepsuty mechanizm i naprawia za pomocą równie skomplikowanych zabiegów. Zdaniem Kępińskiego chory, przejmując ten punkt widzenia i sam siebie zaczyna traktować jako biologiczną maszynę, którą można usprawnić różnymi specyfikami i zabiegami.

Tadeusz Kielanowski w swojej wypowiedzi był ostrożniejszy, zaznaczając, że jeżeli rozumie się kryzys, jako jawny i ostry konflikt wymagający przeprowadzenia daleko idących zmian, to teoretycznych i praktycznych trudności, jakie napotykają lekarze i z jakimi boryka się służba zdrowia, nie można nazwać kryzysem. Podobnie jednak jak Kępiński zwracał uwagę na fakt, że technicyzacja współczesnej medycyny rodzi liczne problemy praktyczne lub moralne. Jednocześnie żywił optymistyczne przekonanie, że świat lekarski zdaje sobie sprawę z potrzeby zrozumienia i uszanowania subiektywizmu chorego – chociaż bez rezygnacji ze

⁴⁵⁴ *Czy kryzys medycyny współczesnej?*, „Więź” 1963, nr 4, s. 39. Wypowiedź J. Aleksandrowicza.

⁴⁵⁵ *Czy kryzys medycyny współczesnej?*, „Więź” 1963, nr 3, s. 6-8. Wypowiedź A. Kępińskiego.

zdobyczy fizyki, chemii i techniki⁴⁵⁶. Podkreślał, że mamy do czynienia nie tyle z kryzysem, co raczej trudnym etapem przejściowym i wskazywał, że „poza matematyką, żadna dziedzina ludzkiego myślenia i działania nie rozwijała się i nie rozwija bezkonfliktowo, prostolinijnie”⁴⁵⁷. W innych tekstach, szczególnie późniejszych, zajmie stanowisko już zdecydowanie bardziej radykalne, wskazując na konieczność przemian w obrębie medycyny i dając wyraz swojemu niepokojowi o jej przyszłość, przede wszystkim z związku z rozwijającym się na Zachodzie ruchem tzw. antymedycyny, odwołującej się różnych irracjonalnych koncepcji⁴⁵⁸.

Socjolog Jacek Wejroch w artykule „W poszukiwaniu źródeł kryzysu”, podsumowującym wypowiedzi autorytetów lekarskich, pisał: <<Pomiędzy oboma biegunami skrajnymi – popełnianymi błędami w sztuce lekarskiej z jednej strony, a błyskotliwością efektów leczniczych w drastycznych przypadkach z drugiej strony – rozciąga się właściwa przestrzeń kryzysu. Tam też należy go szukać, nie po to, by kogokolwiek oskarżać, by cokolwiek zdeprecjonować, podważyć i „zszargać”, lecz by ujawnić rzeczywiste źródła kryzysu, zrozumieć przyczyny>>⁴⁵⁹. Te źródła uporządkuje w dwóch podstawowych kategoriach: problematyki wynikającej z uspołecznienia i powszechności służby zdrowia oraz czysto przyrodniczej, scjentyistycznej orientacji medycyny.

Uspołecznienie służby zdrowia przez wprowadzenie ubezpieczeń powszechnych (rolnicy od 1972 r.) było rewolucyjną zmianą w Polsce. Kielanowski często podkreślał, że opieka medyczna stała się dobrodziejstwem dzięki powszechnemu dostępowi do niej, bezpłatności i refundacji leków. Społeczny model stał się też podstawowym rozwiązaniem w świecie, przede wszystkim w związku z rosnącymi kosztami leczenia. Jednakże model ten miał i – w związku z trudnościami zarówno w obrębie zarządzania i właściwej organizacji na różnych poziomach oraz z powodu wciąż rosnących kosztów – ma swoje drugie oblicze. Wraz z kłopotami wynikającymi ze społecznych założeń służby zdrowia wzrastał zasięg jej obowiązków, co nie łatwo było w ówczesnych warunkach pogodzić z zagwarantowaniem najwyższego możliwego poziomu opieki medycznej. Ujawniały się więc tym samym dysproporcje między oczekiwaniami społecznymi i możliwościami ich spełniania (kolejki w przychodniach, brak czasu i urzędniczy styl pracy przepracowanego lekarza, paternalistyczne traktowanie pacjenta).

Interesującym wydaje się też aspekt samej medycyny i preferowanego modelu jako nauki przyrodniczej opartej na analizie twardych faktów. Ukazywała się ona jako dziedzina sukcesów, efektywnych osiągnięć leczniczych w przypadkach, które do niedawna uważano za beznadziejne. Wszystko dzięki wzrostowi możliwości diagnostycznych i terapeutycznych wynikających z osiągnięć nauki i techniki oraz z wysokiej specjalizacji⁴⁶⁰. Ta „filozofia

⁴⁵⁶ *Czy kryzys medycyny współczesnej?*, „Więź” 1963, nr 4, s. 39. Wypowiedź T. Kielanowskiego.

⁴⁵⁷ Ibidem.

⁴⁵⁸ T. Kielanowski, *Antymedycyna za progiem*, „Argumenty” 1977, nr 46, s. 1 nast.

⁴⁵⁹ J. Wejroch, *W poszukiwaniu źródeł kryzysu*, „Więź” 1963, nr 4, s. 53-69.

⁴⁶⁰ Ibidem, s. 59.

sukcesu” wymagała od lekarza przede wszystkim fachowej sprawności, a wzorem lekarza stał się wyspecjalizowany praktyk. Kluczem do powodzenia była współczesna nauka i laboratoryjny obraz życia, który podważał tradycyjne metody myślenia klinicznego i wartość wypracowanych przez nie pojęć. Laboratoryjny obraz biologii człowieka (i zbudowana na nim nowoczesna farmakologia) objął tylko somatyczną stronę, uchwytną dla metod poznawczych przyrodoznawstwa. Rozumienie ludzkiego organizmu jako maszyny biologicznej, wprawdzie skomplikowanej, ale dającej się rozkładać na części badane pod różnymi względami, wyznaczało równocześnie współczesnej medycynie granice: poznawczo-diagnostyczne, terapeutyczne i metodologiczne.

Stworzyło jednocześnie racjonalne podstawy dla zwalczanej przez Kielanowskiego teorii swoistej etiologii chorób. Zgodnie z tą teorią za każdym razem poszukiwano określonego czynnika chorobotwórczego – bezpośredniej przyczyny sprawczej, która pozwoliłaby zlokalizować w organizmie strefę działania owego chorobotwórczego czynnika oraz określić wywołane uszkodzenia. Tradycyjnie rozumianemu lekarzowi ogólnemu, który zajmował się jeszcze chorym człowiekiem w całości, przeciwstawiono współczesnego specjalistę od chorób ściśle zlokalizowanych w organizmie. Zagadnienie stosunku do chorego zeszyły na dalszy plan i zdane zostały na indywidualną wrażliwość, sumienie i kulturę pracowników służby zdrowia. Medycynę zaczęto charakteryzować jako „medycynę najniezbędniejszych potrzeb” dających się wyrazić w wymiernych kategoriach i przez dane statystyczne⁴⁶¹. Doprowadziło to w konsekwencji do sytuacji, w której beznadziejnie chorzy przestali być w szpitalu przedmiotem zainteresowania, bo psują statystykę sukcesów, zajmują miejsce i absorbują środki, które mogłyby być efektywniej wykorzystane.

Samo pojęcie kryzysu jest nieostre i w związku z tym wieloznaczne; może oznaczać poważny konflikt czy też przełom, ale w ogólniejszym rozumieniu – także tylko niekorzystną sytuację. W ówczesnych wypowiedziach nie dokonywano uściśleń. Ponadto wypowiadano się o wszystkich aspektach trudności zarówno medycyny samej, jak i służby zdrowia. W związku z tym opinie na temat istnienia kryzysu medycyny były podzielone. Według niektórych każda epoka przeżywa swoje trudności i związane z nimi konflikty, inne przytaczały wiele argumentów uzasadniających istnienie i pogłębianie się kryzysu, jakiego dotąd medycyna nie przeżywała. Tadeusz Kielanowski wskazując na potrzebę ostrożnego posługiwania się tym terminem, jednocześnie w artykule „Antymedycyna za progiem” pisał: „Kryzysy objawiały się istotnie we wszystkich okresach szybkich zmian sztuki lekarskiej, zmian wywołanych wielkimi odkryciami, np. odkryciami epoki popasteurowskiej, ale szybkość zachodzenia zmian nie była nigdy tak duża jak obecnie. W związku z tym kryzys nie był nigdy taki ostry powiedzmy od razu – taki niebezpieczny”⁴⁶². Dokonywał tu istotnego rozróżnienia: kryzys przeżywa medycyna rozumiana jako sztuka leczenia chorych, w jej wymiarze klinicznym i praktyki lekarskiej. Natomiast nie zaistniał, jego zdaniem, kryzys w obrębie nauk

⁴⁶¹ Ibidem, s. 62.

⁴⁶² T. Kielanowski, *Antymedycyna za progiem*, op. cit., s. 1.

medycznych, w zakresie jej podstawowych dziedzin, które posługują się wymiernymi metodami badawczymi, chemicznymi, fizycznymi, fizjologicznymi i innymi. Zgodnie z przyjętym paradygmatem zdobycze medycyny ostatnich dziesięcioleci i odkrycia przyrodnicze są logicznym następstwem odkryć dawniejszych i ich rozwinięciem. Wprawdzie nauki teoretyczne nie dotykał kryzys, ale Kielanowski podkreślał, że „ sukcesy nauki nie chronią nikogo przed śmiercią i tylko w małym stopniu chronią przed chorobą i cierpieniem. Nie biorąc tego pod uwagę, medycyna zapomniała, że choroba, cierpienie i umieranie to przeżycia subiektywne i że pacjent oczekuje od lekarza czegoś znacznie więcej niż chłodnego, obiektywnego rozpoznania i zleconego leczenia. Pacjent oczekuje pocieszenia, nadziei, ufności”⁴⁶³. Już w 1960 r., w artykule „Antropotechnika czy medycyna” przestrzegał, że „kryzys sztuki lekarskiej jest faktem niewątpliwym. Lekarz przestaje być powiernikiem, przyjacielem i opiekunem człowieka, spada do roli technika, monter a i urzędnika. Należy się obawiać, że kryzys nie tylko prędko nie minie, ale jeszcze się pogłębi. Zanim się sztuka lekarska odrodzi, zrehabilituje...”⁴⁶⁴. Negowanie tego faktu jest objawem lekkomyślności. Niedostrzeżenie lub jego lekceważenie może prowadzić do bardzo poważnych konsekwencji.

Według Kielanowskiego kryzys współczesnej sztuki lekarskiej przejawiał się jako społeczne niezadowolenie ze świadczeń medycznych i postawy lekarza⁴⁶⁵. Ujawniał się w formie nieufności wobec lekarza państwowej służby zdrowia, w krytyce urzędniczego chłodu i braku umiejętności okazywania współczucia. Wyrażał swe oblicze w pracy lekarza skupiającego się na wynikach badań laboratoryjnych, i niedoceniającego wartości lekarskiego wywiadu oraz w braku umiejętności rozmowy z chorym, wysłuchania go i poświęcenia mu odpowiedniej ilości czasu. Zdarzało się, że w szpitalach, w imię fałszywie rozumianego dążenia do zmniejszenia umieralności na oddziałach, nie przyjmowano nieuleczalnie chorych, najbardziej cierpiących, gdyż ważniejsze stawały się statystyki i ekonomia. Do pogłębienia tego stanu rzeczy przyczyniał się – według niego – swoisty despotyzm medycyny i ingerencja w prywatne życie człowieka. Przymusowe ubezpieczenia, szczepienia, izolacje pewnych grup chorych, choć najczęściej niezbędne, działały w formie ogólnych nakazów, bez wyjaśniania i przekonywania, jakby nie liczył się człowiek i jego wolność. Lekarz bardziej stał się rzecznikiem interesu publicznego niż interesu chorego. W wypadku sytuacji konfliktowych, wchodził więc w rolę urzędnika państwowego, co stanowiło istotną zmianę charakteru jego posłannictwa. Do tych przejawów kryzysu dołączała się jeszcze marginalizacja w społeczeństwie ludzi przewlekle chorych i ułomnych, którzy nie mogą znaleźć dla siebie odpowiedniej przestrzeni.

To wszystko skutkowało, zdaniem Kielanowskiego, po pierwsze odchodzeniem od lekarzy państwowej służby zdrowia do praktykujących prywatnie, a po drugie poszukiwaniami pomocy u różnego rodzaju uzdrowicieli, w paramedycynie. O ile pierwsze zjawisko nie było

⁴⁶³ Ibidem, s. 7.

⁴⁶⁴ T. Kielanowski, *Antropotechnika czy medycyna*, „Argumenty” 1960, nr 5, s. 5.

⁴⁶⁵ T. Kielanowski, *Czy kryzys medycyny?*, „Tygodnik Morski” 1973, nr 51, s. 5.

jeszcze czymś problematycznym, o tyle fakt poszukiwania pomocy poza naukową medycyną stał się dla niego objawem niepokojącym i niebezpiecznym.

Kielanowski rozważając ten stan rzeczy, szukał przyczyn kryzysu lekarskiej *techné*. Jego zdaniem w zasadniczej mierze tkwiły one w trwałości modelu medycyny końca XIX w., modelu materialno-mechanistycznym, który skupił się na przyrodniczym aspekcie choroby i traktował ją w kategoriach wyłącznie materialistycznych. Spowodowało to zaprzestanie interesowania się subiektywnymi odczuciami chorego, jego cierpieniem, a więc wymiarem psychologicznym choroby. Doprowadziło to do kultu wymiernych badań laboratoryjnych i fascynacji możliwościami technicznymi i farmakologicznymi medycyny. Sztuka leczenia cierpień ludzkich zaczęła się przeradzać w <<rzemiosło naprawiania zepsutych maszyn ludzkich, dział techniki mogący nosić nazwę „antropotechniki naukowej” a nie medycyny w jej dawnym znaczeniu>>⁴⁶⁶. Oczywiście ani nauka, ani technika nie są złe, wręcz przeciwnie – dzięki nim dokonał się postęp pozwalający na przywracanie, przynajmniej w pewnym zakresie, zdrowia i przedłużanie życia tam, gdzie do niedawna nie było to możliwe. Najważniejszą troską w tej sytuacji stawało się dążenie, aby „nie ulec technicznemu zawrotowi głowy”⁴⁶⁷, który oddala widzenie samej osoby chorego.

Wyjście z tej kryzysowej sytuacji widział Kielanowski przede wszystkim w przywróceniu medycynie jej wymiaru humanistycznego. Dotychczasowe zdobycze i metody muszą otworzyć się na „metody nowe, wynikające z poznania nowych prawd, konkretnie prawdy, że człowiek jest niepodzielną całością, a nie sumą części, że jego subiektywizm jest w zdrowiu i chorobie elementem równie ważnym, jak wyniki badań obiektywnych i że lekarz musi mieć czas i dostateczną wiedzę, by móc sprostać prawdziwym potrzebom człowieka chorego, który wymaga czegoś więcej, niż podanie mu leku, chociażby najdoskonalszego”⁴⁶⁸.

Odczucie kryzysu związanego z naukową medycyną w drugiej połowie XX wieku było dość powszechne i krytyka Kielanowskiego wpisywała się w światowe tendencje. Trudno byłoby je tu analizować, tym bardziej że jest to zjawisko niezwykle skomplikowane i rozmaicie interpretowane. Wiąże się m. in. faktem ukazującym, że stale rosnąca liczba badań naukowych i nakładów przeznaczanych na opiekę zdrowotną, paradoksalnie, nie idzie w parze ze zmniejszaniem się współczynnika zachorowań i śmiertelności. Informował o tym na początku lat siedemdziesiątych dyrektor generalny WHO dr H. Mahler⁴⁶⁹. Wskazywał, że „nieprawdziwą okazała się lansowana zasada, że im więcej funduszy, tym więcej zdrowia”. Ponadto jego zdaniem stale „pogłębia się przepaść między pacjentem i lekarzem [...],

⁴⁶⁶ T. Kielanowski, *Antropotechnika czy medycyna*, op. cit., s.5.

⁴⁶⁷ Ibidem.

⁴⁶⁸ T. Kielanowski, *Czy kryzys medycyny?*, op. cit., s. 5.

⁴⁶⁹ H. Mahler wskazywał, że „od II wojny światowej nastąpiła eksplozja kosztów medycyny, ogromny wzrost wydatków, którym wiele krajów nie może podoleć. Nie towarzyszą mu jednak efekty zdrowotne. Jeśli wydatki na cele zdrowotne zwiększać się będą w niektórych krajach Europy w obecnym tempie, w końcu tego wieku osiągną one poziom przekraczający cały dzisiejszy dochód narodowy tych krajów”. Cyt. za: R. Bańkowicz, *Dostrzec człowieka*, „Służba Zdrowia” 1977, nr 38.

zachodnie uczelnie produkują lekarzy żywiących irracjonalne przekonanie o najwyższej randze techniki i zaszczepiających to przekonanie pacjentom, z oczywistą szkodą dla nich”⁴⁷⁰.

Autorzy książki „Filozofia medycyny”⁴⁷¹ w swojej analizie przełomu dokonującego się w medycynie odwołują się do koncepcji rozwoju nauki Thomasa Kuhna⁴⁷² i upowszechnionego przez niego pojęcia paradygmatu, jako zbioru przesłanek naukowego myślenia, określającego strukturę, w obrębie której poruszają się uczeni.

Paradygmat obejmuje m. in.:

- znaczenie fundamentalnych pojęć – w medycynie pojęcia zdrowia i choroby,
- granice obszaru prawomocnych badań – oddzielające zagadnienia uznawane za medyczne od innych,
- podstawowe teorie – np. mechaniczny model choroby,
- metody badań i wartości uznawane przez ludzi danej dyscypliny nauki.

Paradygmat wyznacza obszar tego, co zakładane w danej dziedzinie, niewykładane wprost, ale zawarte w treści publikacji naukowych – dlatego też nazywane przez Kuhna „wiedzą utajoną” społeczności naukowej. Przez długie okresy paradygmat nauki nie zmienia się i uczeni rozwiązują problemy w obrębie aparatury pojęciowej tego paradygmatu. Okresy te Kuhn nazywał okresami normalnej nauki. Z czasem zaczynają się pojawiać anomalie, fakty niezgodne z teorią – nie od razu prowadzą one do zmiany paradygmatu, często próbuje się je w jakiś sposób uzgodnić z teorią, bądź się je bagatelizuje⁴⁷³. W miarę ich narastania paradygmat ulega osłabieniu, w końcu dochodzi do załamania i pojawia się kryzys w nauce – okres niepewności, rywalizujących szkół i dyskusji – a w konsekwencji faza rewolucji naukowej⁴⁷⁴ i ukształtowanie się nowego paradygmatu konsolidującego większą liczbę uczonych. Do zarzucenia jednej teorii, a przyjęcia innej doprowadza głównie „współzawodnictwo między poszczególnymi odłami środowiska naukowego”⁴⁷⁵. Dlatego też nauka nie rozwija się akumulacyjnie, stopniowo, lecz skokami, rewolucyjnie.

Pomijając kwestię, że koncepcja Kuhna spotkała się z licznymi zarzutami (przewaga czynników irracjonalnych w rozwoju nauki, wieloznaczność terminologii), warto zatrzymać się nad zastosowaniem pojęcia paradygmatu w odniesieniu do medycyny⁴⁷⁶. Autorzy „Filozofii medycyny” twierdzą, że idea paradygmatu obecna jest w medycynie w nie mniejszym stopniu niż w innych naukach, dlatego jednym z zadań filozofa medycyny jest analiza składnika „utajonej” wiedzy medycznej. Paradygmatyczny fundament współczesnej praktyki klinicznej jest znacznie mniej pewny niż kilkadziesiąt lat temu „i chociaż nie

⁴⁷⁰ Ibidem.

⁴⁷¹ H.R. Wulff, S.A. Pedersen, R. Rosenberg, *Filozofia medycyny*, tłum. Z. Szawarski, Warszawa 1993.

⁴⁷² Zob. T. Kuhn, *Struktura rewolucji naukowych*, tłum. H. Ostromęcka, Warszawa 2001.

⁴⁷³ Zob. ibidem, s. 102-103.

⁴⁷⁴ Ibidem, s. 167 nast.

⁴⁷⁵ Cyt. za: S. Kamiński, *Pojęcie nauki i klasyfikacja nauk*, Lublin 1981, s. 159.

⁴⁷⁶ Należy zwrócić uwagę, iż Kuhn analizował rozwój nauk teoretycznych (fizyki, chemii, astronomii), a medycyna jest nie tylko teorią, ale i sztuką, a więc kliniką i praktyką lekarską; z drugiej strony składa się na nią wiele dyscyplin szczegółowych – można by więc mówić ewentualnie o układzie powiązanych paradygmatów, na których myślenie medyczne się opiera.

oczekujemy w tym wypadku rewolucji w rozumieniu Kuhna, mamy wszelkie podstawy, by twierdzić, że medycyna kliniczna weszła w okres paradygmatycznej niestabilności⁴⁷⁷. Oznacza to ujawnienie się sytuacji kryzysowej, w której na sile przybierają filozoficzne dyskusje nad założeniami uprawianej dyscypliny, w tym podstawowych pojęć, i analiza „paradygmatycznych” składników „utajonej wiedzy” medycznej. Dotyczy to w szczególności dwóch kwestii:

- powszechnie zakładanej mechanicznej koncepcji choroby, ukształtowanej u końca XIX w.,
- oraz biomedycznego modelu medycyny, który, czego nie można negować, był niezwykle płodny i doprowadził do ważnych odkryć (np. sulfonamidów, antybiotyków, insuliny, rozwoju nowoczesnej anestezjologii i chirurgii, etc.) i w dalszym ciągu jest w wielu aspektach efektywny.

Jednym z przejawów nowego kierunku myślenia medycznego i kwestionowania tego paradygmatu stały się moralne i filozoficzne dylematy związane z postępem technicznym medycyny i opieką medyczną. W latach sześćdziesiątych XX wieku rozwinęło się w świecie zainteresowanie problemami etyki medycznej. „Lekarze zrozumieli, że praktyka kliniczna to nie tylko przyrodnicza nauka stosowana, lecz wszelkie decyzje kliniczne zawsze odwołują się do sądów wartościujących⁴⁷⁸; był to okres konstytuowania się bioetyki jako odrębnej dyscypliny. Polskie dyskusje⁴⁷⁹, w których czołową rolę odgrywał Kielanowski i jego publikacje, nie tylko wpisywały się w ten klimat, ale go współtworzyły (choć oddziaływanie na światową literaturę nie było znaczące). Kielanowski, utożsamiając pojęcie kryzysu ze sztuką lekarską, rozumiał jego naturę trochę podobnie jak autorzy „Filozofii medycyny”, którzy swoją analizę przeprowadzali już ze zdecydowanie większego dystansu.

⁴⁷⁷ H.R. Wulff i in., *Filozofia medycyny*, op. cit., s. 26.

⁴⁷⁸ Ibidem, s. 28.

⁴⁷⁹ Warto przypomnieć, że już u progu XX w. polska szkoła filozofii medycyny, podejmując w szerokim zakresie problematykę filozofii medycyny, poddawała krytyce czysto materialno-mechaniczne podejście do człowieka i choroby.

2.3. Nowa perspektywa. Humanizm w medycynie

Tadeusz Kielanowski, dostrzegając i poddając krytyce uproszczenia i schematyzację redukcjonistycznego podejścia w medycynie, wyrażał jednocześnie przekonanie, że najważniejszym zadaniem są przemiany w obrębie sztuki medycznej, która nie może zapominać, że zajmuje się człowiekiem jako całością. Nie można więc kwestionować dorobku teoretycznych nauk medycznych, wszystkie obiektywne zdobycze medycyny dziewiętnastowiecznej z zakresu chociażby bakteriologii, anatomii patologicznej, fizjologii i wszystkie późniejsze odkrycia przyrodnicze są cenne i nie ma możliwości rezygnowania z nich. Tak samo cenny jest technologiczny postęp, w obrębie metod diagnostycznych i zabiegowych – bo dzięki temu można bez porównania więcej zrobić dla pacjentów. Należy jednak te jednostronne osiągnięcia ująć w nowej perspektywie – nie mechanistycznej, rozpoczynając od otwarcia się medycyny na wiedzę humanistyczną: psychologiczną, socjologiczną, filozoficzną. Kielanowski dawał wyraz swojemu przekonaniu, że świadomość konieczności zmiany tej perspektywy już zaistniała: „medycyna współczesna, jakby oszołomiona swoimi sukcesami docenia w teorii, ale nie docenia w praktyce faktu, że choroba człowieka jest zawsze nie tylko biologiczną, anatomiczną i fizjologiczną zmianą w narządach i płynach ustroju, ale równocześnie zawsze zmartwieniem, kłopotem, nieszczęściem, moralnym cierpieniem. Chorego trzeba nie tylko leczyć i operować. Trzeba go pocieszać, podnosić na duchu, a sztuka czynienia tego nie jest luksusem, lecz warunkiem odzyskania zdrowia. Cierpienie wywołuje niekorzystne zmiany fizjologiczne...”⁴⁸⁰. Przeradzająca się w „inżynierię ludzkiego ciała” medycyna stała się obiektywna, doskonała i chłodna – jak każda technika. Błędem było natomiast zaniedbanie badania związków między psychiką i położeniem chorego, a powstawaniem oraz przebiegiem jego choroby, czyli zaniedbanie sztuki całościowego patrzenia na cierpiącego człowieka i umiejętności przynoszenia mu ulgi.

Tym, co oddaliło lekarza od człowieka i jego cierpień, w opinii Kielanowskiego, był „bałwochwalczy kult abstrakcyjnej nauki, zła organizacja pracy i mechanizacja medycyny, jednym słowem to, co dość trafnie nazywamy dehumanizacją naszego zawodu”⁴⁸¹. Kielanowski nazywa to dehumanizacją – bo medycyna, zajmując się tak, jak zawsze człowiekiem, zagubiła aspekt jego podmiotowości. Dlatego też należy przywrócić ten utracony wymiar, uczynić ją ponownie także nauką humanistyczną, przeciwdziałając jej odczłowieczeniu i kultowi chłodnej analizy. Proces ten za P. Delore’em i neohiporetajczykami nazywa rehumanizacją medycyny⁴⁸². Motyw humanizmu w medycynie był często przywoływany w wypowiedziach Kielanowskiego. Warto podkreślić, że ostatni napisany przez niego w 1991 r. tekst nosił tytuł „O potrzebie rehumanizacji medycyny”⁴⁸³ i był

⁴⁸⁰ T. Kielanowski, *Paramedycyna*, „Kierunki” 1980, nr 14, s. 9.

⁴⁸¹ T. Kielanowski, *Renesans myśli moralnej w medycynie*, op. cit., s. 18.

⁴⁸² T. Kielanowski, *Prof. dr Pierre Delore*, op. cit., s. 2.

⁴⁸³ T. Kielanowski, *O potrzebie rehumanizacji medycyny*, [w:] *Uniwersalizm i medycyna*, pod red. K. Imielińskiego, Warszawa 1992, s. 83-85.

wyrazem troski i przesłaniem lekarza, który przeżył prawie cały wiek dwudziesty. Pisze w nim o ogromnym postępie medycyny, ale jednocześnie spadku autorytetu lekarza i wiary w medycynę naukową, mimo jej obiektywnej skuteczności, co prowadzi do rozwoju medycyny niekonwencjonalnej. Pisze, że lekarze szukając obiektywnej prawdy i coraz łatwiej uzyskując rozpoznanie za pomocą współczesnej aparatury diagnostycznej, przekonani są, że wykonali swój podstawowy obowiązek, decydujący o losach, o życiu chorego – „zapominają jednak o tym, że tak uleczalną jak i nie uleczalną chorobą nie jest dla chorego naciek zapalny czy nowotworowy, ale przede wszystkim fizyczne i moralne cierpienie. Walka z cierpieniem moralnym i fizycznym jest więc zadaniem równie ważnym i istotnym jak leki i zabiegi. Trzeba przyznać, że jest to zadanie trudne, a nierzadko bardzo trudne, ale tak niezbędne, że lekarz musi się go uczyć i musi je studiować. Jeżeli je opanuje, nie będą chorzy szukali pociechy u znachorów, ale jeżeli go nie opanuje, będzie może uczonym, fizjologiem czy fizjopatologiem, technikiem, ale nie lekarzem. Doskonalenie walki z cierpieniem jest zadaniem medycyny u progu dwudziestego pierwszego stulecia. [...] Należy uzupełnić naukę i praktykę medyczną, i - jeżeli się tak można wyrazić – humanizować lub rehumanizować sztukę lekarską, pamiętając, że człowiek nie jest maszyną, którą można naprawić tak, jak naprawiamy przedmioty”⁴⁸⁴.

Pojęcie „humanizmu” nastrocza wiele kłopotów, nie tylko ze względu na jego historyczne konteksty i warianty oraz współczesne sposoby jego rozumienia. Jest pojęciem uwikłanym często w kwestie światopoglądowe (jak np. pojęcie humanizmu socjalistycznego), a także terminem nadużywanym, stając się pustym hasłem. Józef M. Bocheński, wybitny logik i filozof, w książce „Sto zabobonów” traktującej nie tylko o światopoglądowych, przesądach i obnażającej bezpodstawność przyjmowanych mniemań, wskazywał, że humanizm to „prawdopodobnie najbardziej rozpowszechniony współcześnie zabobon. Zgodnie z rozpowszechnionymi poglądami wolno być czymkolwiek, kto chce, tylko nie wolno nie być humanistą. Humanizm jest wspólnym wierzeniem większości kaznodziei, polityków, filozofów, dziennikarzy i tym podobnych. Kto się do niego nie przyznaje, uchodzi za podłego barbarzyńcę”⁴⁸⁵. Skądinąd słuszna krytyka Bocheńskiego nadużywania idei i „uroszczeń” rozumu ludzkiego, w nieznacznym stopniu odnosi się do Kielanowskiego, któremu nie chodziło o głoszenie przekonań, ale o udoskonalenie sztuki lekarskiej.

Tadeusz Kielanowski skupiał się na zagadnieniu przywracania medycynie humanistycznego oblicza, co powinno dokonywać się na wielu płaszczyznach: w samej nauce i sztuce lekarskiej, kształceniu lekarzy, a także organizacji opieki zdrowotnej. Nie określał

⁴⁸⁴ Ibidem, s. 84.

⁴⁸⁵ Bocheński pisał dalej o humanizmie: <<Kiedy pytamy, skąd pochodzi i dlaczego zyskał sobie dzisiaj tylu zwolenników, odpowiedź brzmi, że powodem jest szukanie przez ludzi czegoś, co mogliby uważać za święte i godne uwielbienia. Człowiek wygląda na zwierzę potrzebujące jakiejś religii. Skoro więc nie wierzy w Boga, zaczyna sobie tworzyć bożka w postaci Człowieka pisanego przez wielkie „C”, staje się humanistą.>>. Zob. J. M. Bocheński, *Sto zabobonów*, Kraków 1992, s. 56 nast.

bliżej swojego rozumienia humanizmu, ale w kontekście jego wypowiedzi⁴⁸⁶ pojęcie to oznaczało przekonanie, że człowiek jest najwyższą wartością w świecie i przynależna jest mu godność. Mogąc stanowić o sobie, ma prawo do pełnego i nieskrępowanego rozwoju swoich możliwości, wynikających z rozumności, wolności i wyższej uczuciowości; jest zawsze celem i podmiotem działań. Jako lekarzowi, bliskie było mu – jak podkreślał – rozumienie humanizmu Marcina Kacprzaka, który w artykule „O humanizmie dawnym i obecnym” pisał: „Może najśluszniej jest widzieć istotę humanizmu, w każdym okresie jego rozwoju, w poglądzie człowieka na jego własne człowieczeństwo i uzewnętrznienie tego poglądu w stosunku do innego człowieka. Nie rzecz, lecz człowiek powinien być ośrodkiem zainteresowań. Humanista to człowiek, który w każdej sprawie najbardziej wzniosłej i najwięcej przyziemnej widzi przede wszystkim człowieka. [...] Dzisiejszy nasz humanizm zawiera w sobie i poglądy filozofów greckich i myśli przewodnie chrześcijaństwa, i całą naszą historię. Szlachetne myśli wielkich umysłów i serc przeszłości...”⁴⁸⁷.

W wymiarze praktycznym humanizm w medycynie musi przejawiać się w akcentowaniu podmiotowości człowieka, jego godności – nie tylko pacjenta, ale i lekarza – jego autonomii opartej na wolności i prawie do samostanowienia. Medycyna musi pamiętać, że człowiek jest integralną całością – psychofizyczną jednością, a nie złożonym mechanizmem, a jego subiektywne przeżycia i odczucia są w zdrowiu i chorobie równie ważne jak wyniki laboratoryjnych badań. Lekarz „musi, chcąc nie chcąc, widzieć człowieka całego, a wszechstronne widzenie człowieka i jego fizyczne i duchowe bogactwo, jest właśnie istotą humanizmu”⁴⁸⁸. Wiąże się z tym kwestia wrażliwości na cierpienie – humanistyczne podejście jest relacją zrozumienia i współczucia, które może być bardziej potrzebne niż lekarstwo, dlatego też istotną rolę odgrywa sama osobowość lekarza. Powinien on pielęgnować w sobie uczucie miłości do chorego. „Chodzi o to w naszym zawodzie – pisał Kielanowski – żeby poprzez technikę i ponad techniką widzieć cel, jakiemu ona służy – mianowicie człowieka, żeby nie upraszczać pojęć zdrowia i choroby do formułki technicznej. Żeby widzieć troskę człowieka chorego, jego wywołane przez chorobę kłopoty, jego strach przed zabiegiem, jego nastroje, depresje psychiczne itd., czego nam technika nie pozwala na razie zarejestrować”⁴⁸⁹.

Aby właściwe widzenie celu, jakim jest człowiek, stało się możliwe, konieczne jest odpowiednie przygotowanie przyszłych lekarzy do zawodu, odpowiednia formacja w trakcie studiów. Ideałem do osiągnięcia dla Kielanowskiego był lekarz – humanista, a wątek ten będzie powracał w znaczącej części jego wypowiedzi.

⁴⁸⁶ Zob. np.: T. Kielanowski, *Prawo człowieka do stanowienia o sobie* [w:] *Człowiek w obliczu śmierci*, op. cit., s.17-23; T. Kielanowski, *Człowiek jego ból, cierpienie i prawo do szczęścia*, op. cit., s. 15-20.

⁴⁸⁷ M. Kacprzak, *O humanizmie dawnym i obecnym*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1959, nr 41, s.1850.

⁴⁸⁸ T. Kielanowski, *Twórca doktora Knocka*, „Służba Zdrowia” 1959, nr 51-51, s. 5.

⁴⁸⁹ T. Kielanowski, *Czyżby wołanie o humanizm w medycynie było objawem wsteczności?*, „Służba Zdrowia” 1960, nr 15, s. 4.

„Żeby lekarz mógł sprostać swoim zadaniom, by stał się przyjacielem chorego, doradcą i terapeutą, nieograniczającym się do zalecania leków aptecznych, żeby wreszcie odzyskał zaufanie ludzi chorych – musi być od samego początku kształcony odmiennie niż dotychczas. Już egzamin na wydziały lekarskie budzi poważne wątpliwości”⁴⁹⁰. Kielanowski od początku organizacji uczelni medycznych brał udział w debacie dotyczącej reformy studiów lekarskich⁴⁹¹, podkreślając wagę całościowego wykształcenia, a także samego doboru kandydatów, poddając krytyce tendencje skupiania się wyłącznie na testowaniu wiedzy z zakresu biologii czy fizyki, a nie na predyspozycjach umysłu i charakteru oraz zainteresowaniach.

Sprawą zasadniczą jest humanistyczna formacja intelektualna i moralna, dzięki której lekarz zyskuje wgląd w sferę człowieczeństwa (a nie tylko somatyczną) oraz kształtuje charakter. Jeszcze pod koniec lat siedemdziesiątych pisał, że powinny powstać na wydziałach lekarskich katedry psychologii ogólnej (z psychologią kliniczną) i katedry historii kultury (z historią medycyny) – „placówki o niemniejszym ciężarze gatunkowym od instytutów interny [...], ktoś wreszcie powinien zająć się u nas filozofią medycyny, etyką i deontologią”⁴⁹². Dla Kielanowskiego psychologia, socjologia, historia medycyny, filozofia, etyka to niezbędne minimum wykształcenia. Niezwykle ważną rolę pełni u niego filozofia. Pisał wręcz, że lekarz, który nie jest także filozofem, nie jest po prostu lekarzem, ale technikiem⁴⁹³. Filozofia jest tak ważna, bo jest „dyscypliną o myśleniu” i „bez solidnej znajomości filozofii zgubimy się w mnogości faktów i nie pójdziemy ani o krok dalej”⁴⁹⁴. Wskazywał też na ogromną wagę nauczania historii medycyny ujmowanej w szerokiej perspektywie: „jestem przekonany, że bez znajomości historii nie rozumie się nic. *Magistra vitae* [...]. A lekarz szczególnie powinien wiedzieć, jak jego dyscyplina się rozwijała, żeby zrozumieć jej stan obecny, będący także tylko etapem, etapem pełnym mylnych sądów i nawet niewłaściwych technik”⁴⁹⁵. Szczególną rolę przypisywał nauczaniu etyki i formacji moralnej, która polega zasadniczo na kształtowaniu wrażliwości, współczucia – kształtowaniu sfery serca. Kielanowskiemu zawsze chodziło o spójność działań dydaktyczno-wychowawczych, stąd sprawą zasadniczą jest odpowiedni dobór kadry, a ideałem dydaktyk, który będzie mistrzem. Lekarz humanista to również człowiek o wielu zainteresowaniach. Zaciekawienie wszelkimi przejawami życia, a także pasja artystyczna to, według Kielanowskiego, cechy lekarzowi niezbędne. Oczywiście nie chodzi tu o jakiś rodzaj snobizmu, ale wiąże się z rozwijaniem wrażliwości. „Lekarz obok wiedzy fachowej musi rozumieć człowieka

⁴⁹⁰ T. Kielanowski, *O potrzebie humanistycznego wykształcenia lekarzy*, „Kwartalnik Akademii Medycznych” 1975, nr 1, s. 23.

⁴⁹¹ Zob. np.: T. Kielanowski, *Formalna i merytoryczna strona zagadnienia rewizji systemu nauczania medycyny*, „W Służbie Zdrowia” 1946, nr 3; T. Kielanowski, *Kryteria doboru kandydatów na wydziały lekarskie*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1946, nr 13.

⁴⁹² T. Kielanowski, *Antymedycyna za progiem*, op. cit., s. 7.

⁴⁹³ T. Kielanowski, *Człowiek i medycyna. Filozoficzne niepokoje*, „Argumenty” 1964, nr 12, s. 12.

⁴⁹⁴ Ibidem.

⁴⁹⁵ J. Wdowiak, *Tadeusz Kielanowski (1905-1992) a historia medycyny*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny” 1992, nr 2, s. 137.

i cierpienie ludzkie – sprawy najtrudniejsze, niewymierne, bliższe są sztuce niż fizyce i chemii”⁴⁹⁶.

Przekonanie o konieczności zmiany perspektywy w medycynie będzie czerpał Kielanowski zarówno z własnych doświadczeń lekarza klinicysty, spostrzeżeń i przemyśleń, jak i ze światowej literatury. W uzasadnianiu, że ludzka świadomość, emocje i wyobrażenia są istotną i realną częścią wszelkich zjawisk fizjologicznych i fizjopatologicznych, że w każdej chorobie trzeba brać pod uwagę zarówno aspekt somatyczny, jak i psychiczny, będzie odwoływał się do rozwijających się wtenczas nowych nurtów w medycynie: amerykańskiej medycyny psychosomatycznej, zachodnioniemieckiej medycyny fenomenologicznej i radzieckiej medycyny korowo-trzewnej, a także do teorii stresu Hansa Selye’a oraz ruchu medycyny neohipokratesowej Piotra Delore’a.

Wszystkie te ujęcia kładły nacisk na rolę osobowości, psychiki człowieka w zdrowiu i w chorobie, na rolę jego przeżyć, zespołu doświadczeń życiowych oraz społecznych interakcji. Wskazywały jednocześnie na niedostatki, tradycyjnego, redukcjonistycznego podejścia, podkreślając, że zdrowie i choroba mają wiele wymiarów. Efektem oddziaływania tych nurtów myślenia było ukształtowanie się nowego, konkurencyjnego modelu medycyny, zwanego holistycznym, systemowym lub aksjomedycznym, co łączy się z biopsychospołecznym modelem zdrowia. Istotną rolę odegrały tu prace Konrada Lorenza oraz René Dubos’a, którego poglądy były bardzo bliskie Kielanowskiemu.

W 1977 r. G. Engel opublikował w czasopiśmie „Science” przełomowy artykuł „Zapotrzebowanie na nowy model medyczny: wyzwanie dla biomedycyny”, w którym pisał – „stoimy w obliczu konieczności poszerzenia podejścia do chorób, tak aby uwzględniało ono czynniki psychospołeczne, nie rezygnując z wielkich zalet podejścia biomedycznego”⁴⁹⁷. Ten holistyczny model będzie odrzucał uproszczenia kartezyjskiego mechanicyzmu i w ogólnofilozoficznej warstwie będzie zakładał, że świat jest hierarchicznie zorganizowaną całością. Nawiązano w ten sposób do idei dawniejszych koncepcji metafizycznych ujmujących świat jako organizm i podkreślających jego dynamiczny charakter. Zwrócono się jednocześnie ku współczesnej teorii systemów. Znaczącym pojęciem jest tu kategoria harmonijnej równowagi dynamicznej, która charakteryzuje właściwe funkcjonowanie systemów naturalnych i ich układów i odnosi się również do człowieka. Z jednej strony stanowi on układ współdziałających podsystemów, z drugiej – sam stanowi podsystem większych, przede wszystkim społeczno-kulturowych, całości. W konsekwencji człowiek jest czymś więcej niż skomplikowanym organizmem biologicznym. Zupełnie inaczej są tu ujmowane podstawowe ogólnomedyczne pojęcia i teorie. I tak zdrowie nie ogranicza się do sprawności organizmu odnoszonej do kryterium normy gatunkowej, ale stanowi stan dynamicznej równowagi wielu systemów obejmującym różne poziomy funkcjonowania jednostki (np. biologiczne,

⁴⁹⁶ T. Kielanowski, *Jak wychować lekarzy-humanistów*, „Służba Zdrowia” 1957, nr 9, s. 3.

⁴⁹⁷ Cyt. za: Ch.L. Sheridan, S.A. Radmacher, *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*, op. cit., s. 6.

psychiczne, społeczne – jak w biopsychospołecznym modelu zdrowia)⁴⁹⁸. Odmienne będzie tu rozumienie celów medycyny, odmienne podejście do chorego człowieka.

Tadeusz Kielanowski nie przywoływał i nie odnosił się do trwających już później w światowej literaturze dyskusji, bliskie były mu jednak idee nurtów wcześniejszych, odgrywających prekursorską rolę wobec tych przemian. To holistyczne podejście ujawniało się w wielu poruszanych przez niego zagadnieniach, a w sposób bardzo istotny – w rozumieniu zdrowia i choroby, w ujmowaniu człowieka jako jedności psychofizycznej, w podkreślaniu roli czynników psychicznych w procesie leczenia.

⁴⁹⁸ Zob. np.: Z. Szawarski, *Mądrość i sztuka leczenia*, op. cit., s. 75 nast.; por. K. Szewczyk, *Dobro, zło i medycyna*, op. cit., s. 217 nast.

3. Zdrowie i choroba

Pojęcie zdrowia i choroby – fundamentalne dla medycyny – stanowiły i stanowią istotny problem definicyjny. Zwykle są wyjaśniane przez odniesienie do siebie, nie tylko w języku potocznym, co nie ułatwia zrozumienia ich natury i wzajemnej relacji. Chorobę przeciwstawia się zdrowiu i odwrotnie. Antagonizmy te nie tylko się wykluczają, ale też nie mogą bez siebie istnieć. Choroba jest złem, z którym medycyna walczy i usiłuje zapobiegać. Zdrowie – stanem pożądanym, dobrem, dzięki któremu możemy realizować inne dobra. Tak więc pojmowanie zdrowia najczęściej sprowadza się do braku choroby. Zdecydowało to o pragmatycznym podejściu do leczenia, „zdrowie osiąga się przez eliminację choroby”⁴⁹⁹. Sposób rozumienia tego, czym jest zdrowie i czym jest choroba w zasadniczy sposób determinuje nie tylko naukę i sztukę lekarską, ale także organizację służby zdrowia i jej podstawowe cele, a ponadto wpływa na sposób życia człowieka. Próba definiowania i zrozumienia istoty zdrowia i choroby było bardzo wiele. Zakres tych terminów jest szeroki i złożony. Mogą odnosić się one zarówno do samopoczucia człowieka, czyli do aspektu subiektywnego (np. w języku angielskim choroba określana jako *illness*) oraz stanu obiektywnego, czyli przedmiotowego punktu widzenia medycyny (*disease*)⁵⁰⁰, a także do aspektu społecznego – biorącego pod uwagę troskę o zdrowie w społeczeństwie i ukazującego potrzebę niesienia pomocy drugiemu człowiekowi w chorobie.

Tadeusz Kielanowski podkreślał, że adekwatna definicja zdrowia (a w związku z tym również choroby) związana jest z definicją życia i tak długo nie uda się ich zrozumieć, jak długo nie będzie istniała mogąca zadowolić przyrodnika i filozofa definicja życia, „dopiero z tej definicji wyłonią się poprawne definicje stanów nazywanych zdrowiem i chorobą”⁵⁰¹. Nasze rozumienie zjawiska życia jest tymczasowe, zbliżamy się jedynie do prawdy czy też może ujmujemy tylko pewne jej aspekty. Poznajemy ich coraz więcej, jednak istota życia jest wciąż nieznana, a być może w ogóle niepoznawalna. Ostrożność Kielanowskiego nie jest wyrazem sceptycyzmu i agnostycyzmu poznawczego, jest to ostrożność rozumu wynikająca z refleksji nad rozwojem nauki i przestrzegająca przed dogmatyzmem (wskazywał, że jakkolwiek byśmy rozumieli pojęcie „istota”, faktem pozostaje, że nie mamy bezpośredniego oglądu istoty rzeczy i zdani jesteśmy na ujmowanie jej przejawów).

Jego pojmowanie życia koresponduje z ujęciami organizmalno-systematowymi, które były wynikiem poszukiwania rozwiązań wobec opozycji, u progu XX wieku, między mechanicyzmem a witalizmem i jednocześnie propozycją wykraczającą poza te dwa sposoby podejścia do zagadnień biologii. Tak więc, w konsekwencji, przyjmuje określenie, że „życie jest stanem fizycznej i chemicznej równowagi chwiejnej (homeostazy) ustrojów mniej lub

⁴⁹⁹ M. Wilson, *Zdrowie, postawy i wartości*, [w:] *Sens choroby, sens śmierci, sens życia*, opr. H. Bortnowska, Kraków 1984, s. 32.

⁵⁰⁰ Zob. B. Gert, Ch. Culver, K. Clouser, *Bioetyka. Ujęcie systematyczne*, Gdańsk 2009, s. 177 nast.

⁵⁰¹ T. Kielanowski, *Zdrowie człowieka*, [w:] *Człowiek i nauka*, Warszawa 1974, s. 165.

bardziej skomplikowanych, zawsze jednak zbudowanych z białek [...]. Równowaga ta jest dlatego równowagą chwiejną, dynamiczną, ponieważ na każdą istotę żywą działają bez przerwy wpływy środowiska zewnętrznego, w którym się ona znajduje. Substancja żywa ma zdolność przywracania równowagi zachwianej działaniem wpływów zewnętrznych (np. ochładzana z zewnątrz produkuje ciepło i zachowuje stałą temperaturę), ale zdolność ta ma swoje granice, których przekroczenie objawia się jako choroba lub może prowadzić do śmierci”⁵⁰².

Najobszerniejszymi pracami Kielanowskiego, w których ogólna tematyka zdrowia i choroby jest podejmowana, poza „Propedeutyką medycyny”, są: bardzo ważne dla ogólnej refleksji nad chorobą „Elementy etiologii gruźlicy człowieka”, napisany wspólnie z Tadeuszem Bilikiewiczem artykuł „Czynniki psychiczne w zdrowiu i w chorobie” oraz rozdział „Zdrowie człowieka” w zbiorowej publikacji popularnonaukowej „Człowiek i nauka”⁵⁰³.

3.1. Choroba

Kielanowski wychodził od podstawowej konstatacji, że pojęcia „zdrowie” i „choroba” odnoszą się tylko do istot żywych, dotyczą wszystkich organizmów. Chorują wszystkie rośliny i wszystkie zwierzęta, a choroby ich są tym podobniejsze do chorób człowieka, im istota żywa jest filogenetycznie bliższa człowiekowi⁵⁰⁴. Choroba jest więc zjawiskiem powszechnym w przyrodzie, a więc jednym z objawów życia a „studiowanie mechanizmów chorobowych, czyli procesów fizjopatologicznych, biochemicznych i biofizycznych, toczących się w ustroju chorej istoty żywej, potwierdza powyższą tezę; są to procesy życiowe, toczące się także w ustroju istoty zdrowej, ale w przypadku choroby przeważnie wzmożone, a czasem zwolnione. U człowieka i zwierząt wyższych krążenie krwi, akcja serca, przemiana oddechowa, przemiana białkowa i niektóre przemiany energetyczne bywają w czasie wielu chorób – przeważnie wzmożone, inne zaś procesy, na przykład trawienie w przewodzie pokarmowym – czasem zwolnione. Różnica między stanem zdrowia a choroby jest więc fizjologicznie różnicą ilościową, choć równocześnie, w subiektywnym odczuciu człowieka, jest różnicą przeważnie jakościową”⁵⁰⁵. Choroba jest więc dynamicznym zespołem czynności organizmu wywołanych różnymi czynnikami zewnętrznymi lub wewnętrznymi.

Chorobę, w jej ogólnym i biologicznym sensie, rozpatruje Kielanowski, m. in. w „Propedeutyce medycyny”⁵⁰⁶, głównie w kategoriach czynnościowych organizmu i nazywa

⁵⁰² T. Kielanowski, *Propedeutyka medycyny*, op. cit., s. 64.

⁵⁰³ T. Kielanowski, *Elementy etiologii gruźlicy człowieka*, Warszawa 1965; T. Bilikiewicz, T. Kielanowski, *Czynniki psychiczne w zdrowiu i w chorobie*, „Zdrowie Publiczne” 1964, nr 1-2; T. Kielanowski, *Zdrowie człowieka*, [w:] *Człowiek i nauka*, op. cit.

⁵⁰⁴ Ibidem.

⁵⁰⁵ T. Kielanowski, *Zdrowie człowieka*, op. cit., s. 165.

⁵⁰⁶ Zob. T. Kielanowski, *Propedeutyka medycyny*, op. cit., s. 64 nast.

ją zjawiskiem życia wzmożonego, spowodowanego silnymi bodźcami zewnętrznymi, naruszającymi równowagę (homeostazę) i wymagającymi wyczerpanej reakcji ustroju żywego, dążącego do przywrócenia zachwianej równowagi. Innymi słowy w czasie choroby dochodzi do poważnych zmian w organizmie. Zmiany te wymagają zwiększonego wysiłku mechanizmów regulacyjnych, są odczuwane jako nieprzyjemne i stanowią skutek działania tych mechanizmów. Skutki są objawami choroby, czyli np. gorączka, dreszcze, szybsze tętno, etc. Bodźce zewnętrzne działają zawsze, przez całe życie. Zawsze są też czynne mechanizmy fizjologiczne przywracające równowagę.

Do poważniejszych odstępstw od homeostatycznych wartości przeciętnych dochodzi wówczas, gdy bodźce działające z zewnątrz są bardzo intensywne lub kiedy mechanizmy regulujące są niewydolne – sprawne u ludzi młodych, słabną wraz z wiekiem. Śmierć mogą spowodować bodźce zbyt silne, przekraczające aktualne możliwości naprawcze ustroju, ale może ona być również wynikiem słabych oddziaływań przy niewydolnych mechanizmach regulacyjnych, np. u ludzi osłabionych, starych czy małych dzieci. Niemożliwe jest skatalogowanie i sporządzenie wykazu wszystkich czynników chorobotwórczych, gdyż nadmiar lub niedobór różnych czynników zewnętrznych działających na człowieka, powoduje chorobę⁵⁰⁷.

Kielanowski podkreślał, że momentu, w którym kończy się zdrowie, a zaczyna choroba, nie da się ściśle określić ani teoretycznie, ani praktycznie właśnie dlatego, że różnica między zdrowiem a chorobą nie jest jakościowa, ale ilościowa: „ilość przechodzi w jakość (zdrowie w chorobę) wtedy, kiedy człowiek lub badający go lekarz stwierdza wyraźnie, że równowaga została zachwiana (np. temperatura ciała wynosi 38°C zamiast około 37°), albo chory odczuwa bóle w narządzie wewnętrznym, o którego istnieniu nawet dotąd nie wiedział”⁵⁰⁸.

Granica między zdrowiem a chorobą jest granicą nieostrą zarówno w obrębie chorób somatycznych, jak i psychicznych – w których jest tym bardziej płynna i trudna do uchwycenia. Ta nieostrość może dotyczyć zarówno przedmiotowego jej stwierdzenia przez lekarza w wyniku różnych metod diagnostycznych, jak i subiektywnych odczuć chorego. Można w związku z tym mówić o pewnego rodzaju kontinuum, od pełnego zdrowia aż do choroby powodującej śmierć.

W rozumieniu choroby Kielanowski odwołuje się szczególnie do pojęcia homeostazy – zdolności utrzymania stanu równowagi dynamicznej środowiska, w którym zachodzą procesy biologiczne. Pojęcie to wprowadził w latach trzydziestych Walter Cannon – jeden z głównych przedstawicieli amerykańskiej medycyny psychosomatycznej. W związku z takim ujęciem w analizie choroby dąży się do wykrycia czynnika lub czynników, które spowodowały zachwianie równowagi i do poznania mechanizmów, które tę równowagę przywracają. Choroby są zwykle wynikiem oddziaływania wielu czynników, a więc np. drobnoustroju,

⁵⁰⁷ Ibidem, s. 66.

⁵⁰⁸ Ibidem, s. 65.

konstytucji genetycznej, psychicznej, warunków życia, etc. Złożoność i wieloprzyczynowość zaburzeń organizmu stanowiły problematykę wielokrotnie poruszaną przez René Dubos'a, autora niezwykle cenionego przez Kielanowskiego. Bliska była mu także dynamiczno-adaptacyjna koncepcja zdrowia i choroby tego amerykańskiego mikrobiologa, podkreślająca, że choroba – zaburzenie równowagi, jest zarazem początkiem zdrowienia, czyli budowania nowej homeostazy. Podstawowym obowiązkiem medycyny jest oczywiście leczenie i profilaktyka; celem leczenia jest, w myśl powyższego ujęcia, udzielanie choremu pomocy w odzyskaniu zachwianej równowagi, przy udziale różnych dostępnych środków. Najwłaściwsze byłoby jednak zapobieganie chorobom, czyli profilaktyka polegająca na skupieniu się medycyny na eliminowaniu z życia czynników zaburzających harmonię, przez ich wcześniejsze rozpoznanie lub też profilaktyczne przygotowanie potencjalnych pacjentów do efektywnego zwalczania negatywnych następstw naruszenia homeostazy⁵⁰⁹.

Akcentowanie roli zaburzeń równowagi organizmu oraz wieloprzyczynowości chorób, zbliża Kielanowskiego do holistycznej i humanistycznej tradycji medycyny hipokratejskiej, tradycji ważnej dla nowych ujęć systemowych medycyny współczesnej. Stan zdrowia dla Hipokratesa wymagał zachowania równowagi między wpływami środowiska, sposobem życia oraz różnymi elementami natury człowieka. Te ostatnie zostały opisane w terminach czterech „humorów” oraz „namiętności”, które powinny pozostawać w harmonii. Jego doktrynę humorów można dziś sformułować w kategoriach równowagi chemicznej i hormonalnej, natomiast namiętności – we wzajemnych zależnościach między umysłem i ciałem⁵¹⁰. Medycyna hipokratejska podkreślała, że w chorobę zaangażowane jest życie chorego jako całość, dlatego lekarz powinien pamiętać, że zaburzeniom w jednym narządzie towarzyszą zaburzenia całego organizmu. Przyczyn choroby należy poszukiwać raczej w zespole okoliczności niż we wpływie pojedynczego czynnika. W leczeniu Hipokrates przywiązywał wagę do sił tkwiących w każdym żywym organizmie; chore ciało uruchamia siły naturalne, które dążą do przywrócenia zachwianej równowagi i do powrotu do zdrowia – nazywał je uzdrawiającą mocą natury. Do roli lekarza należało pomaganie owej *vis medica naturae* przez stworzenie najdogodniejszych warunków dla przebiegu leczenia⁵¹¹ (z czym wiązało się pojęcie „terapii”, które w języku greckim rozumiane było jako „opiekowanie się”)⁵¹².

W refleksji nad zagadnieniem zdrowia i choroby najwięcej miejsca Kielanowski poświęcił krytyce uproszczonego, redukcjonistycznego ich rozumienia oraz wskazywaniu na rolę psychiki w zdrowotnych uwarunkowaniach. U progu współczesności, wraz z postępem

⁵⁰⁹ Ibidem, s. 70.

⁵¹⁰ Zob. F. Capra, *Punkt zwrotny*, tłum. E. Woydyłło, Warszawa 1987, s. 427.

⁵¹¹ Zob. R. Dubos, *Miraże zdrowia*, tłum. T. Kielanowski, Warszawa 1962, s. 120 nast.; por.: F. Capra, *Punkt zwrotny*, op. cit., s. 424 nast.

⁵¹² Zob. R. Dubos, *Miraże zdrowia*, op. cit., s. 124; Nie wszyscy lekarze starożytni podzielali przekonania o leczących siłach natury – niektórzy, jak później Asklepiades w Rzymie, uważali, że postawa Hipokratesa była zbyt wyczekująca, choroby wymagają leczenia bardziej aktywnego.

medycyny i w miarę czynionych odkryć, choroby zaczęto kojarzyć z różnymi czynnikami⁵¹³. W XIX wieku najpierw z uszkodzeniami i zmianami anatomicznymi⁵¹⁴, później, w miarę rozwoju fizjologii, także ze zmianami fizjologicznymi⁵¹⁵. Szczególne znaczenie nabrał jednak rozwój mikrobiologii i odkrycia dokonane przez Ludwika Pasteura i Roberta Kocha. Przeprowadzono więc nową klasyfikację, biorąc za kryterium rodzaj czynnika zakaźnego⁵¹⁶. Był to niezwykle istotny moment w historii medycyny i klasyfikacji chorób. Po raz pierwszy można było etiologicznie zdefiniować wiele jednostek chorobowych oraz wydawało się, że potwierdzono zasadę, iż każda choroba ma tylko jedną przyczynę. Za aksjomat uznano słynną triadę Kocha: bakteria – choroba – lek przeciwbakteryjny, wskazującą, że choroby wywołane są przez jedną, tzw. swoistą przyczynę, a leczenie polega na zastosowaniu środków, które tę przyczynę zwalczą.

Koncepcja ta, zwana „teorią specyficzej etiologii” chorób zakaźnych (lub też specyficzną teorią choroby), głosiła, że konkretnej jednostce chorobowej odpowiada jedna wywołująca ją przyczyna, np. gruźlicę wywołuje prątek Kocha. Liczba przyczyn, tak jak chorób, w myśl tej teorii miała być poznawalna i ograniczona. Pod wpływem rozwoju bakteriologii rozumienie etiologii – nauki o przyczynach chorób, ulega zawężeniu tak, że pojęcie przyczyny choroby staje się wręcz synonimem zakażenia. Dzięki takiemu uproszczeniu jako pewne utrwaliło się przekonanie o istnieniu prostych przyczyn chorób i w związku z tym o skutecznych, po prawidłowym rozpoznaniu, sposobach leczenia. Stany chorobowe wywoływane eksperymentalnie na zwierzętach poddawanych działaniu jednego czynnika (np. zakażenie drobnoustrojem) uważano za modele chorób człowieka. Dopiero później okazało się, że mimo podobieństw istnieje wiele różnic, m. in. znaczącą rolę w obrazie choroby u człowieka odgrywa jego sfera psychiczna.

Skupienie się na poszukiwaniu konkretnych przyczyn, w myśl teorii specyficzej etiologii, rzeczywiście przyniosło sukcesy, jak chociażby wprowadzanie szczepień ochronnych w miarę wyizolowywania czynników chorobotwórczych. Jednakże pozostawało wiele spraw niewyjaśnionych, które nie mieściły się w tym prostym schemacie. Panująca od okresu pozytywizmu, atmosfera ścisłości i precyzji odrzucała wszelkie spekulacje czy wręcz filozofię⁵¹⁷. Do powodzenia teorii specyficzej etiologii przyczyniła się również nauka Darwina o powszechnej w przyrodzie walce o byt, w której zwycięża silniejszy – analogicznie,

⁵¹³ Wiązało się to z kolei w sposób istotny z klasyfikacją jednostek chorobowych, która pierwotnie opierała się na obrazie klinicznym choroby (np. suchoty, puchlina wodna).

⁵¹⁴ Stąd m. in. nazwa gruźlicy czy wrzodu żołądka;

⁵¹⁵ Np. cukrzycę definiowano jako zaburzenie w metabolizmie węglowodanów; określono też nowe jednostki chorobowe, jak chociażby nadciśnienie tętnicze.

⁵¹⁶ Klasyfikacja chorób jest nadal w dużej mierze zbiorem jednostek chorobowych definiowanych ze względu na różne kryteria: anatomiczne, fizjologiczne, mikrobiologiczne. Jest jednak nieustannie doskonalona – współcześnie, kiedy medycyna szczególnie zaczęła interesować się immunologią, pojawiły się nowe jednostki chorobowe zdefiniowane w kategoriach immunologicznych. Pierwszą z nich było AIDS – zespół nabytego braku odporności.

⁵¹⁷ C. Bernard (1813–1878), najwybitniejszy fizjolog tej epoki, mistrz eksperymentu na zwierzętach i współtwórca współczesnej medycyny mawiał, że jedyną filozofią godną człowieka nauki jest brak jakiegokolwiek filozofii. Nie zauważył, że jest to również wyraz wyznawanej koncepcji filozoficznej.

w chorobach zakaźnych, walczą agresywne mikroorganizmy z makroorganizmem, aż do unicestwienia przeciwnika, śmierci człowieka lub drobnoustrojów. To z kolei prowadziło do swoistej „paniki bakteryjnej” zrodzonej w okresie wielkich odkryć Pasteura. Dopiero później okazało się, że w przyrodzie znacznie częściej dochodzi do wzajemnie korzystnego współżycia niż konfliktu, a mikrobiolodzy wskazywali, że człowiek żyje w zupełnej zgodzie z wieloma gatunkami bakterii czy też często zakaża się zupełnie bezkarnie.

„Dziś wiemy – pisał Kielanowski – że były to wszystko uproszczenia, że choroba zakaźna bynajmniej nie zawsze jest bezpośrednim następstwem agresji z zewnątrz. Wiemy, że podział drobnoustrojów na chorobotwórcze i niechorobotwórcze nie odpowiada żadnej przyrodniczej, ani w węższym znaczeniu, medycznej, rzeczywistości i że zakażenia bezobjawowe odgrywają w patologii człowieka nader ważną rolę. Wiemy o tym, ale nie w pełni uświadamiamy sobie wszystkie wpływające z tego konsekwencje”⁵¹⁸.

Problematyka przyczynowości w medycynie szczególnie interesowała Kielanowskiego jako ftyzjatrę. Poświęcił jej książkę „Elementy etiologii gruźlicy człowieka”, w której poddał wnikliwej krytyce teorię specyficjnej etiologii i jej twierdzenie, że jedyną czy też najważniejszą przyczyną zachorowania na gruźlicę jest zakażenie *mycobacterium tuberculosis*, ponieważ „choroba gruźlicza człowieka jest następstwem splotu (konstelacji) wielu okoliczności różnej natury, a nie tylko samego zakażenia prątkiem Kocha”⁵¹⁹. W związku z tym pytał: „Czy wolno jednak wobec tego nazywać zakażenie prątkiem Kocha przyczyną choroby gruźliczej człowieka, a jedynie leczenie przeciwaprątkowe leczeniem przyczynowym?”⁵²⁰.

Kielanowski zwracał uwagę na to, że w myśl teorii specyficjności chorób nie sposób wyjaśnić zakażenia bezobjawowego; nie sposób wyjaśnić, dlaczego lekarze ftyzjatroni nie zapadają często na gruźlicę, dlaczego współmałżonkowie zaczynają chorować zwykle w kilka miesięcy po śmierci męża lub żony, a nie w trakcie opieki nad nim, albo też ogólniej, na czym polegają prawa wygaszania lub rozwoju epidemii chorób zakaźnych, które nie jest wprost proporcjonalne do stosowania środków leczniczych i zapobiegawczych. Podkreślał, że błąd Kocha polegał głównie na tym, że chciał wyjaśnić skomplikowane zjawisko biologiczne, jakim jest choroba człowieka, za pomocą jednej prostej przyczyny, a także na tym, że z eksperymentu na zwierzęciu wyprowadził zbyt śmiało wnioski na temat choroby człowieka. Nie rozwinie się oczywiście choroba gruźlicza bez obecności prątków w organizmie człowieka, ale zakażenie nimi jest w większości przypadków zupełnie nieszkodliwe. Odnosi się to również do ogromnej części tzw. chorobotwórczych drobnoustrojów – zakażenie nimi nie równa się wystąpieniu choroby.

„Elementy etiologii gruźlicy człowieka” są wynikiem własnych obserwacji ich autora, analizy historii gruźlicy i odwołania się do współczesnych mu osiągnięć i koncepcji przede

⁵¹⁸ T. Kielanowski, *Elementy etiologii gruźlicy człowieka*, op. cit., s. 10.

⁵¹⁹ Ibidem.

⁵²⁰ Ibidem, s. 11.

wszystkim takich autorów jak: René Dubos, Hans Selye i Hipolit W. Dawydowski, którzy wykazywali, że <<liczba „przyczyn” chorobowych jest nieskończona, że te same „przyczyny” mogą wywoływać u różnych osobników różne „choroby” i na odwrót, różne „przyczyny” mogą wywoływać podobne „choroby” (np. astmę uczuleniową) zależnie od mnóstwa okoliczności niesłusznie uważanych za drugorzędne, że rzeczywistość jest znacznie bardziej skomplikowana, niż sądzili systematycy, twórcy teorii specyficzności chorób⁵²¹>>. Radziecki patolog – Hipolit Dawydowski, przeprowadzając krytykę uproszczonego, mechanistyczno-redukcyjnego pojęcia przyczyny w patologii⁵²², ukazywał, że medyczne pojęcie etiologii nie posiada żadnej analogii ani w filozofii, ani w naukach przyrodniczych. Jest nie tylko naiwne, ale hamuje dalszy rozwój nauk medycznych, które w pogoni za szczegółami zaniechały tworzenia nowych szerokich uogólnień i koncepcji.

Kielanowski z dużym uznaniem odnosił się do prac Hansa Selye’a, którego teoria stresu uzasadniała jego własne spostrzeżenia. Jednocześnie bardzo wczesnie zaadoptował ją do wyjaśniania zjawisk związanych z chorobą i jej przebiegiem. Była mu tym bardziej bliska, że badania Selye’a dotyczyły także gruźlicy. Teorię Selye’a uważał za antytezę nauki o specyfice chorób zakaźnych stworzonej przez Pasteura i Kocha⁵²³. Pojęcie stresu jest pojęciem szerokim i dotyczy przeróżnych bodźców wynikających z sytuacji wywołujących napięcia i silne emocje. Kielanowski przyjmował, że stresorami mogą być wszystkie tzw. nieswoiste czynniki wpływające indywidualnie lub w skali społecznej na rozwinięcie się gruźlicy u osób zakażonych bezobjawowo. Stresorem jest m. in. każda zmiana warunków bytowania, chociażby w ocenie obiektywnej nie była to zmiana na gorsze – tym należy według niego prawdopodobnie tłumaczyć większą zapadalność na gruźlicę płuc wśród emigrantów, robotników afrykańskich i azjatyckich osiedlających się we Francji i Anglii. Czynniki nieswoiste – pisał Kielanowski – takie jak „pesymizm chorego, poddanie się losowi, niechęć dalszego życia z różnych przyczyn, laenekowskie długotrwałe troski albo psychogeny stres w sensie Selye’a, mogą być jedną z przyczyn zrywu rozwojowego popierwotnej gruźlicy płuc i zdecydowanie pogarszać rokowanie”⁵²⁴.

Przeciwno uproszczonemu pojmowaniu etiologii chorób, a w szczególności chorób zakaźnych, występował często w swoich pracach jeden z czołowych mikrobiologów, którego wiele idei inspirowało Kielanowskiego – René Dubos. Uzasadniał on m. in., że przyczyną większości chorób współczesnej ludzkości (nerwic, alkoholizmu, narkomanii, psychoz i in.) jest zbyt szybka urbanizacja świata i zbyt szybki rozwój cywilizacji, a także to, że człowiek,

⁵²¹ T. Kielanowski, *Lekarz w obliczu ludzkiego cierpienia*, „Problemy” 1974, nr 12, s. 12.

⁵²² H. W. Dawydowski, *Problemy przyczynowości w medycynie (etiologia)*, tłum. W. Zawadzki, Warszawa 1965. Przedmowę do polskiego wydania napisał T. Kielanowski. Publikacja wzbudziła w ZSRR ogromną dyskusję tamtejszego środowiska naukowego. Zapisem tej dyskusji była książka: *Zagadnienia metodologiczne medycyny współczesnej*, pod red. G.I. Caregorodcewa – wydana w Polsce przez PZWL w 1968 r. T. Kielanowski opiniował ten przekład i również opatrzył go przedmową.

⁵²³ T. Kielanowski, *Elementy etiologii gruźlicy człowieka*, op. cit., s. 54.

⁵²⁴ Ibidem, s. 78.

mimo swojej ogromnej plastyczności, nie może się do tego sprawnie zaadaptować⁵²⁵. W duchu dubosowskiej adaptacyjnej koncepcji zdrowia Kielanowski pisał, że „prostej i pozornie logicznej teorii specyficzności chorób utrzymać się już obecnie nie da. Nie ma bowiem chorób, są tylko chorzy ludzie, a chorzy ludzie to tacy, którzy adoptują się niedostatecznie do swojego środowiska, z którym tworzą nierozdzieloną całość. Źle się adaptują bądź dlatego, że są genetycznie niedoskonali [...], bądź wskutek zbyt szybkiej zmiany warunków środowiskowych”⁵²⁶.

W zakończeniu książki o etiologii gruźlicy Kielanowski formułuje trzy bardzo ważne wnioski⁵²⁷:

- Naturalne zakażenie człowieka *Mycobacterium tuberculosis* nie wywołuje w znacznej większości wypadków żadnej postępującej choroby. Regułą jest zakażenie bezobjawowe, natomiast choroba jest wyjątkiem⁵²⁸.
- Osobnicza, nieswoista skłonność do zachorowania na gruźlicę jest uwarunkowana genetycznie⁵²⁹.
- Każdy człowiek bezobjawowo zakażony prątkiem Kocha może zachorować na gruźlicę płuc niezależnie od wieku a „wpływ na zachorowanie wywiera nędza, pojęcie złożone z wielu elementów – natury materialnej i moralnej. Nędza wywołuje stan fizjologicznej bezbronności, nazywany stresem”⁵³⁰.

Wnioski te wiele mówią o naturze chorób w ogóle – wskazują na trzy zasadnicze elementy: swoistą przyczynę, uwarunkowania genetyczne, znaczenie różnego rodzaju przyczyn nieswoistych.

Interesującą kategorią jest tu pojęcie nędzy⁵³¹, któremu Kielanowski poświęcił wiele uwagi. Termin, który w drugiej połowie XX w. był rzadko stosowany, a już szczególnie w odniesieniu do koncepcji medycznych. Kielanowski rozumie to pojęcie szeroko, nie tylko jako niedostatek podstawowych, materialnych środków do życia. Może ono odnosić się do konkretnego człowieka, całej rodziny, grupy społecznej czy też kraju. Składają się na nią „czynniki proste, dotyczące: mieszkania i ubrania, jako ochrony przed zimnem, upałem,

⁵²⁵ T. Kielanowski, *Gruźlica nie całkiem pokonana*, „Problemy” 1974, nr 4, s. 16.

⁵²⁶ Ibidem.

⁵²⁷ Zob. T. Kielanowski, *Elementy etiologii gruźlicy człowieka*, op. cit., s. 112 nast.

⁵²⁸ T. Kielanowski wyjaśnia, że na podstawie aktualnych danych dotyczy to mieszkańców Europy środkowej w drugiej połowie XX wieku, ale w innych krajach i innych czasach mogło i może być inaczej.

⁵²⁹ W przypadku gruźlicy cecha skłonności jest raczej dominująca i kumulatywna. Jednakże wobec wymierania nosicieli (szczególnie w okresach epidemii) przed pozostawieniem potomstwa, procent osobników o skłonnościach genetycznych maleje z pokolenia na pokolenie.

⁵³⁰ Zob. T. Kielanowski, *Elementy etiologii gruźlicy człowieka*, op. cit., s. 112.

⁵³¹ Łączenie występowania gruźlicy z nędzą datuje się co najmniej od czasów rzymskich, kiedy trapiła szczególnie plebejuszy. Wg Kielanowskiego nędza tłumaczyłaby wybuchy epidemii gruźlicy w okresie początków kapitalistycznego uprzemysłowienia Europy w XIX w., choć niejasny pozostaje fakt licznych zachorowań i zgonów na gruźlicę w tym samym czasie; można by nią wytłumaczyć znaczny wzrost zachorowań i zgonów na gruźlicę w okresie obu wojen światowych.

Pojęciem nędzy przy wyjaśnianiu przyczyn gruźlicy posługiwali się ftyzjatrzy głównie przed epoką Kocha, ale używał go również Rudolf Virchow w odniesieniu do innych chorób epidemicznych. Samą gruźlicę czasem nazywano właśnie „chorobą nędzy”.

wiatrem i wilgocią i jakości odżywienia, warunków pracy i przepracowania, stopnia swobody i wolności osobistej, odczuwanego ucisku politycznego, itd. Żaden czynnik, spośród wyliczonych, istniejący samodzielnie, nie upoważnia jeszcze do rozpoznawania nędzy, ani nie bywa subiektywnie odczuwany jako nędza.[...] odczucia subiektywne ludzi znajdujących się w sytuacji, którą mamy określić, są bowiem równie istotne, jak stwierdzenia obiektywne”⁵³². Na uogólnione pojęcie nędzy składa się wiele bardzo różnych elementów „tak odmiennych, że można by pojęcie tak niedokładnie sprecyzowane uznać za nienaukowe”⁵³³.

Chodzi także o pojęcie „nędzy” moralnej, wiążące się z kwestią patologii społecznych, chociaż nie tylko, ponieważ Kielanowski ma tu na uwadze także wszelkie depresyjne czynniki psychiczne, czyli to wszystko, co rodzi stres. Stres, który jest niezwykle istotnym składnikiem sieci przyczynowej zjawiska choroby. Przy tym rozumieniu choroby wyrazistsza staje się rola tzw. nieswoistych czynników, jak „genetycznie uwarunkowana oporność człowieka, jak niedożywienie, głód, zmiany warunków bytowania, długotrwałe troski i inne czynniki, czyli stresory. [...] Jest to interpretacja znacznie bardziej skomplikowana niż prosty schemat chorobotwórczej roli zakażenia. Mimo to, a może właśnie dzięki temu, jest prawdopodobnie znacznie bliższa obiektywnej prawdzie”⁵³⁴. Wiedza o mechanizmach chorobowych współcześnie zwykle ogranicza się do pewnej liczby składników istotnych, a skuteczność leczenia zależy głównie od zlokalizowania tych składników w sieci przyczynowej. Kielanowski udowodnił, że w nauce o przyczynach choroby człowieka nie można się opierać na uproszczonym, redukcjonistycznym schemacie i identyfikować infekcji z etiologią – „pojęcie etiologii trzeba poddać gruntownej rewizji, oprzeć je o teorię jedności człowieka z przyrodą, ze światem, ze środowiskiem, w którym żyje, którego wpływom ulega bez przerwy i na który sam nieustannie wpływ wywiera”⁵³⁵ – w sformułowaniu tym pobrzmiewają echa ekologicznej i holistycznej koncepcji René Dubos.

Teoria specyficznej etiologii jest przykładem jednostronności redukcjonistycznie uprawianej medycyny i zasadniczym elementem przyjmowanej przez nią, tzw. mechanicznego modelu choroby. Krytyka teorii specyficzności wiąże się u Kielanowskiego z krytyką innych aspektów takiego podejścia. Należy podkreślić jednak, że doceniał on osiągnięcia tak uprawianej medycyny, jak chociażby lepsze poznanie budowy i mechanizmów biologicznych organizmu człowieka, postępy w leczeniu chorób i rozwój wysokospecjalistycznych technik medycznych.

Jednakże model mechaniczny zorientowany materialistycznie i deterministycznie, dokonując wielu uproszczeń o poważnych konsekwencjach praktycznych, preferuje oraz utrwała przekonanie, że człowiek jest tylko skomplikowanym biomechanizmem, a zrozumienie funkcjonowania organizmu możliwe jest przez jego redukcję do prostszych

⁵³² T. Kielanowski, *Elementy etiologii gruźlicy człowieka*, op. cit., s. 59 .

⁵³³ Ibidem, s. 58.

⁵³⁴ Ibidem, s. 118.

⁵³⁵ Ibidem.

elementów. Umysł i życie duchowe nie są więc koniecznym warunkiem jego prawidłowego działania – stąd też nie mają większego znaczenia subiektywne doznania chorego, a diagnostyka ogranicza się w zasadzie do obiektywnych badań laboratoryjnych. W tym podejściu nacisk położony jest na walkę z chorobą, gdyż zdrowie rozumie się jako jej brak. Człowiek jest zdrowy, kiedy prawidłowo funkcjonuje jako organizm biologiczny, więc uwagę skupia się na właściwym zdefiniowaniu choroby, gdzie zasadnicze znaczenie odgrywa pojęcie normy. Z chorobą mamy do czynienia, kiedy następuje istotne zaburzenie normalnych funkcji ustroju i w większości formułowanych tu definicji wskazuje się, że choroba jest odchyleniem od pewnego wzorca, normy swoistej dla danego gatunku⁵³⁶. Ustalenie prawidłowych parametrów funkcjonowania człowieka staje się więc niezwykle istotne dla wiedzy medycznej i determinuje lekarską praktykę. Badanie polega głównie na ustaleniu nieprawidłowości i odchyień od normy, diagnoza służy określeniu przyczyn tych odchyień, a leczenie na zastosowaniu środków przywracających normalne funkcje ustroju.

Identyfikowanie przyczyny choroby z nią samą, co miało miejsce w teorii specyficznej etiologii, prowadzi do zjawiska zwanego ontologizacją choroby, czyli traktowania jej jako rzeczywistego bytu istniejącego samodzielnie i niezależnie od chorego organizmu, bytu obcego i wrogiego wobec organizmu, bytu, który może zaatakować lub „dopaść” człowieka (jak np. grypa). Pacjent zostaje zredukowany w ten sposób do nośnika chorób. Podejście takie jest wyrazem skrajnie realistycznego stanowiska, rozumiejącego jednostki chorobowe trochę na wzór idei platońskich, jako idealne typy. A przecież, czemu dawał wyraz Kielanowski, nie istnieją choroby, tylko chorzy ludzie – co z kolei utożsamiane jest ze stanowiskiem nominalistycznym, wskazującym, że jednostki chorobowe są jedynie nazwami odnoszącymi się do zbioru charakterystycznych objawów.

Podejście ontologizujące wiąże się z tendencją do nadmiernego skupiania się na samej jednostce chorobowej i nie brania pod uwagę całej osoby chorego w jej konkretnym, przyrodniczym i społecznym środowisku, aczkolwiek bezpośrednio z tego podejścia nie musi wynikać⁵³⁷. Jednakże często z pola widzenia znikają tu konkretni pacjenci, a do roli pierwszoplanowej urasta sama choroba, z którą ze wszystkich sił walczą służby medyczne. Przegrana walka staje się przegraną medycyny.

Skupienie się na walce z chorobą, rozumianą w kategoriach realistycznych i mechanicznych, doprowadziło do specyficznego podejścia współczesnej medycyny, które

⁵³⁶ Zob. definicję zaproponowaną w latach 60. przez J.G. Scaddinga – „choroba to tyle co ogół odbiegających od normy zjawisk cechujących pewną grupę organizmów żywych w powiązaniu z pewną określoną wspólną cechą lub zbiorem cech, ze względu na które różnią się one od normy swoistej dla danego gatunku w taki sposób, iż jest to dla nich biologicznie niekorzystne”. Cyt. za: H.R. Wulff i in., *Filozofia medycyny*, op. cit., s. 53.

⁵³⁷ Zob. R. Gillon, *Etyka lekarska. Problemy filozoficzne*, Warszawa 1997, s. 161 nast.

M. Wilson⁵³⁸ określał mianem ideologii szpitalnej, charakteryzującej się trzema podstawowymi założeniami:

1. „Wyleczenie choroby jest ważniejsze niż troska o ludzi”.
2. „Zapewnienie zdrowia jest funkcją ekspertów” – medycyna skupia swą uwagę na konkretnym uszkodzeniu sytemu, który rozkładalny jest na części; specjalizacja jest jej siłą, bo doprowadziła do wielu odkryć.
3. „Śmierć jest najgorszą rzeczą, jaka może człowieka spotkać”, gdyż w śmierci nie ma niczego ludzkiego, jest ona niepowodzeniem medycyny i reprezentujących ją ekspertów.

Odmiennymi przesłankami kierował się Kielanowski:

1. Najważniejsza jest troska o pacjenta, przynoszenie ulgi w cierpieniu.
2. Człowiek jest niepodzielna całością, a przyczyny chorób są bardzo złożone.
3. Śmierć jest naturalnym etapem życia i należy się z nią pogodzić, a umierających otoczyć właściwą opieką.

Stanowisko Tadeusza Kielanowskiego, prezentowane w publikacjach, a także wyrażające się w jego praktyce klinicznej właściwe można nazwać antytezą tak scharakteryzowanej „ideologii szpitalnej”.

⁵³⁸ Zob. M. Wilson, *Zdrowie, postawy i wartości*, [w:] *Sens choroby, sens śmierci, sens życia*, pod red. H. Bortnowskiej, Kraków 1984, s. 32-58; por. K. Szewczyk, *Dobro, zło i medycyna. Filozoficzne podstawy bioetyki kulturowej*, Warszawa 2001, s. 229.

3.2. Rola czynników psychicznych. Choroba jako cierpienie

„Medycyna naukowa, w pogoni za łatwo uchwytnymi zdobyczami, jakimi obdarzyła ją metoda fizykochemiczna, zapomniała o świadomości człowieka, o jego subiektywizmie i niestety, także nieomal zapomniała o jego cierpieniu, tak jakby cierpienie było czymś wtórnym i ubocznym, a nie istotną częścią choroby człowieka” – mówił Kielanowski na II Konferencji Lekarzy i Humanistów⁵³⁹, zachęcając do dyskusji i poszukiwań dotyczących cierpienia oraz psychicznych uwarunkowań zdrowia i choroby, przede wszystkim w kontekście rozwoju medycyny.

Zdaniem Kielanowskiego postępujący rozwój badań nad wpływem psychiki na choroby somatyczne oraz wpływem chorób na stan psychiczny znajduje znikome odzwierciedlenie w praktyce medycznej. Jedną z przyczyn tego stanu rzeczy upatrywał w podstawach współczesnej medycyny, która oparła rozpoznanie metod leczniczych na wymiernych naukach przyrodniczych, odrzucając jednocześnie to, co nie mierzalne, a więc co wykraczające poza metodologię przyrodnozawstwa. Charakterystyczny dla epoki Pasteura, Bernarda i Virchowa scjentyzm wiązał medycynę z przekonaniem o możliwości odkrycia w bliskim czasie prostych i materialnych przyczyn chorób, a następnie ich efektywnego, przyczynowego leczenia. Szybko jednak okazało się, że uproszczone modele chorób nie odpowiadają rzeczywistości, a choroba, tak jak inne zjawiska biologiczne, jest wypadkową wielu okoliczności. Zwrócono wówczas uwagę na zagadnienie cech dziedzicznych oraz środowiskowych okoliczności sprzyjających chorobie – niedożywienie, przemęczenie, nieodpowiednia temperatura, etc. Natomiast długo odnoszono się nieufnie do wpływu na proces chorowania i zdrowienia psychiki człowieka, a więc jego emocji, przeżyć, wyobrażeń, intelektu itp. Być może w epoce, w której hołdowano temu, co mierzalne i ścisłe, obawiano się nieuchwytności i niematerialności pewnych zjawisk⁵⁴⁰.

Ponieważ człowiek stanowi całość psychofizyczną, to dualistyczny podział na *soma* i *psyche* jest podziałem sztucznym. Psychiczne i duchowe życie pacjenta powinno być dla lekarza równie ważne jak kondycja jego ciała. Według Kielanowskiego *soma* i *psyche* nie są odrębnymi częściami człowieka, lecz stanowią syntezę, są przejawami tego samego biologicznego zjawiska życia. Życie psychiczne ujawnia się w szcątkowych formach u najprostszych organizmów, u człowieka rozwinięte jest w najwyższej i najbardziej skomplikowanej formie, ale nie jest przez to czymś od niego oderwanym i przychodzącym z zewnątrz. Dlatego też pisał, że „nakazem chwili obecnej staje się więc ponowne odkrycie faktu, tak dobrze znanego lekarzom starożytnym, że człowiek stanowi niepodzielną całość, a jego życie psychiczne i jego emocje są dla zrozumienia patogenezy i higienogenezy równie ważne jak temperatura ciała, mierzona termometrem lub wyniki chemicznego czy cytologicznego badania krwi i wydzielin. Należy podkreślić, że r ó w n i e ważne, a nie

⁵³⁹ T. Kielanowski, *Człowiek, jego ból, cierpienie i prawo do szczęścia*, op. cit., s. 17.

⁵⁴⁰ Zob. T. Kielanowski, *O czym zapomniała medycyna*, „Kierunki” 1980, nr 28, s. 5.

ważniejsze, gdyż chodzi tu tylko o odmienne oblicza, odmienne wyrazy tej samej biologicznej rzeczywistości. Dlatego żadnych znakomitych zdobyczy ostatniego stulecia opartych na fizyce i chemii nie wolno odrzucać, na odwrót, należy je nadal bogacić, natomiast nadrabiać trzeba czas stracony w zakresie badania roli czynników psychicznych w zdrowiu i chorobie⁵⁴¹.

Czynniki psychiczne – świadomość, pamięć, emocje, przeżycia – odgrywają zasadniczą rolę w tzw. patogenezie, są elementami sieci przyczynowej zaistnienia choroby. Taką samą rolę odgrywają w procesie zdrowienia (higiogenezie), w terapii, gdzie od psychicznego nastawienia i pozytywnych emocji zależy bardzo wiele oraz warunkują doznawanie cierpienia i sposób jego przeżywania, jako subiektywnie doświadczana choroba.

Choroba nie jest jednak – jak pisali w artykule „Czynniki psychiczne w zdrowiu i w chorobie” Kielanowski i Bilikiewicz – „prostą, bezpośrednią reakcją narządu lub układu na proste, swoiste uszkodzenie, ale zmienionym stanem biologicznym całego ustroju. Jej istotą jest zwiększony wysiłek adaptacyjny. Truizmem jest powtarzanie hipokratesowej prawdy, że nie choruje nigdy pojedynczy narząd, ale zawsze cały człowiek. Człowiek zaś nie jest całym człowiekiem, jeżeli się pomija jego świadomość, jego życie psychiczne, zajmujące pośród fizjologicznych mechanizmów adaptacyjnych człowieka najprawdopodobniej centralną pozycję⁵⁴².

Zjawisko choroby wiąże się przede wszystkim z subiektywnymi doznaniem konkretnego człowieka. Oczywiście, często zdarzają się bezobjawowe okresy choroby (np. w chorobach nowotworowych) i osoba, która nie odczuwa dolegliwości i nic nie wie jeszcze o zaburzeniach w swoim organizmie – w kategoriach przedmiotowych, biomedycznych – jest obiektywnie chora (w rozumieniu ang. *disease*). Ludzka psychika spełnia jednak szczególną rolę, zarówno w rozwoju choroby, jak i w kwestii znaczenia, jakie jej nadaje oraz związanych z nią doznań (w rozumieniu ang. *illness*).

Analogicznie, tak jak urazy fizyczne mogą powodować reakcje psychiczne lub nawet psychiczne stany chorobowe, tak urazy psychiczne mogą być i bardzo często są przyczyną zaburzeń somatycznych. Wiele z nich, w etiologii których udowodniono udział urazów psychicznych (m. in. za sprawą nurtu medycyny psychosomatycznej), nazwano chorobami psychosomatycznymi, jak chociażby choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy. Odwołując się do empirycznych badań Hansa Seley'a nad stresem, przypomina Kielanowski, że również u zwierząt można poprzez stres wywołać np. stany chorobowe dosyć podobne do choroby wrzodowej człowieka. A przecież człowiek ze względu na niezwykle skomplikowany ośrodkowy układ nerwowy jest organizmem bez porównania czulszym na wpływ czynników psychicznych. „Wielu chorób – pisze Kielanowski – nie zaliczono jeszcze do grupy psychosomatycznych tylko dlatego, że albo brak dostatecznie przekonujących spostrzeżeń

⁵⁴¹ T. Bilikiewicz, T. Kielanowski, *Czynniki psychiczne w zdrowiu i w chorobie*, „Zdrowie Publiczne” 1964, nr 1-2, s. 21.

⁵⁴² Ibidem, s. 24.

albo brak odwagi, aby obalić pewne, zbyt mocno zakorzenione teorie i zapatrywania”⁵⁴³. Wskazuje on jednocześnie, że nie jest to dobre określenie, ponieważ zachowuje podział na *psyche* i *soma*. Właściwie każda choroba, w zaistnieniu której znaczącą rolę odgrywają czynniki psychiczne lub która sprawia, że samopoczucie psychiczne się pogarsza, może być nazwana mianem psychosomatycznej.

Kielanowski, uzasadniając bezsporny i dla wielu oczywisty fakt – chociaż nieznaną odzwierciedlenia w praktyce medycznej – istotnego wpływu sfery *psyche* na patogenezę, będzie przytaczał przykłady innych chorób, uchodzących za somatyczne, jak chociażby choroby alergiczne, w których swoisty alergen może zostać zastąpiony swoim symbolem⁵⁴⁴ i spowodować uczuleniową reakcję organizmu. *Psyche* ma ważne znaczenie nawet w chorobach zakaźnych – na co wykazywał, m. in. w „Elementach etiologii gruźlicy płuc”, poddając krytyce teorię specyficznego etiologii i dokumentując czynnikami środowiskowymi oraz emocjonalnymi urazami i stresem. Z kolei życiowe sytuacje, wymagające dużej mobilizacji, często chronią, przynajmniej na jakiś czas, przed chorobą. Tak jest w przypadku matek opiekujących się chorymi dziećmi czy też lekarzy wypełniających zawodowe czynności. Kielanowski zasadniczym wpływem czynników psychicznych wyjaśniał także oddziaływanie zdrowotne, najczęściej krótkotrwałe, różnych metod medycyny alternatywnej, gdzie istotną rolę odgrywa wiara w jej skuteczność. Tak samo traktował praktyki znachorskie i szamańskie kultur pozaeuropejskich.

Choroba dla doznającego jej człowieka jest przede wszystkim cierpieniem, które w subiektywnym odczuciu jest zasadniczą jej treścią. Kielanowski przypominał, że przez wiele stuleci chorobę określano terminem „cierpienie” i w językach europejskich cierpienie, mające oczywiście szerszy zakres, było synonimem choroby. Współcześnie jednak słowo „cierpienie” w zasadzie znikło z medycznej terminologii i zastąpiły je nazwy poszczególnych jednostek chorobowych, dlatego też znika w ogóle z lekarskiego języka, który determinowany jest „naukowym” słownictwem. „Choć cierpienia nie da się wyrazić żadnym wzorem matematycznym ani chemicznym – pisał Kielanowski – jest ono ważną, prawdziwą i istotną cechą każdej ludzkiej choroby i wymaga takiej samej uwagi ze strony lekarza jak wszystkie inne objawy, jak mikro-gram-procenty różnych substancji w płynach ustrojowych i prądy czynnościowe serca i mózgu”⁵⁴⁵.

Przeżycia chorego, jego stany psychiczne, cierpienie są nieodłączną częścią każdej choroby. W przebiegu wielu chorób, zwłaszcza przewlekłych, objawy subiektywne,

⁵⁴³ Ibidem.

⁵⁴⁴ T. Bilikiewicz i T. Kielanowski, przytaczając konkretne przykłady, wskazują na zdarzające się sytuacje, iż: „uczulony kiedyś na mąkę pszenną, choruje na widok każdego proszku, podobnego do mąki, a uczulony na pot koński – na widok fotografii konia, a nawet na poruszony w towarzyskiej rozmowie temat konia. Prosty, chemiczny mechanizm antygen – przeciwciała nie wystarcza do wytłumaczenia tych skomplikowanych zjawisk i bezskuteczne jest także chemicznie swoiste odczulanie. Natomiast skuteczna może być psychoterapia, przy czym tą psychoterapią może być na przykład, jeżeli chory w jej skuteczność wierzy, sama procedura odczulania”. Cyt. za: T. Bilikiewicz, T. Kielanowski, *Czynniki psychiczne w zdrowiu i w chorobie*, op. cit., s. 25.

⁵⁴⁵ T. Kielanowski, *Lekarz w obliczu ludzkiego cierpienia*, „Problemy” 1974, nr 12, s. 12.

np. smutek, przygnębienie, strach, a także treść rozmyślań chorego – to zdaniem Kielanowskiego – „sprawy ważne, godne obserwacji i notowania w tym samym stopniu, co szmery oskrzelowe, cienie rentgenowskie lub namacalne guzy”. Podkreślał tu niezwykle istotny fakt, że „pojawianie się lub znikanie pewnych objawów podmiotowych natury czysto afektywnej jest przeważnie znacznie czulszym i wcześniejszym miernikiem polepszenia lub pogorszenia przebiegu choroby, niż większość objawów przedmiotowych, spostrzeganych przy użyciu najczulszych aparatów pomiarowych”⁵⁴⁶.

Cierpienie – nieodłączny element kondycji człowieka, doświadczenie o szerokim zakresie i różnym natężeniu – jest pojęciem trudnym do zdefiniowania. Jako świadome przeżywanie bólu lub przykrości z powodu doznanego zła obejmuje wiele aspektów: cierpienia fizyczne (ból), psychiczne, społeczne i duchowe. Kielanowski mając na uwadze te różne aspekty, generalnie posługuje się tradycyjnym rozróżnieniem⁵⁴⁷ na cierpienie fizyczne – wtedy, gdy w jakikolwiek sposób boli ciało oraz cierpienie moralne – gdy jest natury duchowej i ma wymiar nie tylko „psychiczny”. Wymiar psychiczny towarzyszy również cierpieniom fizycznym. W mniejszym zakresie podejmował ogólnie filozoficzne refleksje nad cierpieniem, przede wszystkim skupiał się na uświadamianiu, że dla konkretnego człowieka, który staje się przedmiotem medycznych decyzji i działań, choroba jest przeżywanym cierpieniem – chory jest „bolącym ciałem”, ale najważniejsze znaczenie mają złożone uczucia, które te dolegliwości wzbudzają i znaczenie, jakie człowiek im nadaje. Nawet lekka choroba jest przyczyną wielu komplikacji związanych ze zmianą normalnego trybu życia. W przypadku chorób ciężkich, przewlekłych, a najwyraźniej w nieuleczalnych relacje między czynnikami biologicznymi, psychicznymi, społecznymi i duchowymi stają się coraz bardziej złożone, doznania coraz bardziej dotkliwe, aż po utratę chęci życia i odczucie bezsensu. Rodzą się dramatyczne pytania o sens cierpienia, o sens istnienia. Nawet wiara religijna nie chroni przed różnymi wątpliwościami. Już na poziomie radzenia sobie z bólem mamy do czynienia z niezwykle zróżnicowanymi reakcjami. O istocie choroby decyduje nie tylko indywidualne doznawanie cierpienia (gr. *pathos*), lecz także zmaganie się z cierpieniem (gr. *ponos*) i zarazem postawa względem niego.

Według Kielanowskiego świadomość tych faktów winna wyznaczać postępowanie lekarskie i podejście lekarza „gdyż dla chorego choroba nie jest żadnym zjawiskiem fizykochemicznym, ale smutnym przeżyciem, cierpieniem, nieszczęściem”⁵⁴⁸. Chory pragnie, by się nim zajęto, pragnie ulgi i pocieszenia. Cierpiący chce „widzieć lekarza, chce się przed

⁵⁴⁶ T. Kielanowski, *O reagowaniu chorych na rozpoznanie u nich gruźlicy płuc i o niektórych reakcjach afektywnych spostrzeganych w przebiegu leczenia gruźlicy*, „Postępy fizjatrii i pneumonologii” 1956, nr 1, s. 63. Kielanowski pisał dalej: „lekarze fizjatrzy, niepomni wskazań swoich wielkich mistrzów Laenneca, A. Sokołowskiego i wielu innych, grzeszyli długo i ciężko, zapominając o chorym na rzecz jego płwociny, jego odczynu opadania krwinek, jego hemogramu i radiogramu. Trudno dziś stwierdzić, kto przywołał fizjatrów do porządku, może Tomasz Mann? W każdym razie w ciągu ostatnich dwudziestu paru lat pojawiło się wiele rozpraw na temat ujmowany zwykle jako psychologia chorych na gruźlicę płuc” (s. 64).

⁵⁴⁷ Zob. np. Jan Paweł II, *List apostolski Salvifici doloris o chrześcijańskim sensie ludzkiego cierpienia* (11 II 1984 r.) [w:] *Listy pasterskie Ojca Świętego Jana Pawła II*, Kraków 1997.

⁵⁴⁸ T. Kielanowski, *Renesans myśli moralnej w medycynie...*, op. cit., s. 11.

nim wyżalić i słuchać jego słów. A na to wszystko lekarz współczesny nie tylko nie ma czasu, ale co gorsze, uważa to niejednokrotnie za prawie zbędne. Przecież to nie słowo i osoba lekarza przynoszą jego zdaniem zdrowie, ale mikroskop lub inny przyrząd, który rozpoznaje, i tabletki i ampułki, które leczą”⁵⁴⁹.

Kielanowski, odwołując się do myśli Rousseau, ale także powszechnego przekonania, wskazuje, że naturalną reakcją na cierpienie drugiego człowieka jest współczucie. To z tego współczucia zrodziła się pierwsza medycyna i lekarze. Co prawda epoka <<kultu nauki, kultu obiektywizmu i swoistego imperializmu nie lubi słowo „uczucie”. Nie współczucia trzeba choremu – sądzi się – ale ampułki penicyliny>>⁵⁵⁰. Właśnie takie podejście spowodowało odhumanizowanie medycyny i kryzys zaufania. Celem sztuki lekarskiej jest dobro cierpiącego człowieka, a nie można go zrealizować bez wrażliwości i współczucia, bez „miłości kontrolowanej rozumem”⁵⁵¹. Należy więc „odrodzić wielką sztukę lekarską zdolną koić ludzkie cierpienia”⁵⁵². Lekarz dzisiejszy, dysponujący rozległą wiedzą dotyczącą schorzeń i świetnymi podstawami nauk przyrodniczych, niestety, niewiele wie o cierpieniu (poza własnym doświadczeniem) – stąd potrzeba otwarcia się medycyny na dziedzinę humanistyki, która zdecydowanie bardziej oddaje wielowymiarowość i głębię cierpienia. Literatura, sztuka, a także filozofia ujawniają i pozwalają wnikać w świat ludzkich przeżyć. Dlatego też organizowane przez Tadeusza Kielanowskiego konferencje lekarzy i humanistów miały służyć zarówno wspólnemu odkrywaniu prawdy o człowieku oraz zbliżeniu medycyny do humanistyki. W referacie wprowadzającym do konferencji pod hasłem „Człowiek, jego ból, cierpienia i prawo do szczęścia” mówił: „Zwracamy się do humanistów, filozofów, pisarzy i poetów, plastyków i muzyków, by nam mówili o cierpieniu i szczęściu. Nikt nie umiał bowiem lepiej zrozumieć i opisać uczuć ludzkich od Mickiewicza, Goethego, Dostojewskiego, lepiej wyrazić cierpienia od Chopina w jego nokturnach czy Czajkowskiego w szóstym symfonii [...]. Nie tylko choroba jest źródłem cierpienia, choć otwiera ona wrota śmierci i jest źródłem największych mąk umierającego i jego bliskich. Nas, lekarzy interesuje jednak człowiek cierpiący wskutek choroby...”⁵⁵³.

Świat bez cierpienia i bólu jest utopią – przecież również zwierzęta doznają bólu i w jakimś sensie cierpią. Czy w związku z tym można mówić o jakiegokolwiek potrzebie i sensie cierpienia? Kielanowski nie podejmuje filozoficznych i światopoglądowych rozstrzygnięć, stwierdza jedynie niektóre podstawowe fakty. Po pierwsze – ból jest zjawiskiem naturalnym, fizjologicznym, bez którego nie możliwe byłoby życie, dla medycyny cierpienie fizyczne jest niezwykle ważnym sygnałem, o tyleż potrzebnym, o ile jest sygnałem zaburzeń

⁵⁴⁹ Ibidem.

⁵⁵⁰ Ibidem, s. 16.

⁵⁵¹ T. Kielanowski, *Gdy z medycznych słowników zniknęło słowo cierpienie*, „Życie Warszawy” 1983, nr 131. s. 3; por.: T. Kielanowski, *Człowiek, jego ból, cierpienie i prawo do szczęścia*, op. cit., s. 17.

⁵⁵² Ibidem.

⁵⁵³ T. Kielanowski, *Człowiek, jego ból, cierpienie i prawo do szczęścia*, op. cit., s. 18.

ustroju, choroby. Po jej rozpoznaniu obowiązkiem lekarza jest zwalczanie bólu⁵⁵⁴. Ból ciągły, towarzyszący chorobie nieuleczalnej, nie jest już zjawiskiem potrzebnym i celowym, rodzi tylko i potęguje udręki psychiczne i duchowe. To rozumowanie prowadzi do pojęcia „cierpień niepotrzebnych”⁵⁵⁵ czyli cierpień przede wszystkim beznadziejnie chorych, poprzedzających śmierć czyli cierpień terminalnych, „gorszych od samej śmierci”⁵⁵⁶.

Po drugie – doświadczenie cierpienia może wiązać się ze sferą rozpoznawania i odnajdywania wartości. Cierpienie, które nie przekracza pewnych granic, dla każdego innych, a więc i to wynikające z bólu i choroby, która jednak nie załamuje i nie niszczy człowieka, może w jakiś sposób rozwijać moralnie i intelektualnie, uszlachetniać, skłaniać do refleksji i stanowić bodziec do przewartościowania swojego życia, a czasem być bodźcem twórczym⁵⁵⁷. Faktem podkreślanym przez Kielanowskiego jest, że u źródeł wybitnych dzieł sztuki często znajduje się przeżywane przez ich twórców cierpienie⁵⁵⁸, również związane z niedomaganiem, niemocą, bólem i ograniczeniami cielesności. Cierpienie może zostać wysublimowane i ujawniać się w postaci mniej lub bardziej wybitnej twórczości. „Człowiek, który nigdy nie cierpiał, jest uboższy⁵⁵⁹ – pisze T. Kielanowski i dodaje – podobnie lekarz, który sam nigdy nie chorował, jest złym lekarzem”⁵⁶⁰. Cierpienie pozwala lepiej poznać siebie, ale także dostrzegać cierpienie innych, może otworzyć na inne wymiary i uporządkować hierarchię wartości. Może, ale nie jest to żadną regułą, więc „lekarz nie może zachęcać do cierpień: patrzemy na nie zupełnie z innej strony i musimy je zwalczać zawsze. Po to przychodzą do nas pacjenci”⁵⁶¹.

Ważnym zagadnieniem jest tu kwestia granic i sposobów zwalczania cierpień fizycznych – wobec coraz doskonalszych metod farmakologicznych i zabiegowych. Ważne jest również pytanie o to, czy należy zwalczać każdy, nawet przelotny ból. Kielanowski wyrażał zaniepokojenie współczesną obniżoną tolerancją na ból, cierpienie i związane z tym nadmierne używanie środków przeciwbólowych i uspokajających, co może prowadzić do nowej niebezpiecznej społecznej choroby cywilizacyjnej o nieprzewidywalnych następstwach. Ujawnia się tu także, jego zdaniem, pytanie: Czy człowiek o obniżonej wrażliwości, pod

⁵⁵⁴ T. Kielanowski, *Rozmyślania o przemijaniu*, op. cit., s. 58 nast.

⁵⁵⁵ T. Kielanowski, *Problem niepotrzebnego cierpienia*, „Studia Filozoficzne” 1963, nr 2, s.113 nast.

⁵⁵⁶ T. Kielanowski, *Rozmyślania o przemijaniu*, op. cit., s. 58.

⁵⁵⁷ Ibidem, s. 22.

⁵⁵⁸ T. Kielanowski wskazuje, że cierpienia związane z chorobą odegrały rolę w życiu i twórczości, m. in.: Fryderyka Chopina, Fryderyka Schillera (długoletnie napadowe bóle brzucha), Ludwika van Beethovena (różne dolegliwości i głuchota), Johna Keatsa (gruźlica), Karola Szymanowskiego (gruźlica płuc i krtani), Marcellego Prousta (astma oskrzelowa).

⁵⁵⁹ Jednymi z często przytaczanych przez Kielanowskiego strof jest fragment „Nocy październikowej” A. Musseta o cierpieniu, które jest nauczycielem człowieka:

„Człowiek jest czeladnikiem
A ból jego mistrzem
I nikt nie poznał samego siebie
Póki nie zaznał cierpienia”.

⁵⁶⁰ *Śmierć i cierpienie. Rozmowa z profesorem Tadeuszem Kielanowskim*, rozm. A. Sibiłak, „Argumenty” 1974, nr 46, s. 13.

⁵⁶¹ Ibidem.

wpływem leków przeciwbólowych, nie staje się równocześnie mniej wrażliwy na ból zadawany innym? Kielanowski zauważył, że np. przestrzega się przed prowadzeniem samochodu po użyciu środków uspokajających, ale nie przestrzega się przed podejmowaniem poważnych decyzji, pod ich wpływem, dotyczących innych ludzi, wyroków sądowych, decyzji politycznych, militarnych i in.⁵⁶² „Wydaje mi się – pisał w związku z tym – że nie powinniśmy nigdy zapominać, że łagodząc ból i niwecząc strach przed bólem, wkraczamy głęboko w osobowość człowieka, zmieniamy jego charakter, jego moralną naturę. Pozbawiamy go niektórych społecznie ważnych hamulców, a jednocześnie bodźców do poważnych refleksji, torujących drogę moralnemu doskonaleniu”⁵⁶³. Refleksja ta nie stoi w opozycji do podkreślanej przez niego konieczności niesienia ulgi w cierpieniu – krytykował nadużywanie środków farmakologicznych. Bólu nie da się przecież wyeliminować z życia całkowicie i do pewnego poziomu człowiek powinien sobie z cierpieniem fizycznym radzić. Wskazywał też, że gdy nie jest zbyt intensywne, to skuteczne może okazać się oddziaływanie psychoterapeutyczne, a nawet przy prostych, niezbyt bolesnych działaniach lekarskich efektywne jest odpowiednie psychiczne przygotowanie pacjenta⁵⁶⁴. Oczywiście wszystko zależy od indywidualnej sytuacji i zawsze trzeba mieć na uwadze dobro chorego.

Zupełnie inaczej przedstawia się zwalczanie cierpienia w przypadku intensywnego bólu, szczególnie beznadziejnie chorych – gdzie każdy możliwy sposób musi być zastosowany. Kielanowski zwracał uwagę na moralny problem ingerencji medycyny w świadome przeżywanie bólu i cierpienia. Zadaniem jej jest łagodzenie cierpień, jednakże czy w sytuacjach krytycznych, aż do zniesienia świadomości, analgezji? Są ludzie, którzy starają się unikać środków przeciwbólowych i euforyzujących nawet w trudnym do zniesienia cierpieniu, szczególnie w sytuacji cierpień terminalnych, i chcą przytomnie przeżywać swoje dni. Taką heroiczną postawę lekarz musi uszanować, a zawsze może dopomóc wsparciem psychicznym⁵⁶⁵.

Skoro czynniki psychiczne odgrywają tak ważną rolę wśród przyczyn chorób a także powodują, że choroba jest cierpieniem, to mają równie ważne znaczenie w leczeniu. W większości schorzeń ich przebieg ulega zmianie pod wpływem afektów i stanu umysłu pacjenta. Nawet gdy mają one znikome znaczenie przyczynowe w chorobie, to jednak zawsze mogą wpływać na jej przebieg, dynamikę i zakończenie⁵⁶⁶, na co wskazuje uważna obserwacja kliniczna. Okres hołdowania mechanistycznemu podejściu utrwalił jednak poszukiwanie jedynie zabiegowych i chemicznych metod i środków leczniczych – owych „magicznych

⁵⁶² T. Kielanowski, *Życie ludzkie bez bólu*, „Służba Zdrowia” 1978, nr 23, s. 3.; por. T. Kielanowski, *Rozmyślenia o przemijaniu*, op. cit., s. 23.

⁵⁶³ T. Kielanowski, *Życie ludzkie bez bólu*, op. cit., s. 3.;

⁵⁶⁴ Por. T. Kielanowski, *O reagowaniu chorych na rozpoznanie...*, op. cit., s. 64.

⁵⁶⁵ T. Kielanowski, *Uciec od cierpień terminalnych*, op. cit., s. 7.

⁵⁶⁶ Dzisiaj fakt ten nie jest już poddawany w wątpliwość. Np. prof. A. Florkowski pisze: „Badania prowadzone w ostatnich kilkunastu latach wykazały, że system odpornościowy ulega zmianie pod wpływem stanów psychicznych. Istnieje coraz więcej dowodów na to, że stany psychiczne takie jak: zaburzenia depresyjne i stresujące wydarzenia życiowe wiążą się ze zmianą odporności”. Zob. A. Florkowski i in., *Zaburzenia emocjonalne i psychosomatyka*, „Polski Merkuriusz Lekarski” 2008, nr 25, supl. 1, s. 49.

pocisków medycyny” według określenia R. Dobos’a⁵⁶⁷, który pisał że „leki zajęły centralną pozycję w umysłach uczonych i lekarzy, a także i laików i wytwórców nowych produktów biologicznych. Jakakolwiek byłaby natura choroby, najważniejszym zadaniem – przynajmniej w niemal powszechnym przekonaniu – jest odkrycie magicznego pocisku, który byłby zdolny osiągnąć i zniszczyć demona w ustroju człowieka”⁵⁶⁸.

Oddziaływaniu psychicznemu na pacjenta, psychoterapii, odmawiano w związku z tym jakiegokolwiek istotnego wpływu na proces leczenia, uznając, że jest co najwyżej zdawkowym pocieszaniem. Kielanowski wskazywał, że jest to postawa niezrozumiała, tym bardziej iż „dziś nikogo nie dziwi, że choroby rzekomo czysto psychiczne, schizofrenie, depresje itd., możemy leczyć wcale skutecznie metodami fizycznymi, chemicznymi, a nawet chirurgicznie, ale fakt odwrotny, a niewątpliwy, że choroby rzekomo czysto somatyczne poddają się nieraz doskonale leczeniu psychoterapeutycznemu, toruje sobie z oporami drogę do świadomości lekarzy”⁵⁶⁹.

Leczenie według Kielanowskiego jest „tym wszystkim, co robi lekarz w celu sprawienia ulgi człowiekowi cierpiącemu fizycznie lub moralnie”⁵⁷⁰. Leczenie pojmuje jako wszystkie zalecenia i zabiegi lekarskie. Poddawał krytyce współczesne tendencje wiążące leczenie wyłącznie z przewidywaną możliwością przywrócenia zdrowia. Łagodzenie cierpień jest też leczeniem – również chorych nieuleczalnie i umierających. Nazywanie działań lekarskich, łagodzących tylko objawy choroby, „postępowaniem objawowym” uważa za przejaw degradacji tego terminu. Również pojęcie psychoterapii traktuje Kielanowski szeroko, jako terapeutyczne oddziaływanie na psychikę chorego i w zasadzie nie chodziło mu o specjalistyczne działania wykwalifikowanych terapeutów (aczkolwiek mogą być pomocne), ale o psychoterapię w codziennej praktyce lekarskiej⁵⁷¹, z udziałem wszystkich przedstawicieli personelu medycznego. Najprostszą formą psychoterapii jest już właściwy, bliski i oparty na życzliwym zainteresowaniu kontakt z pacjentem i umiejętnie prowadzony dialog. A istotne znaczenie ma etos lekarza i sama jego osobowość, jego sposób zachowania, mówienia, gesty, etc. – gdyż wszystko to oddziałuje na psychikę chorego. Cechy osobowości są kwestią indywidualną, w znacznej mierze wynikiem wrodzonych predyspozycji, ale przecież również samowychowania i troski lekarza.

Właściwy medycynie „kult wzoru chemicznego” powoduje, że zmniejsza się rola wywiadu lekarskiego i zanika umiejętność jego dobrego przeprowadzenia, co przecież ma istotne znaczenie dla diagnozy (co mocno podkreślała medycyna fenomenologiczna), ale również dla oddziaływania psychoterapeutycznego. Współczesny specjalista, który potrafi wiele wyczytać z wyników laboratoryjnych, przestaje czasem w ogóle rozmawiać z chorym,

⁵⁶⁷ R. Dubos, *Miraże zdrowia*, op. cit., s. 136 nast.

⁵⁶⁸ Ibidem, s. 137.

⁵⁶⁹ T. Bilikiewicz, T. Kielanowski, *Czynniki psychiczne w zdrowiu i w chorobie*, op. cit., s. 25.

⁵⁷⁰ T. Kielanowski, *Psychoterapia terminalna*, „Problemy Dydaktyki Medycznej” 1975, nr 3, s. 83.

⁵⁷¹ Szczególnie wiele uwagi T. Kielanowski poświęcił psychoterapii beznadziejnie chorych w swojej nauce o dobrym umieraniu.

„bo nieudolnie formułowane skargi wydają mu się nudne i niepotrzebne. Ale chory tego nie rozumie i wydaje mu się, że go lekarz lekceważy, a on odczuwa przecież potrzebę wyżalenia się i opisanego swoich dolegliwości, co już samo przynosi mu ulgę”⁵⁷². A przecież obowiązkiem lekarza jest dokładne i cierpliwe wysłuchanie skarg chorego. Kielanowski przypominając zasadę Ambrożego Paré, słynnego szesnastowiecznego chirurga, określając zadania lekarza: „czasem – wyleczyć, często – ulżyć, zawsze – pocieszyć”, podkreśla, że nie straciła ona nic ze swojej aktualności. Jednak skoncentrowanie się na przedmiotowym leczeniu, powoduje, że potrzeba wzbudzenia pozytywnych emocji, dodania otuchy choremu, nadziei na wyleczenie czy też jakiejś nadziei na przyszłość⁵⁷³ jest przez lekarzy niedostrzegana. Jego zdaniem pocieszanie nie jest <<w arsenale środków lekarza monetą zdawkową, jakimś eleganckim, ale tanim opakowaniem właściwego towaru, którym jest lek, lecz jak wykazały liczne prace i badania naukowe, stanowi bardzo istotną część leczenia. Podnoszenie chorego na duchu, budzenie w nim chęci wyzdrowienia, nazywa się psychoterapią. Starzy lekarze [...] widzieli, że u chorych załamanych psychicznie choroba przebiega ciężiej i rokuje poważniej. Samo podniesienie chorego na duchu, polepszenie, jak to dawniej mówiono, jego „morale”, przywraca choremu często apetyt, poprawia sen, zmniejsza nieraz bóle i może stanowić punkt zwrotny w przebiegu choroby>>⁵⁷⁴.

Należy podkreślić, że podejmowanie i ukazywanie przez Kielanowskiego problematyki psychicznych uwarunkowań zdrowia i choroby, a także czynników społecznych – czy też szerzej – kulturowych, poprzedzało wyodrębnienie się psychologii zdrowia z końcem lat siedemdziesiątych, a także jej poprzedniczki – psychologii medycznej. Przypadało natomiast na okres formowania się socjologii medycyny, wiążącej się z rozwojem problematyki medycyny społecznej. Już w 1950 r. Kielanowski pisał, że „zaburzenia wywołane chorobą człowieka nie ograniczają się bynajmniej do zaburzeń anatomicznych i czynnościowych, choćby najbardziej bolesnych, lecz wykraczają daleko poza nie już przez sam fakt przymusowej i zwykle niespodziewanej zmiany w jego trybie życia [...]. Tak więc każdy przypadek zachorowania człowieka stwarza zagadnienie psychologiczne i zagadnienie społeczne. Chciałbym zwrócić uwagę na niedostatecznie może jeszcze doceniony fakt, że każda choroba, najbardziej zdawałoby się błaha, posiada swój aspekt psychologiczny i społeczny i że badanie tych aspektów i rozwiązywanie zagadnień, które one stwarzają, musi być w przyszłości w większej mierze niż dotąd zadaniem lekarza i współczesnej medycyny”⁵⁷⁵. Jako ftyzjatra w naturalny sposób zajmował się zagadnieniami epidemiologicznymi obejmującymi społeczne uwarunkowania zachorowań na gruźlicę, a epidemiologia była tą dziedziną, która leżała u podstaw współczesnej medycyny społecznej czy też socjologii medycyny. W latach pięćdziesiątych upowszechniała się świadomość,

⁵⁷² T. Kielanowski, *Propedeutyka medycyny*, op. cit., s. 242.

⁵⁷³ Zob. T. Kielanowski, *Etanatologia, czyli nauka o dobrej śmierci*, op. cit., s. 18.

⁵⁷⁴ T. Kielanowski, *Propedeutyka medycyny*, op. cit., s. 242.

⁵⁷⁵ T. Kielanowski, *Psychologiczne i społeczne zagadnienia gruźlicy. Próby rozwiązania ich w osiedlu Papworth w Anglii*, „Wiadomości Lekarskie” 1950, nr 3, s.83.

że niedoceniane czynniki socjokulturowe odgrywają znaczącą rolę, szczególnie w odniesieniu do coraz częstszych chorób cywilizacyjnych, co przyczyniało się do adaptacji teorii i metod nauk społecznych na użytek medycyny. Większe zainteresowania tą problematyką wywołała też szeroka dyskusja nad książką „Miraże zdrowia”, w której R. Dubos ukazywał uwarunkowanie zdrowia czynnikami otoczenia, również społecznymi, oraz konieczność zachowania równowagi między człowiekiem a środowiskiem⁵⁷⁶.

Z kolei na ukształtowanie się psychologii zdrowia, dynamicznie rozwijającej się dyscypliny, wpłynęła amerykańska medycyna psychosomatyczna i poprzedzająca ją psychologia medyczna⁵⁷⁷. Przemiany zachodzące w medycynie połowie XX wieku oraz dorobek empiryczny psychologii oraz nauk społecznych przyczyniły się do dynamiki badań nad psychospołecznymi aspektami choroby i zdrowia w odniesieniu do jednostek i społeczeństw. Wiązało się to także ze zmianami w społecznej strukturze chorób i przyczyn zgonów w krajach uprzemysłowionych, gdzie na początku wieku dominowały choroby zakaźne o ostrym i często epidemicznym przebiegu, stanowiąc jednocześnie najczęstszą przyczynę śmierci (tyfus, gruźlica, ciężkie postaci grypy). W znacznej mierze zostały one opanowane dzięki poprawie warunków sanitarnych, skutecznym szczepionkom i lekom. W połowie stulecia zaczęły przeważać, wśród przyczyn zgonów, przewlekłe choroby układu krążenia, choroby nowotworowe, udary. Ogromnie wzrosła ilość nerwic oraz chorób psychicznych. Procesy te ujawniały potrzebę odwołania się do psychologii i nauk społecznych w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych, ponieważ w chorobach tych, w porównaniu z zakaźnymi, czynniki psychospołeczne mają znacznie poważniejszy udział, zarówno w ich etiologii, przebiegu, jak i leczeniu⁵⁷⁸. Jednak – jak ukazywał Kielanowski w krytyce teorii specyficznej etiologii – również w chorobach zakaźnych przyczyny nieswoiste stanowią niezwykle istotny element sieci kauzalnej, a w przypadku gruźlicy, zakażenie jest „warunkiem, a nie przyczyną zachorowania”⁵⁷⁹.

Odkrywanie roli czynników psychicznych i społeczno-kulturowych oraz ujawnianie ich zwiększającego się, w związku z przemianami cywilizacyjnymi, wpływu na zdrowie, dowodziło, że tradycyjne redukcjonistyczne podejście do rozumienia zdrowia i choroby człowieka jest niewystarczalne. Zrodziło to potrzebę szerszego – biopsychospołecznego – rozumienia owych czynników. To kierunek, w którym pójdzie myślenie Kielanowskiego na temat fundamentalnych pojęć medycyny. Zwracał więc uwagę na zasadniczy udział nowych nurtów światowej medycyny, np. na ujawnianie znaczenia czynników psychicznych dla

⁵⁷⁶ Zob. *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, pod red. J. Barańskiego, W. Piątkowskiego, Wrocław 2002, s. 16.; Kluczową rolę w ukształtowaniu się socjologii medycyny odegrał Talcott Parsons i jego koncepcja strukturalno-funkcjonalna; w szczególności prace *System społeczny* oraz *Struktura społeczna i osobowość*.

⁵⁷⁷ Psychologia medyczna była działem psychologii stosowanej, a przedmiotem były psychologiczne aspekty powstawania, przebiegu i leczenia chorób somatycznych.

⁵⁷⁸ I. Heszen-Niejodek, *Rozwój i perspektywy psychologii zdrowia*, „Acta Universitatis Palackianae Olomucensis, Facultas Philosophica” 1998, nr 32, s. 48.

⁵⁷⁹ T. Kielanowski, *Elementy etiologii gruźlicy człowieka*, op. cit., s. 112 nast.

zdrowia oraz konieczność rozumienia człowieka jako całości. Chętnie nawiązywał do tradycji radzieckiej medycyny korowo-trzewnej, amerykańskiej medycyny psychosomatycznej i zachodniemieckiej – fenomenologicznej, a także do badań Hansa Selye'a.

Proponowały one nowe podejście wykorzystujące zarówno zdobycze fizjologii czy biochemii, jak i doświadczenia nabyte przy łóżku chorego. <<We wszystkich tych szkołach klinicznych – zauważał Kielanowski – tradycyjne podejście jest niewystarczalne. Odzyskał już chory człowiek swoją specyfikę i osobowość, a przypomniano sobie wreszcie także, że przez całe stulecia synonimem słowa „choroba” było słowo „cierpienie”>>⁵⁸⁰. Kontynuowana przez medycynę korowo-trzewną nauka Pawłowa, stanowiła dla Kielanowskiego doskonałe potwierdzenie jedności psychofizycznej człowieka, tym bardziej że zasadniczym jej rysem było oparcie się na badaniach eksperymentalnych. Prowadząc badania nad wyższymi funkcjami układu nerwowego dowodząco tu, że zarówno u ludzi, jak i zwierząt nie istnieją oderwane od siebie niezależne zjawiska psychiczne i nie psychiczne. Istnieje natomiast jedność procesów biologicznych, a ich pozorna niejednorodność jest złudzeniem. Ukazywano znaczenie chorobotwórcze lub wartość leczniczą różnych bodźców – sytuacji, wyobrażeń, słów – działających wyłącznie na psychikę człowieka, na jego korę mózgową i wyższe czynności nerwowe. Kielanowski często odwoływał się do badań Metalnikowa i Chorina, ukazujących, że za pomocą odruchów warunkowych wywołanych bodźcami psychicznymi, można w odpowiednio prowadzonym eksperymencie znacznie zwiększyć odporność zwierzęcia (poziom swoistych przeciwciał w surowicy krwi) tak, że znosi ono „bezkarnie” zakażenie zabójcze dla zwierząt „psychicznie” nieprzygotowanych⁵⁸¹.

Bardzo szeroki nurt amerykańskiej medycyny psychosomatycznej był dla Kielanowskiego źródłem wielu ważnych odkryć, ale także dostrzegał w niej pewne nieporozumienia i nadużycia. Podkreślał, że odegrała i odgrywa w medycynie klinicznej pozytywną rolę, doceniając rolę emocji i napięć psychicznych w powstawaniu i leczeniu chorób, gdyż odkrywa ponownie „ducha ludzkiego” i jego rolę w chorobach somatycznych⁵⁸². Jednak w niektórych ujęciach, staje się jednostronną doktryną akcentującą wyłącznie rolę psychiki w etiologii i leczeniu chorób, a w konsekwencji jedyną metodą leczenia staje się tu psychoterapia, a diagnostyczną – psychoanaliza.

Teoretyczną podstawą uformowanej w latach dwudziestych XX w. medycyny psychosomatycznej była freudowska koncepcja oraz obserwacje kliniczne dotyczące roli czynników psychicznych w etiologii schorzeń, nazwanych później psychosomatycznymi (choroba wrzodowa, nadciśnienie tętnicze i in.)⁵⁸³. Duże znaczenie dla Kielanowskiego miały

⁵⁸⁰ T. Kielanowski, *Lekarz w obliczu ludzkiego cierpienia*, op. cit., s. 12.

⁵⁸¹ Zob. np.: T. Bilikiewicz, T. Kielanowski, *Czynniki psychiczne w zdrowiu i w chorobie*, op. cit.

⁵⁸² Zob. T. Kielanowski, Przedmowa do wydania polskiego: A. Hutschnecker, *Chęć życia*, Warszawa 1964.

⁵⁸³ Postacią wiodącą w medycynie psychosomatycznej przez wiele lat był Franz Alexander. Wg niego istotą ujęcia psychosomatycznego w medycynie jest „integracja wyników dwóch rodzajów obserwacji człowieka, psychologicznej i fizjologicznej, które powinny być prowadzone jednocześnie, ponieważ człowiek jest złożonym mechanizmem fizjologicznym i zarazem świadomą siebie jednostką”. Cyt za: *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, op. cit., s. 46.

prace Helen Dunbar, która uzasadniała hipotezę, że osoby o określonych cechach, strukturze osobowości predestynowane są do zapadania na określone choroby (psychosomatyczne). Szczególnie odnosił się do osiągnięć Waltera Cannon, który wprowadził pojęcie homeostazy oraz „reakcji alarmowej” i był pionierem nowoczesnych badań nad fizjologicznymi mechanizmami emocji, roli autonomicznego układu nerwowego i układu hormonalnego w reakcji na sytuacje konfliktowe. Cannon ujawniając fizjologiczne mechanizmy występujące w sytuacji zagrożenia (np. wzrost ciśnienia krwi i poziomu glukozy, przyspieszenie czynności serca i oddychania) nazwał je właśnie reakcją alarmową. Reakcja ta dostarcza organizmowi potencjalnej energii mogącej służyć do zmierzenia się z trudną sytuacją. Jeżeli nie zostanie ona zużytkowana (a zagrożenie będzie trwało długo lub często się powtarzało) to przewlekłe fizjologiczne elementy emocji mogą doprowadzać do zaburzeń natury czynnościowej, a w konsekwencji spowodować uszkodzenie tkanki określonych narządów⁵⁸⁴. Warto dodać, że Kielanowski był redaktorem naukowym polskiego tłumaczenia i autorem wstępu książki „Chęć życia”, autorstwa jednego z amerykańskich psychosomatyków – Arnolda Hutschneckera. Kategoria „chęci życia” odegra pewną rolę w jego interpretacji pozytywnych emocji, które rzutują na proces zdrowienia⁵⁸⁵.

Powstała w końcu lat sześćdziesiątych w Republice Federalnej Niemiec medycyna fenomenologiczna cieszyła się szczególnym zainteresowaniem Kielanowskiego zarówno ze względu na bliskie mu, a jednocześnie inspirujące poglądy, jak i dlatego, że był to najbardziej „kliniczny” nurt, w głównej mierze oparty na pracach klinicystów, w tym internistów (Kielanowski był tłumaczem książki czołowego przedstawiciela fenomenologów K. Engelhardta – „Pacjent w swojej chorobie”). Szkoła ta była wyrazem sprzeciwu wobec dehumanizacji medycyny, jej nadmiernej obiektywizacji i technicyzacji. „Odrzuca ona wszelkie doktrynerstwo – pisał Kielanowski – a pragnie zachować wszystko, co dobre w tradycyjnej medycynie klinicznej. Opiera się na solidnej podbudowie laboratoryjno-fizykochemicznej, a także na zdobyczach medycyny radzieckiej korowo-trzewnej i amerykańskiej medycyny psychosomatycznej. Dla fenomenologów rolę w zdrowiu i chorobie człowieka odgrywają nie tylko jakieś szczególne czynniki, zwane szkodliwościami, ale wszystko co otacza człowieka, wśród czego żyje, czym się zajmuje, o czym myśli i co sobie wyobraża”⁵⁸⁶.

Nurt fenomenologiczny podkreślał, że medycyna powinna być „ześrodkowana na pacjencie”⁵⁸⁷. Podmiotem działań lekarskich jest człowiek chory, a nie któryś z jego narządów. Jednym z zarzutów jakie Engelhardt stawiał współczesnej medycynie, jest jej ahistorycyzm⁵⁸⁸

⁵⁸⁴ Zaburzenia czynnościowe powstające w wyniku działania bodźców psychicznych nazwano zaburzeniami psychofizjologicznymi, a gdy dochodzi w ich wyniku do uszkodzeń tkanki narządu, mówi się o chorobach psychosomatycznych.

⁵⁸⁵ Zob. T. Kielanowski, Przedmowa do wydania polskiego [w:] A. Hutschnecker, *Chęć życia*, op. cit.

⁵⁸⁶ T. Kielanowski, *Lekarz w obliczu ludzkiego cierpienia*, op. cit., s. 13.

⁵⁸⁷ Zob. K. Engelhardt, *Pacjent w swojej chorobie*, tłum. T. Kielanowski, Warszawa 1974, s. 13.

⁵⁸⁸ Engelhardt podejmował to zagadnienie również w kolejnej książce, omawiającej potrzebę rehumanizacji szpitala i służby zdrowia – *Chorzy w szpitalu (Kranke im Krankenhaus)*: „Zainteresowania medycyny

– a przecież każdy pacjent ma swoją biografię, historię, która uwarunkowała tę lub inną chorobę. Poznanie tych okoliczności – przebiegu, warunków i stylu życia – pozwala zrozumieć przyczyny choroby, postawić właściwą diagnozę, podjąć odpowiednie dla pacjenta leczenie i profilaktykę. Dlatego pod uwagę bierze się tu zarówno anamnezę chorego, jego subiektywny opis dolegliwości związanych z ostatnią chorobą, ale także jego życiorys, warunki rodzinne, rodzaj pracy i ewentualne konflikty, jak i wszystkie dostępne badaniu klinicznemu objawy choroby dostrzeżone przez badającego oraz wyniki badań laboratoryjnych. Na obraz choroby, w ujęciu fenomenologów, składają się objawy wywołane bezpośrednio schorzeniem organicznym (np. bóle w zaawansowanej chorobie nowotworowej), ale też stan umysłu pacjenta wraz z jego wiedzą o chorobie, jego lęki i nadzieje, zaufanie do lekarzy oraz wiele innych składników „o których nie piszą przeważnie wcale klasyczne podręczniki interny”⁵⁸⁹.

Według Tadeusza Kielanowskiego pomijanie tych licznych i ważnych okoliczności wskazywanych przez „fenomenologów”, jest przyczyną wielu niepowodzeń medycyny naukowej naszych czasów, przyczyną złych wyników terapeutycznych. W duchu tego nurtu pisał, że „na zdrowie i chorobę wpływa życie rodzinne i zawodowe chorego, chęć wyzdrowienia lub chęć ucieczki w chorobę, wspomnienia z okresu dzieciństwa, plany na przyszłość – cała ogromna masa przeżyć i wyobrażeń, cechująca człowieka, a obca zwierzęciu. [...] Człowiek, który słyszał o gruźlicy lub białaczce, przeżywa te choroby inaczej niż pacjent, który nic o nich nie wie; przeżywa je ciężiej lub lżej, zależnie od tego, co wie i co sobie wyobraża”⁵⁹⁰.

koncentrują się na dającym się zanalizować przedmiocie chorobowym. Na plan pierwszy wysuwane są anatomia patologiczna, fizjopatologia, biochemia, fizykochemiczna etiologia i patogenezę. Natomiast sam pacjent jako podmiot mający swoją indywidualną historię, swoją przeszłość i przyszłość, jest wypierany ze świadomości lekarza. Do historii pacjenta należy zaś także jego społeczny świat, bo jednostka i jej społeczna rzeczywistość tworzą nierozdzielny całość”. Cyt. za: T. Kielanowski, Przedmowa do wydania polskiego [w:] K. Engelhardt, *Pacjent w swojej chorobie*, op. cit., s. 6.

⁵⁸⁹ T. Kielanowski, Przedmowa do wydania polskiego [w:] K. Engelhardt, *Pacjent w swojej chorobie*, op. cit., s. 6.

⁵⁹⁰ T. Kielanowski, *Lekarz w obliczu ludzkiego cierpienia*, op. cit., s. 14.

3.3. Zdrowie

Zdrowie – pragnienie każdego człowieka jest wartością, która umożliwia urzeczywistnianie ludzkich projektów – jest też dobrem publicznym. Medycyna, w powszechnym rozumieniu, podejmuje walkę z chorobą, aby przywrócić utracone zdrowie i stara się chorobom zapobiegać. Akcentuje tym samym aspekt negatywny – walkę z jakimś złem, które człowieka dotyka. Dlatego też dla nauk medycznych ważniejszym stawało się zdefiniowanie choroby, gdyż właśnie z nią mają do czynienia. Aspekt pozytywny – promocja zdrowia, zdrowego stylu życia, troska o odpowiednie warunki środowiskowe i społeczne – pozostawały zwykle w tle wysuwanej na pierwszy plan naprawy tego, co uległo uszkodzeniu. Takie podejście wynikało z medycyny rozumianej w sposób redukcjonistyczny. Jednakże właśnie zachowanie zdrowia, pewnego rodzaju *status quo* (poza przypadkami chorób wrodzonych) wydaje się najważniejsze – mimo mądrych konstatacji, że człowiek nie ceni tego, czego nie utracił.

Zdrowie rozumiane jest jako wartość, jedna z najważniejszych dla człowieka, jednakże jej status i miejsce w systemie wartości rozmaicie ujmowano, np.: jako przynależącą do wartości witalnych (jak u Maxa Schelera), wartości pomniejszych w przeciwieństwie do czystych (E. Urwick), jako stan zaspokojenia potrzeb (A. Maslow), jako przedmiot preferencji (N. Rescher)⁵⁹¹, etc. Ważnym zagadnieniem pozostaje kwestia, na ile zdrowie jest wartością autoteliczną, a na ile instrumentalną. Próby różnych klasyfikacji i hierarchizacji wartości zwykle wskazują, że zdrowie nie jest wartością samą w sobie, ale służebną wobec innych. Jednocześnie jest wartością podstawową, bez której trudno realizować potrzeby, osiągać ludzkie cele i wartości wyższe. Jednak w sytuacji poważnego zagrożenia zdrowia lub jego utraty, z punktu widzenia konkretnego człowieka, staje się wartością autoteliczną. Podobnie na tę sprawę patrzy Kielanowski, nie wdając się w aksjologiczne spory, jako lekarz uznaje zdrowie za wartość wysoką, jednak podkreśla bardziej jej charakter instrumentalny wobec innych wartości w życiu, gdyż „zdrowie jest stanem pozytywnym, czyli pewną ilością cech, zezwalających na sprawne wykonywanie rozmaitych czynności życiowych i wykonywanie ich z ochotą”⁵⁹². Jednoznaczne i przekonujące ustalenie wartości zdrowia sprawia wiele trudności, m. in. dlatego, że nie wiemy dokładnie, czym zdrowie jest.

Zdrowie przynależy do tych pojęć, będących w powszechnym użyciu, co do których sądzi się, że łatwo je sprecyzować – dopóki nie okaże się, że bywa różnie rozumiane. Prób definiowania zdrowia i zrozumienia jego istoty było wiele, co pokazuje, że definicja zdrowia uwikłana jest w złożoną problematykę, w tym filozoficzną, i jest próbą objaśniania pojęcia o bardzo wysokim stopniu ogólności. Kielanowski zwracał uwagę, że pojęcie zdrowia – jako pewien konstrukt umysłu – jest umowne. W związku z tym przedstawiciele różnych nauk,

⁵⁹¹ Zob. J. Hołówka, *O pojęciu i wartości zdrowia*, [w:] *W kręgu życia i śmierci*, Warszawa 1987, na podstawie tekstów: E.J. Urwick, *The Values of Life*, Toronto 1948; A. H. Maslow, *Motivation and Personality*, New York 1959; N. Rescher, *Wedlfare*, Pittsburg 1972.

⁵⁹² T. Kielanowski, *Zdrowie człowieka*, [w:] *Człowiek i nauka*, Warszawa 1974, s. 171.

lekarze oraz filozofowie będą zwracać uwagę na odmienne jego aspekty. Ponadto pojęcie to jest zależne od kontekstu kulturowego⁵⁹³.

W kategoriach biologicznych zrozumienie, czym jest zdrowie (oraz choroba) związane jest z pojęciem życia, gdyż jest jego manifestacją⁵⁹⁴ – wskazywał Kielanowski. W tym ogólnobiologicznym podejściu, odwołując się do pojęcia homeostazy, zdrowie określa mianem stanu chwiejnej równowagi. O zdrowiu mówimy wtedy, „kiedy zmiany cech fizykochemicznych ustroju, spowodowane działaniem czynników zewnętrznych [...] są likwidowane przez mechanizmy regulacyjne natychmiast, tak że nie dochodzi do znaczniejszych odchyień od przeciętnej normy”⁵⁹⁵.

Oczywiście, zdrowie człowieka nie może ograniczać się do biomedycznych ujęć, które bywają użyteczne w praktyce medycznej, opierających się na pojęciu normy, co do której zawsze należy pamiętać, że jest wynikiem pewnej konwencji – inaczej grozi to błędami redukcjonistycznego podejścia. Należy je ująć znacznie szerzej. Interesującą propozycją dla Kielanowskiego, jest koncepcja dynamicznie ujętego, adaptacyjnego modelu zdrowia R. Dubosa, według którego miarą zdrowia są zdolności przystosowawcze systemu decydujące o sprawności, z jaką zdolny jest on odbudować zaburzoną harmonię funkcji, a choroba jest początkiem procesu zdrowienia. W duchu tej koncepcji pisze, że „wyzdrowienie równa się adaptacji do warunków środowiska”⁵⁹⁶ – a więc systemy, które nie są w stanie przystosować się do zmian chorują i w konsekwencji giną. Człowieka wyróżnia z przyrody stwarzanie własnego, sztucznego środowiska – szeroko rozumianej kultury, od którego istotnie się uzależnił. Leczenie jest również takim sztucznym sposobem adaptacji. Szybkie zmiany otoczenia wywoływane przez człowieka w celu polepszenia warunków życia prowadzą bardzo często do ubocznych, paradoksalnych efektów, m. in. niszczenia środowiska naturalnego. Zniszczenie środowiska, od którego człowiek przecież nie może zupełnie się oderwać, grozi poważnymi zaburzeniami – utratą zdolności zdrowienia, czyli zdolności do dalszych adaptacji, i w konsekwencji katastrofą. Kielanowski wyrażał nadzieję, że świadomość tych zagrożeń już istnieje⁵⁹⁷.

W poszukiwaniu adekwatnego określenia zdrowia, mając na uwadze, że dotyczy to człowieka, należy – zdaniem Kielanowskiego – uwzględnić jego psychikę i świat przez niego wykreowany. Zdrowie nie polega więc tylko na braku choroby. Wymaga m. in. „poczucia siły, zdolności do pokonywania przeszkód, czynienia bez rychłego zmęczenia wysiłków fizycznych i umysłowych, a nawet chęci do czynienia wysiłków”⁵⁹⁸. Należy dążyć do konsensusu

⁵⁹³ Zob. T. Kielanowski, *Propedeutyka medycyny*, op. cit., s. 69.

⁵⁹⁴ Zob. T. Kielanowski, *Zdrowie człowieka*, op. cit., s. 165.

⁵⁹⁵ T. Kielanowski, *Rozmyślenia o przemijaniu*, op. cit., s. 25.

⁵⁹⁶ T. Kielanowski, *Zdrowie człowieka*, op. cit., s. 173. Inspiracją dla T. Kielanowskiego była książka R. Dubos'a *Człowiek, środowisko, adaptacja*.

⁵⁹⁷ Ibidem. R. Dubos w *Pochwale różnorodności*, ukazując wyższość filozofii współpracy nad myśleniem redukcjonistycznym, prezentuje wizję filozofii Ziemi jako „uprawy Natury”. Por. K. Szewczyk, *Katastrofy przestrzeni*, Łódź 2002, s. 243 nast.

⁵⁹⁸ T. Kielanowski *Propedeutyka medycyny*, op. cit., s. 69.

w rozumieniu zdrowia, aby wypracować sposoby jego określania i badania, a w związku z tym metody przywracania i ochrony zdrowia. Ma to ważne znaczenia zarówno dla samej medycyny i służby zdrowia, jak i dla społecznych rozwiązań i polityki zdrowotnej państwa. Wskazywał, że przydatna definicja zdrowia musi pomijać teoretyczne, medyczne subtelności i uwzględniać subiektywne odczucia człowieka. Nie można w każdym razie absolutyzować biologicznie rozumianego pojęcia normy i stosować zbyt drobiazgowych obiektywnych kryteriów medycznych, bo „mogłoby się okazać, że ludzi zdrowych w ogóle nie ma”⁵⁹⁹ albo, że człowiek zdrowy, to ten, kto nie został należycie zbadany, gdyż w zasadzie u każdego można wykryć pewne niedoskonałości i drobne zaburzenia w funkcjonowaniu jego organizmu. Ale też nie można ograniczyć się tylko do kategorii dobrego samopoczucia, gdyż zdarzają się z bezobjawowe, utajone okresy schorzenia, którym nie towarzyszą odczuwalne dolegliwości.

Duże znaczenie dla Kielanowskiego miała definicja zdrowia opracowana przez Światową Organizację Zdrowia w 1946 r. i zapisana w preambule jej konstytucji. Określała ona zdrowie jako „stan pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrego samopoczucia, nie zaś tylko nieobecność choroby lub niedołęstwa”⁶⁰⁰.

Zwracał uwagę, że należy traktować ją jako definicję roboczą do czasu opracowania lepszej – co jednak może nastąpić niezbyt szybko. Mimo że spełnia ona ukazane przez niego warunki, to jej objaśnienie jest zbyt ogólne i właściwie nie pozwala lepiej zrozumieć, czym jest zdrowie, lecz jedynie wyróżnia czynniki je współtworzące, nie uściślając, co się przez nie rozumnie. Odnosił się jednak z dużą aprobatą do tego ujęcia, podkreślając, że nadaje zdrowiu cechy stanu pozytywnego i traktuje je szeroko oraz zwraca uwagę na subiektywne odczucia człowieka⁶⁰¹.

Kielanowski nie przeprowadzał szczegółowej analizy tej definicji i nie poddawał krytyce, być może w przekonaniu, że w okresie przeważającego podejścia redukcjonistycznego takie zdecydowanie bardziej humanistyczne i całościowe rozumienie zdrowia jest jego przeciwwagą, lub też nie dostrzegał jej wad. Jednak to klasyczne już ujęcie zawiera trudności, które stały się podstawą licznych krytyk⁶⁰² i nowych propozycji. Krytycy zarzucali tej definicji po pierwsze idealizację, gdyż tak rozumiane zdrowie jest praktycznie nie do osiągnięcia i może być podstawą błędnego definiowania choroby, a wszelka

⁵⁹⁹ T. Kielanowski, *Zdrowie człowieka*, op. cit., s. 166.

⁶⁰⁰ "Health is a state of complete physical, mental, and social well being and not merely the absence of disease or infirmity" (Constitution of the WHO, Geneva 1946). Ratyfikowane przez Polskę porozumienie ukazało się w Dzienniku Ustaw z 1948 r. (Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Dz. U. 1948, Nr 61, poz. 477). Powyższy *passus* został przetłumaczony następująco: „Zdrowie jest stanem zupełnej pomyślności fizycznej, umysłowej i społecznej, a nie jedynie brakiem choroby lub ułomności”. Kluczowy tutaj termin „well-being” był rozmaicie przekładany przez polskich autorów. Kielanowski tłumaczy je łagodniej, jako „dobre samopoczucie”; a inni np.: jako „doskonałe samopoczucie” (J. Hołówka, *O pojęciu i wartości zdrowia*, op. cit.), „dobrostan” (W. Jędrzychowski, *Podstawy epidemiologii*, Kraków 1993).

⁶⁰¹ T. Kielanowski, *Zdrowie człowieka*, op. cit., s. 166.

⁶⁰² D. Callahan pisał, że krytykowanie zaproponowanej przez WHO definicji zdrowia stało się w latach siedemdziesiątych rodzajem sportu. Za: W. Chańska, *Nieszczęsny dar życia. Filozofia i etyka jakości życia w medycynie współczesnej*, Wrocław 2009, s.276.

niedoskonałość traktowana byłaby jako stan choroby. Po drugie wskazywali na jej zbyt szerokie ujęcie w stosunku do zadań medycyny, co groziłoby rozszerzeniem kompetencji medycznych na wszystkie obszary życia i prowadziło do swoistego rodzaju imperializmu medycznego⁶⁰³. Kwestionowano wreszcie także jej statyczny charakter, pomijający dynamiczną naturę człowieka, oraz wieloznaczne, mgliste pojęcie dobrego samopoczucia, co stwarza trudności w operacjonalizacji tej kategorii.

Nowe ujęcia, często nawiązujące do definicji WHO, są sformułowane bardziej szczegółowo i podkreślają aspekt dynamiki zdrowia – jedne określają zdrowie jako dyspozycje (zasób, ogólną zdolność organizmu do rozwoju lub radzenia sobie), a inne jako proces poszukiwania i utrzymywania równowagi wobec obciążeń, jakie otoczenie nieustannie nakłada na organizm⁶⁰⁴. W Polsce, w okresie publicystycznej aktywności Kielanowskiego, problem definicji zdrowia podejmowali między innymi Kazimierz Dąbrowski⁶⁰⁵ i Julian Aleksandrowicz, który w 1972 r. w Krakowie zorganizował konferencję⁶⁰⁶ poświęconą zdrowiu. Zgromadziła ona uczonych różnych profesji z całego świata.

U wielu autorów wątpliwości budziło utożsamienie zdrowia z dobrym samopoczuciem psychicznym i społecznym. Nie wiadomo, na czym polega kryterium dobrostanu społecznego i czy w związku z tym wszyscy, którzy odczuwają społeczny dyskomfort, są tym samym ludźmi chorymi – łatwo tu o nadużycia, gdyż np. niezgoda na obowiązujący porządek społeczny może zostać uznana za symptom choroby, co rzeczywiście nieraz miało miejsce (losy dysydentów czy też niepokornych reformatorów)⁶⁰⁷. Równie problematyczne jest pojęcie psychicznego dobrostanu. Co prawda definicja WHO podkreślała aspekt subiektywny,

⁶⁰³ Zob. R. Gillon, *Etyka lekarska. Problemy filozoficzne*, Warszawa 1977, s. 160.

⁶⁰⁴ Zob. I. Heszen-Niejodek, *Rozwój i perspektywy psychologii zdrowia*, op. cit., s. 54.

⁶⁰⁵ Kazimierz Dąbrowski wskazywał m. in., że definicja WHO „nie ujmuje hierarchicznych i rozwojowych elementów zdrowia, kładąc główny nacisk na równowagę fizyczną (w aspekcie organizmu), na stan przyjemnościowy (aspekt psychiczny) i konformizm (aspekt społeczny); K. Dąbrowski, *Co to jest zdrowie psychiczne*, [w:] *Zdrowie psychiczne*, pod red. K. Dąbrowskiego, Warszawa 1981, s. 28.

⁶⁰⁶ Rezultatem konferencji było sformułowanie definicji zdrowia rozumianego jako proces, a nie stan; to ujęcie stało się prototypem definicji zdrowia w ujęciu holistyczno-funkcjonalnym: „Zdrowie to samosterujący proces utrzymywania równowagi pomiędzy procesami anabolizy (powstawania) i katabolizy (rozkładu) w płaszczyźnie somatycznej, integracji i dezintegracji w płaszczyźnie psychicznej, syntonii i dystonii w płaszczyźnie społecznej oraz równowagi pomiędzy tymi trzema płaszczyznami w granicach przyjętych za normalne”. Za: J. Aleksandrowicz, H. Matuszewski, *Synteza poglądów na definicję zdrowia w aspekcie rewolucji naukowo-humanistycznej* [w:] *Rewolucja naukowo-humanistyczna*, pod red. J. Aleksandrowicza, Warszawa 1974, s. 30; Kielanowski w tej konferencji najprawdopodobniej nie brał udziału.

⁶⁰⁷ Zob. H. Szabała, *Niepokoje egzystencjalne Tadeusza Kielanowskiego*, „Kwartalnik Filozoficzny” 2000, nr 3; Szabała zwracał uwagę, że w państwach bloku komunistycznego powszechny optymizm społeczny był kanonem oficjalnie obowiązującym. Wszelkie symptomy niezadowolenia traktowano wówczas jako objaw nienormalności. Chruszczow oświadczył nawet, że w ZSRR nie ma więźniów politycznych i nie ma niezadowolonych, a nieliczni, którzy wykazują niezadowolenie, to po prostu ludzie chorzy psychicznie. W tym czasie, gdy przyjęto definicję zdrowia WHO, jeden z czołowych radzieckich psychiatrów (Śnieżniewski) przedstawił nową jednostkę chorobową, tzw. schizofrenię bezobjawową, na którą „cierpieli” przede wszystkim dysydenci polityczni ówczesnego ZSRR, leczeni przymusowo w klinikach psychiatrycznych.

ale odnosi się to także do o orzekania o zdrowiu psychicznym⁶⁰⁸. Pojawia się ponadto wątpliwość, czy okresowe, złe samopoczucie psychiczne powinno być uznane za symptom choroby czy też raczej jest ono czymś naturalnym i potrzebnym w życiu człowieka – na co zwracał uwagę K. Dąbrowski⁶⁰⁹.

Kielanowski akceptując definicję WHO przyjmował, że wyznacza ona pewien idealny stan – w praktyce trudno osiągalny, a wskazujący na *optimum*. Pomiędzy zdrowiem (idealnym), chorobą i śmiercią istnieje przestrzeń stanów pośrednich⁶¹⁰, *kontinuum*, począwszy od pełnego zdrowia aż po jego utratę – możliwe jest więc określenie różnych poziomów zdrowia subiektywnie odzwierciedlanego jako lepsze lub gorsze samopoczucie. Ta stopniowalność, w odniesieniu do konkretnych osób, opiera się na różnych składowych, czyli stanie fizycznym, psychicznym i społecznym, a każda z nich zależy od właściwych dla siebie czynników. Są one ponadto od siebie uzależnione i na siebie wpływają, a więc np. dobrostan psychiczny człowieka zależy od jego samopoczucia fizycznego i społecznego⁶¹¹. Zdrowie jest więc zjawiskiem wielowymiarowym i zakłada harmonijne funkcjonowanie psychiki i ciała – zharmonizowanych ze środowiskiem.

To biopsychospołeczne rozumienie zdrowia odzwierciedla dążenia Kielanowskiego do szerszego rozumienia choroby, której nie można ograniczać do fizjologii i anatomii. Pojęcie zdrowia i choroby, związane ze sobą i odnoszące się do całego człowieka, muszą uwzględniać kontekst psychiczny i społeczno-kulturowy, wpływający na problemy zdrowotne, a który nie mieścił się w wąskich ramach modelu biomedycznego. Wykładnia WHO, mimo licznych krytyk, dla Kielanowskiego była perspektywiczną, gdyż wskazywała na potrzebę wieloaspektowego podejścia do choroby (na której definiowaniu skupiał się nurt redukcjonistyczny). Takie holistyczne ujęcie zdrowia zdecydowanie bliższe jest systemowemu modelowi medycyny, który też bardziej skupia się na definicji zdrowia i wychodzi od jego określania, ponieważ musimy najpierw wiedzieć, czym ono jest, aby wyjaśnić zjawisko choroby, która tu będzie ujęta także w kategoriach biopsychospołecznych. Trzeba podkreślić, że już w artykule z 1938 r. zatytułowanym „Rola układu nerwowego i psychiki w odporności. Próba ujęcia zagadnienia odporności z punktu widzenia teorii holizmu“, opublikowanym w „Polskiej Gazecie Lekarskiej“ zwracał uwagę na konieczność komplementarnego rozumienia człowieka.

⁶⁰⁸ Zob. T. Kielanowski, *Zdrowie człowieka*, op. cit., s. 171. Ustalenie granicy między zdrowiem a chorobą psychiczną wiąże się z wielu trudnościami i ma niezwykle poważne konsekwencje.

⁶⁰⁹ K. Dąbrowski, twórca koncepcji dezintegracji pozytywnej uważał, że człowiekowi towarzyszą na przemian okresy lepszego i gorszego samopoczucia psychicznego i pisał: „Człowiek rozwijający się musi czuć się okresowo źle, muszą go dręczyć smutki, niepokoje, depresje, konflikty wewnętrzne i zewnętrzne. Bez takich stanów nie ma rozwoju, nie ma wzrostu świadomości”. Za: K. Dąbrowski, *Co to jest zdrowie psychiczne?*, op. cit., s. 28.

⁶¹⁰ T. Kielanowski, *Zdrowie człowieka*, op. cit., s. 165.

⁶¹¹ Np. R. Dubos podkreślał, że zdrowie i choroba nie mogą być wyjaśniane wyłącznie w kategoriach stanu anatomicznego, fizjologicznego i psychicznego. Ich miarą jest zdolność jednostki do funkcjonowania w sposób „możliwy do przyjęcia przez nią samą i przez grupę, do której należy”. Zob. R. Dubos, *Miraże zdrowia*, op. cit. s. 233. J. Hołówka ukazując te zależności wskazywał, że są one skomplikowane i trudne do badania oraz do operacjonalizacji. Zob. J. Hołówka, *O pojęciu i wartości zdrowia*, op. cit., s. 85.

Podobnie, jak to ma miejsce w wielu koncepcjach systemowych medycyny, Kielanowski łączył pojęcie zdrowia z pojęciem szczęścia. Zdrowie, pozostające w ścisłym związku z pojęciem dobrego samopoczucia i sprawności, łatwo jest identyfikować z rozmaicie pojmowanym szczęściem. U Kielanowskiego związek ten jest istotny – zdrowie stanowi ważny warunek szczęścia, chociaż, jak podkreślał, nie wiemy, czym dokładnie jest szczęście⁶¹². Nie jest z nim jednak tożsamy, a w użytym przez niego sformułowaniu – „zdrowie jest szczęściem”⁶¹³ – oznacza jedno z wysokich dóbr, które można posiadać. W tym rozumieniu zdrowie pozwala zaspokajać ludzkie potrzeby i dążyć do różnych celów. Warto zauważyć, że kategoria celów będzie odgrywała ważną rolę w analizie zdrowia w nurtach holistycznie pojmowanej medycyny⁶¹⁴.

Zdrowie jest zarazem sprawą osobistą każdego człowieka oraz dobrem społecznym⁶¹⁵. Doświadczenia Kielanowskiego w walce z gruźlicą będą wiązały się ze szczególnym wyczuleniem na problem chorób społecznych i zagadnieniem zapobiegania im i walce za pomocą środków społecznych. Oczywiście problem jest o wiele szerszy – niedyspozycja chorobowa każdego człowieka nabiera charakteru publicznego ze względu na złożone interakcje społeczne, ale także na wymiar ekonomiczny. Zdrowie coraz bardziej staje się dobrem publicznym i troska o nie leży w interesie nie tylko państwa, ale jest zagadnieniem globalnym. Warto odnotować, że Kielanowski sygnalizował i poddawał refleksji⁶¹⁶ niepokojące zagadnienie rosnących kosztów medycyny – zapobiegania chorobom i leczenia – wskazując na problem „granicy absurdu” ekonomicznego, poza którą nie sposób wyjść. Według niego tendencje „totalizmu medycznego” wynikają zarówno z obejmowania przez medycynę coraz obszerniejszych sfer życia człowieka i życia publicznego, ale także ze zwiększających się społecznych wymagań zdrowotnych.

Według Kielanowskiego wiele kłopotu nastęrcza odpowiedź na pytanie, czy wraz z rozwojem nauk medycznych wzrasta w społeczeństwie poziom zdrowia i czy człowiek współczesny, żyjący statystycznie dłużej, jest tym samym zdrowszy. Zagadnienie to, tak ogólnie sformułowane, wymagałoby niezwykle szerokich, interdyscyplinarnych badań. Zwracał więc uwagę na pewne aspekty tego dylematu, wynikające m. in. z braku dostatecznie

⁶¹² T. Kielanowski, *Człowiek, jego ból i prawo do szczęścia*, op. cit., s. 19.

⁶¹³ T. Kielanowski, *Zdrowie człowieka*, op. cit., s. 166.

⁶¹⁴ Dużą popularność w systemowych ujęciach medycyny zyskała definicja zdrowia Nordenfelta, ujmująca je właśnie w kategorii celów i ukazująca związek z pojęciem szczęścia: „zdrowie jest zdolnością osiągania przez jednostkę jej życiowych celów, w standardowych okolicznościach. Życiowe zaś cele są takimi stanami rzeczy, których realizacja jest jednocześnie konieczna i wystarczająca dla minimalnego dobrostanu jednostki. W przypadku człowieka dobrostan jest tożsamy ze szczęściem”. Cyt. za: K. Szewczyk, *Dobro, zło i medycyna*, op. cit., s. 241.

Natomiast już o wiele wcześniej R. Dubos pisał: „Rodzaj zdrowia, jakiego człowiek pragnie najbardziej, to niekoniecznie stan, w którym odczuwa się wigor fizyczny i dobre samopoczucie, a nawet stan gwarantujący długowieczność. Jest to natomiast stan nadający się najlepiej do osiągnięcia celów, które każdy człowiek sam sobie ustala. Cele te nie są zazwyczaj powiązane z nieodzownymi wymogami biologii.” Zob. R. Dubos, *Miraże zdrowia*, op. cit. s. 248-249.

⁶¹⁵ T. Kielanowski, *Zdrowie człowieka*, op. cit., s. 166.

⁶¹⁶ Ibidem, s. 167-168. Por. T. Kielanowski, *Niepokoje medycznych futurologów*, „Tygodnik Morski” 1974, nr 12.

precyzyjnej definicji i kryteriów zdrowia, co utrudnia jego ocenę oraz na fakt, że człowiek współczesnej cywilizacji właściwie zdolny jest do życia tylko dzięki ciągłej pomocy lekarskiej⁶¹⁷. Z jednej strony medycyna osiągnęła niewyobrażalne wcześniej efekty, dzięki nowoczesnej wiedzy wspieranej technologią: skomplikowane zabiegi chirurgiczne, przeszczepy, resuscytacja, nowoczesna farmakologia, etc. Medycyna posiadała umiejętność przedłużania życia oraz szybszego i skuteczniejszego reagowania na wiele chorób i zagrożeń. W związku z tym – jak podkreślał Kielanowski – wzrosła prawie dwukrotnie na przestrzeni kilkudziesięciu lat statystyczna średnia długości życia. Aczkolwiek miała ona związek ze znacznym spadkiem umieralności niemowląt i małych dzieci (co oczywiście należy do osiągnięć medycyny). W mniejszym stopniu uległa zwiększeniu długość życia, chociaż późnej starości dożywa coraz więcej osób – co jest niezaprzeczanym efektem osiągnięć nauki lekarskiej. Jednak procesy starzenia zachodzą podobnie szybko jak przed kilkudziesięciu laty i na ten fakt medycyna nie ma większego wpływu. Ponadto Kielanowski podkreślał, że dłuższa aktywność osób w podeszłym wieku jest w dużej mierze wynikiem zmian obyczajowych, a starzenie się społeczeństw jest bardziej kwestią zmian demograficznych, mniejszego przyrostu naturalnego⁶¹⁸.

Kielanowski ukazywał paradoksalną sytuację związaną z dłuższym życiem, niedobrego losu ludzi starych, którzy muszą borykać się z problemami wynikającymi z coraz mniejszej sprawności fizycznej i psychicznej. Problem „smutnej samotności podeszłego wieku”⁶¹⁹ był dla niego zagadnieniem społecznym i kulturowym, ale wynikającym z postępu medycyny.

Z drugiej strony – osiągnięcia medycyny zwykle nie przywracają pełnego zdrowia. Skądinąd słuszne i ratujące życie działania, prowadzą w konsekwencji do tworzenia społeczeństwa, w jakimś sensie ludzi ułomnych, przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, a wiele osób musi pozostawać pod stałą kontrolą i opieką medyczną (np. po transplantacjach). Dlatego też Kielanowski zwracał uwagę na niepokojący fakt, że „procent inwalidów rośnie w każdym społeczeństwie i będzie rósł w miarę doskonalenia się takiej sztuki medycznej, która umie uchronić przed śmiercią, przedłużyć życie, ale pełnego zdrowia przywrócić nie potrafi. A taka jest właśnie medycyna współczesna”⁶²⁰. Pojęcie inwalidztwa rozumnie szeroko – odnosząc je do ludzi o zmniejszonej sprawności czy to wskutek późnego wieku, przebytych chorób czy też doznanych urazów⁶²¹. Przemiany cywilizacyjne, niszczenie środowiska, tempo życia i stres, inne tradycje żywienia, wypadki komunikacyjne – wszystko to spowodowało zmiany w społecznej strukturze chorób. Spośród wielu przykładów Kielanowski wymieniał coraz częstsze przypadki nowotworów, cukrzycy, nabytych wad serca, choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy, chorób nerek, chorób psychicznych.

⁶¹⁷ Zob. T. Kielanowski, *Prawo do choroby*, „Polska” 1972, nr 6, s. 3.

⁶¹⁸ Zob. T. Kielanowski, *Przyszłość medycyny*, „Argumenty” 1961, nr 10, s. 1.

⁶¹⁹ T. Kielanowski, *Medycyna raju nie przyrzeka*, „Polska” 1977, nr 8, s. 27.

⁶²⁰ Ibidem.

⁶²¹ Ibidem, s. 28.

Według Kielanowskiego technologicznie zorientowana medycyna często działa dość automatycznie. Zdolna do przedłużania życia, pozostawia ludzi w jakimś sensie ułomnymi. Dlatego wyrażał niepokój, że o ile nie zmieni się jej nastawienie i rozumienie zdrowia to „nadejdzie moment, w którym medycyna zostanie oskarżona o nieudolność, o niespełnienie swoich zadań, celów i zapowiedzi, a może nawet o działanie na szkodę człowieka, wejście na fałszywe drogi, o jakiś zasadniczy błąd filozoficzny”⁶²².

Rozważał hipotetyczne rozwiązania, w związku z możliwościami medycyny prowadzącymi do zwiększania się ilości osób przewlekle chorych, niepełnosprawnych i starych, co może spowodować bardzo poważne konsekwencje społeczne. Przestrzegał przed niebezpieczeństwem dążenia do powstania „zdrowego w kategoriach biologicznych, gatunku *homo sapiens* – co przy współczesnych naukach biomedycznych staje się coraz bardziej możliwe, a dla którego wzorem byłaby społeczność owadów, która nie toleruje chorych osobników. Byłaby to droga wyłącznie biologiczna wzorowana na społecznym darwinizmie czy też na pomysłach hodowli człowieka zaczerpniętych z różnych koncepcji eugenicznych. Kielanowski podkreślał, że pomysły na ulepszenie człowieka pojawiały się nieraz w kulturze i miały swoje wersje skrajne lub umiarkowane, odwołujące się do metod hodowlanych, a współcześnie uzyskały oparcie w inżynierii genetycznej. Idąc dalej tropem tego absurdalnego, choć logicznego rozumowania, dowodził, że wobec społecznie i kulturowo, a także biologicznie koniecznej różnorodności człowieka, nierealne jest stworzenia modelu lub „odmian” człowieka idealnego lub chociażby zdrowego. Pobrzmiwają w tym echa huxleyowskiego „Nowego wspaniałego świata”. Koncepcja ratowania zdrowia na drodze „kierowanej rozumem hodowli” jest aberracją, ponieważ „nie dałaby się ona pogodzić z wypracowaną w ciągu tysiącleci kulturą, moralnością, z samą istotą człowieczeństwa”⁶²³.

Jakie jest więc rozsądne wyjście? Jediną racjonalną drogą według Kielanowskiego są zmiany w rozumieniu zdrowia oraz w obrębie priorytetowych zadań medycyny. Obejmować one powinny:

- po pierwsze – zwrócenie większej uwagi na promocję zdrowia, czyli odpowiedniego stylu życia i profilaktykę chorób,
- po drugie – odrzucenie automatyzmu medycznych działań, które muszą zacząć brać pod uwagę wartość życia i zdrowia, a więc jakości życia,
- po trzecie – wypracowanie nowego podejścia do ludzi obarczonych chorobą i niepełnosprawnością, co Kielanowski nazywał „prawem do choroby”.

Warto zwrócić uwagę, że niektóre z wniosków i jego propozycji są zbieżne ze stanowiskiem wypracowanym w ramach międzynarodowego projektu badawczego

⁶²² Ibidem.

⁶²³ Ibidem.

realizowanego w połowie lat dziewięćdziesiątych pod nazwą „Cele medycyny. Ustalenie nowych priorytetów”⁶²⁴.

Interesującym u Kielanowskiego jest pojęcie „prawo do choroby”, któremu poświęcał wiele uwagi i wskazywał, że tak jak przed laty walczono o prawo do zdrowia, czego efektem stały się powszechne ubezpieczenia i opieka zdrowotna, tak dzisiaj konieczne jest ustanowienie prawa do choroby. Dostrzegał i jednocześnie przestrzegał przed niebezpieczeństwem swoistego kultu zdrowia. Według niego współczesny świat wszechobecnej konkurencji, staje się coraz bardziej światem ludzi silnych, zdrowych i młodych – słabszych, schorowanych i starych odsuwa się na margines, ponieważ są nieproduktywni i społecznie nieprzydatni. Tak np. praca, stanowiąca treść i nadająca sens życiu większości ludzi, staje się przywilejem ludzi zdrowych, podobnie jak korzystanie z dóbr kulturowych, rozrywek i wypoczynku. Ponadto dla ludzi o różnym stopniu niepełnosprawności nie ma miejsc „w teatrach ani na salach koncertowych, choćby ich wrażliwość estetyczna, ich poziom intelektualny, albo ich muzykalność przekraczały znacznie przeciętną zdrowych bywalców owych miejsc spotkania amatorów sztuki”⁶²⁵.

Prawo do choroby dla Kielanowskiego wynika z samego człowieczeństwa oraz z tego, że choroba jest zjawiskiem naturalnym. Wynika również z tego, że zdrowie nie jest pojęciem wyłącznie biologicznym, a wartości życia ludzkiego nie można mierzyć w kategoriach ekonomicznych czy utylitarnych. Dla lekarza – podkreślał Kielanowski – troska o życie i zdrowie człowieka powinna zawsze być jednaka i niezależna od jego społecznego statusu, pełnionych funkcji czy wieku⁶²⁶ a „człowiek przewlekłe chory i inwalida powinien korzystać w pełni z praw do życia i działania nie dlatego, że mógłby być ewentualnie pożyteczny i produktywny, ale po prostu dlatego, że jest człowiekiem. Prawo do pracy, do rozrywek, do działania, uczestniczenia, radowania się, wynika z tego ostatniego, a więc nie może być łaską, ani następstwem dobroczynności”⁶²⁷. W innym miejscu dodawał, że „warto ciągle przypominać, że ludzie nieudolni wskutek starości, przewlekłe chorzy i inwalidzi to nie jacyś „oni”, ale że to jesteśmy przecież naprawdę my sami”⁶²⁸.

Formułowane przez Kielanowskiego prawo do choroby oznacza, że nikogo nie wolno dyskryminować z powodu schorzenia, niepełnosprawności czy upośledzenia; oznacza pełną

⁶²⁴ W zmieniającej się rzeczywistości i wobec coraz większych oczekiwań w stosunku do medycyny, a jednocześnie permanentnej sytuacji niedoboru, uczestnicy projektu wskazują na cztery podstawowe cele medycyny:

1. Zapobieganie chorobom i urazom oraz promocja i utrzymanie zdrowia.
2. Łagodzenie bólu i cierpienia spowodowanego chorobami.
3. Leczenie i troska o ludzi chorych i „tylko” troska o tych, którzy nie mogą być wyleczeni.
4. Unikanie przedwczesnej i dążenie do spokojnej śmierci.

Za: K. Szewczyk, *Dobro, zło i medycyna*, op. cit., s. 283 nast.

⁶²⁵ T. Kielanowski, *Zdrowie człowieka*, op. cit., s. 174.

⁶²⁶ Zob. T. Kielanowski, *Prawo do choroby*, op. cit., s. 4.

⁶²⁷ T. Kielanowski, *Zdrowie człowieka*, op. cit., s. 174..

⁶²⁸ T. Kielanowski, *Medycyna raju nie przyrzeka*, op. cit., s. 48.

tolerancję – „tolerancję aktywną, szukającą i znajdującą w społeczeństwie miejsce dla wszystkich, także dla tych, którzy fizycznie lub umysłowo odbiegają od wszelkich norm i wszelkich przeciętnych, uznawanych umownie, według utylitarnych kryteriów, za odpowiadające pojęciu zdrowia”⁶²⁹. Nowe, pełniejsze rozumienie zdrowia, które postulował Kielanowski, musi również uwzględniać ten aspekt pozytywnych stanów samopoczucia psychicznego i społecznego. Chodzi tu o znaczenie, jakie człowiek nadaje swojemu zdrowiu. Ludzie w różny sposób i w odmiennym zakresie ułomni i upośledzeni mogą realizować swoje cele życiowe, marzyć o szczęściu i do niego dążyć. Trzeba więc odrzucić tendencję do separacji, zamkniętych miejsc stałego pobytu, a ludzi chorych i niepełnosprawnych (o różnych ułomnościach fizycznych i psychicznych) należy przywrócić życiu społecznemu. Trzeba je tak organizować, aby mogli żyć w społeczeństwie i by nie cierpieli z powodu swoich niedoskonałości, „by radości i rozkosze nie były wyłącznie przywilejem najzdrowszych i najsilniejszych, by ludzie słabi i inwalidzi nie byli nigdzie i nigdy dyskryminowani, ażeby nie zamykano przed nimi bram uniwersytetów i sal teatralnych, ani granic państwowych, ani sal lokali rozrywkowych, pięknych wypoczynkowych miejscowości”⁶³⁰. Wiąże się to chociażby z podstawowymi rozwiązaniami budowanych obiektów, mieszkań, osiedli, teatrów, urzędów, szkół, etc.

Odwiecznym pragnieniem człowieka było życie bez chorób i cierpień – a pragnienia te najpełniej odzwierciedlały się w arkadyjskich mitach o minionym rajach i utopijnych wizjach przyszłej szczęśliwości. Kielanowski podkreślał, że wiele filozoficznych idei postępu przyczyniało się do utrwalania tej złudnej nadziei, a szczególnie zorientowana utylitarnie nauka technologiczna, która legła u podstaw współczesnej medycyny. Jej postępy budziły wiarę w możliwy w przyszłości świat bez chorób, a wielu uczonych wyrażało przekonanie, że można dążyć do całkowitego wykorzenienia większości schorzeń przez likwidację ich czynników etiologicznych. Ogromną nadzieję wiązano również z nowoczesną farmakologią – „magicznymi pociskami medycyny”. Kielanowski z całą dobitnością wskazywał, że wizja świata bez chorób jest utopijna, ponieważ zjawiska zdrowia i choroby są objawami życia. Z jednej strony bliskie jest mu myślenie Dobos’a, który w oparciu o koncepcję adaptacyjnego modelu zdrowia uzasadniał, że świat mógłby być wolny od chorób tylko w wypadku absolutnej stabilności ekologicznej i społecznej, stanu „bezruchu”. Z drugiej – Kielanowski podkreślał – że nie jest to możliwe nie tylko w przypadku człowieka, w którego naturze leży potrzeba zmiany i tworzenia, ale w ogóle biologicznie niemożliwe⁶³¹, ponieważ samo życie jest dynamizmem. Zgadzał się natomiast z amerykańskim uczonym, że eliminacja „chorobotwórczych” zarazków jest właściwie niewykonalna, gdyż zawsze mogą przetrwać

⁶²⁹ T. Kielanowski, *Zdrowie człowieka*, op. cit., s. 174.

⁶³⁰ T. Kielanowski, *Prawo do choroby*, op. cit., s. 4.

⁶³¹ T. Kielanowski, *Przedmowa do wydania polskiego: R. Dubos, Miraż zdrowia*, op. cit., s. VII.

w niedostępnych rejonach. Ponadto byłyby to szkodliwe dla człowieka. „Niebezpieczny jest – pisał Kielanowski – rozpowszechniony obecnie i nieraz rozpowszechniany pogląd, w myśl którego efektywne zdobycze nauk medycznych i nauk przyrodniczych przybliżają coraz bardziej epokę uleczalności wszelkich chorób, czyli nowy raj, w którym będzie żył i działał człowiek, wolny dzięki nauce i sztuce lekarskiej od wszelkich cierpień fizycznych i moralnych”⁶³².

⁶³² T. Kielanowski, *Zdrowie człowieka*, op. cit., s. 174.

4. Etyka lekarska

Zagadnienia etyki lekarskiej, a właściwie szerzej rozumianej etyki medycznej – szczególnej postaci filozofii moralności na styku z medycyną – stanowiły zasadniczą część zainteresowań teoretycznych i troski Tadeusza Kielanowskiego. Troska ta wyrażała się zarówno w praktyce lekarskiej i dydaktycznej szczególną dbałością o najwyższy poziom i etos własnej praktyki i kierowanych przez siebie zespołów, w tym także wychowania przyszłych lekarzy – oraz – poprzez liczne publikacje oraz ważne inicjatywy. Do tych przedsięwzięć zaliczyć można opracowanie pierwszego po wojnie projektu kodeksu etyki lekarskiej opublikowanego w 1959 r., redakcję i współautorstwo wydanej w 1980 r. książki z zakresu etyki lekarskiej oraz cały cykl artykułów podejmujących zagadnienie aksjologicznych aspektów pracy lekarza, moralnych zasad sztuki lekarskiej. Często będą to artykuły polemiczne związane z nowymi sytuacjami warunkowanymi przemianami w medycynie.

4.1. Historyczne tło etyki lekarskiej Kielanowskiego

Wcześniejsze zainteresowania problematyką etyczną ujawniają się w okresie powojennym w postaci publikacji, przede wszystkim w związku z wypowiedziami dotyczącymi kształtu i reformy studiów medycznych. Od połowy lat pięćdziesiątych staną się one głównym tematem zainteresowań i publikacji Kielanowskiego⁶³³. Inspiracją dla nich będą m. in. pojawiające się negatywne zjawiska związane z realizacją społecznego modelu służby zdrowia oraz odchodzeniem w życiu publicznym od zasad tradycyjnej etyki opartej na religii chrześcijańskiej, co było wynikiem postępującej laicyzacji. Z drugiej strony wraz z postępem nauk medycznych i coraz nowszymi technikami medycznymi lekarz zaczynał stawać wobec nieznanych dotąd sytuacji, a skupienie się na przyrodniczym wymiarze medycyny potęgowało zjawisko zwane dehumanizacją.

Co prawda formacja intelektualna i duchowa znacznej części lekarzy, w tym trzonu kadry profesorskiej, sięgała okresu międzywojennego, okresu intensywnego rozwoju i wysokiego poziomu polskiej filozofii medycyny i etyki lekarskiej, to jednak ciągłość tej tradycji została w zasadzie przerwana przez wojnę i jej późniejsze konsekwencje – mimo aktywności niektórych jej kontynuatorów (m. in. Wrzosek, Szenajch, Szumowski, Fleck, Bilikiewicz).

M. Wichrowski w artykule „Polska etyka medyczna w latach 1945–1980” pisze: „kształtowanie się refleksji etycznej nad medycyną pozostawało w cieniu katastrof i przemian

⁶³³ Zob. spis prac Tadeusza Kielanowskiego – w aneksie. Dyskusję nad problemami etyki lekarskiej na łamach „Służby Zdrowia” zapoczątkował m. in. artykuł T. Kielanowskiego *Autorytet lekarza i etyka lekarska* opublikowany w piśmie „Służba Zdrowia” 1955, nr 52, s. 2.

społecznych, jakie miały miejsce w Polsce lat czterdziestych [...]. Jednocześnie częściowo zostały zerwane kontakty ze światem zewnętrznym, europejską filozofią i etyką medyczną”⁶³⁴.

Władze komunistyczne, likwidujące wszelkie przejawy niezależnej samorządności, w 1950 r. rozwiązały odrodzone po wojnie izby lekarskie, które wtedy nie tylko przyczyniały się do odtworzenia służby zdrowia, ale również dbały o poziom moralny i dobre imię lekarzy. Tym samym przestał obowiązywać – przywrócony w 1947 r. – przedwojenny kodeks etyki lekarskiej, tj. „Zbiór zasad deontologii lekarskiej”, którego gwarantem były izby. Tak więc od momentu likwidacji izb do uchwalenia pierwszego powojennego kodeksu w 1967 roku, przez kilkanaście lat nie funkcjonował formalnie żaden zbiór etycznych zasad powinności zawodowej⁶³⁵. Zamiast sądów lekarskich powołano komisje kontroli zawodowej składające się początkowo głównie z tzw. czynnika społecznego. Miały one czuwać nad przestrzeganiem „zasad etyki, godności i sumienności zawodowej”, ale zasady takie formalnie przestały obowiązywać⁶³⁶. Zniesiono w tym okresie nauczanie historii i filozofii medycyny oraz etyki, a zakłady historii i filozofii medycyny (wywodzące się z dwudziestolecia międzywojennego) zamknięto. Przekształcenie wydziałów lekarskich i farmaceutycznych w odrębne zawodowe uczelnie – od roku 1950 w akademie medyczne – również miało negatywny wpływ na obieg idei i w konsekwencji przyczyniało się do degradacji humanistycznego wymiaru medycyny. Powołano w nich zakłady filozofii pełniące funkcje ideologiczne i nie dbające o nauczanie etyki i filozofii medycyny.

Krótkotrwały okres odwilży po Październiku 1956 i ówczesny ruch odnowy nie zdołały przywrócić samorządów izb lekarskich. Kielanowski wielokrotnie zarówno w tym czasie, jak i później, słowem i piórem walczył o ich reaktywację, uzasadniając, że idea samorządności nie jest sprzeczna z nowym kształtem ustrojowym. Udało się jednak przywrócić nauczanie historii medycyny i etyki w akademiach medycznych. Natomiast troskę o kształtowanie moralnych postaw środowiska lekarskiego, w miejsce izb, przejęło w zasadniczej mierze Polskie Towarzystwo Lekarskie.

Zideologizowana filozofia marksistowska poza ogólnymi hasłami nie oferowała w zasadzie niczego w zakresie moralnej refleksji nad problematyką lekarską. Jednak dla wielu lekarzy ważnym elementem postawy moralnej były wartości kształtowane przez dom rodzinny. Przede wszystkim były to środowiska kultywujące wartości chrześcijańskie. Jednak taka postawa była wynikiem indywidualnego wyboru, sumienia, a nie filozoficznego dyskursu. Stan polskiej etyki lekarskiej, czy w ogóle filozofii medycyny, przedstawiał się dramatycznie. Jednak jak podkreśla M. Wichrowski⁶³⁷, co znalazło wyraz w brytyjskim wydaniu

⁶³⁴ M. Wichrowski, *Polska etyka medyczna w latach 1945–1980*, „Medycyna Nowożytna” 2003, zesz. 1-2, s. 169.

⁶³⁵ A. Tulczyński, *Historia i ewolucja kodeksów deontologicznych*, [w:] *Etyka i deontologia lekarska*, pod red. T. Kielanowskiego, Warszawa 1985, op. cit., s. 201.

⁶³⁶ Zob. *ibidem*.

⁶³⁷ *Ibidem*, s. 170.

encyklopedii bioetyki⁶³⁸, polska etyka medyczna pozostawała najciekawszą z głoszonych w krajach satelickich bloku sowieckiego. Kielanowski ubolewał nad tą sytuacją, czemu wielokrotnie dawał wyraz w swoich publikacjach, wskazując na konieczność podjęcia szerokiej dyskusji nad zagadnieniami moralnymi medycyny. Oczywiście nie pozostawał w tej sprawie zupełnie sam. W środowisku lekarskim w tym czasie kwestie etyki lekarskiej podnosili m. in. Władysław Szenajch⁶³⁹, Marcin Kacprzak, Józef Bogusz, Julian Aleksandrowicz.

W tym kontekście działalność Kielanowskiego – liczne publikacje, tłumaczenia zagranicznych tekstów deontologicznych, projekt kodeksu etyki lekarskiej i prace nad jego uchwaleniem, redakcja podręcznika etyki lekarskiej – stanowi nieocenioną i niedocenianą z dzisiejszej perspektywy refleksję nad etyką medyczną i wyraz troski o jej wysoki poziom w okresie PRL.

Z końcem lat pięćdziesiątych w Polsce rozpoczyna się okres coraz liczniejszych wypowiedzi dotyczących zagadnień związanych z deontologią lekarską i etycznymi zagadnieniami medycyny. Istotną składową tej debaty będzie dyskusja wywołana projektem kodeksu etyki lekarskiej Kielanowskiego oraz coraz większym zainteresowaniem problematyką etyki w medycynie przez środowiska pozalekarskie. M. Wichrowski, analizując kształtowanie się polskiej etyki medycznej w latach 1945-1980⁶⁴⁰, wskazuje na cztery zasadnicze grupy, z których wypływały refleksje i analizy zagadnień etyki medycznej, a których kształt zależał głównie od specjalizacji autorów. Są to środowiska:

- teologów moralnych – Władysław Wicher, Tadeusz Ślipko,
- lekarzy – Tadeusz Kielanowski, Władysław Szenajch,
- prawników – Jerzy Sawicki, Mieczysław Sośniak,
- filozofów uniwersyteckich – Tadeusz Kotarbiński, Jacek Hołówka, Henryk Jankowski, Marek Fritzhand.

Poruszana problematyka ujmowana była w trzech zasadniczych wówczas nurtach i orientacjach światopoglądowych, czyli z pozycji etyki katolickiej – neotomistycznej (W. Wicher), etyki marksistowskiej (H. Maślińska), a także tzw. etyki niezależnej (związanej głównie ze środowiskiem pisma „Etyka” przy Instytucie Filozofii i Socjologii PAN – Z. Szawarski, J. Hołówka, H. Jankowski).

Najistotniejsze znaczenie w pierwszym okresie miały refleksje wpływające ze środowiska lekarskiego, któremu ton nadawał właśnie Kielanowski. Forum wypowiedzi coraz częściej stawały się różnego rodzaju periodyki, w przypadku czasopiśmiennictwa lekarskiego głównie „Służba Zdrowia” – wówczas prasowy organ Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia (pojedyncze artykuły ukazywały się również w innych

⁶³⁸ Zob. *History of Medical Ethics*, [w:] *Encyclopedia of Bioethics*, ed. W.T. Reich, London 1985, s. 1594-1609.

⁶³⁹ Zob. W. Szenajch, *Mysli lekarza*, Warszawa 1958.

⁶⁴⁰ M. Wichrowski, *Polska etyka medyczna w latach 1945–1980*, op. cit., s. 171.

pismach, np. „Biuletynie Głównej Biblioteki Lekarskiej” i „Polskim Tygodniku Lekarskim” oraz „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny” – w tym ostatnim dominowały opracowania historyczne). Szczególną aktywność i zainteresowanie filozoficzno-moralną problematyką medyczną wykazywało pismo społeczno-kulturalne wydawane przez Towarzystwo Krzewienia Kultury Świeckiej – „Argumenty”, którego Kielanowski był stałym korespondentem. Natomiast spośród katolickich periodyków wymienić można „Więź”, „Znak” i „Tygodnik Powszechny”. W latach sześćdziesiątych, i później, problematyka ta zaczyna być żywa w czasopiśmiennictwie filozoficznym, np. w „Studiach Filozoficznych”, a zwłaszcza w „Etyce” – ukazują się artykuły pisane przez lekarzy⁶⁴¹ i filozofów.

Filozofia marksistowska nie odegrała znaczącej roli w rozwijaniu moralnej problematyki medycznej, natomiast bardzo ważną była myśl katolicka, osadzona na koncepcji prawa naturalnego. Prezentowała się w ujęciu bardziej tradycyjnym, której przedstawicielem w latach pięćdziesiątych był ks. W. Wicher oraz posoborowym, po Soborze Watykańskim II – ks. T. Ślipko SJ⁶⁴², dziś jeden z najważniejszych bioetyków katolickich.

Istotną rolę w kształtowaniu się filozoficznej etyki medycznej w Polsce odgrywali zwolennicy „niezależnego” uprawiania etyki – niezależnego od doktryny religijnej i ideologii marksistowskiej – rekrutujący się zarówno ze środowiska filozoficznego, jak i lekarskiego. Pojęcie „etyka niezależna”, ściśle związane z koncepcją Kotarbińskiego, w szerszym sensie odnosi się do grupy tych autorów, różniących się oczywiście w poglądach, którzy bezpośrednio nie byli związani czy to z Kościołem, czy też marksizmem. Zaś sam Kotarbiński, mimo że nie podejmował w odrębnych publikacjach medycznej problematyki moralnej, to w zasadniczy sposób na nią wpłynął⁶⁴³. Interesująco prezentowało się w tym czasie środowisko „niezależnych” filozofów skupionych wokół nawiązującego do światowej etyki medycznej czasopisma „Etyka”. Byli to Henryk Jankowski, Marek Fritzhand, Zbigniew Szawarski, Jacek Hołówka.

Jedną z najważniejszych inicjatyw „Etyki” było zorganizowanie konferencji „Etyczne aspekty transplantacji serca”, która odbyła się w Warszawie w lutym 1968 roku. Uczestniczyli w niej wybitni etycy (m.in. Marek Fritzhand, Henryk Jankowski), socjologowie (Adam Podgórecki, Magdalena Sokołowska) i lekarze, głównie pionierzy polskiej transplantologii (Leon Manteuffel, Jan Nielubowicz, Tadeusz Orłowski). Obrady rozpoczął i podsumował Tadeusz Kotarbiński. Była to pierwsza tak szeroko zakrojona konferencja dotycząca najaktualniejszych zagadnień etyki medycznej. Dyskusja koncentrowała się wokół problematyki zarysowanej w wystąpieniu M. Fritzhanda. Dotyczyła m. in. dopuszczalności, z punktu widzenia etyki lekarskiej, zabiegów o charakterze czysto eksperymentalnym,

⁶⁴¹M. in.: T. Kielanowski, *Problem niepotrzebnego cierpienia. (O niepotrzebnym cierpieniu, rodzonym przez postępy nauk medycznych)*, „Studia Filozoficzne”, 1963, nr 2; T. Kielanowski, *Medyczne i moralne problemy umierania i śmierci*, „Etyka” 1975, t. 14. Późniejsze przedruki [w:] *W kręgu życia i śmierci*, pod red. Z. Szawarskiego, Warszawa 1987, s. 151-165 oraz 243-251.

⁶⁴²Zob. M. Wichrowski, *Polska etyka medyczna w latach 1945–1980*, op. cit., s. 174.

⁶⁴³Zob. J. Dubiel, *Etyka lekarska a etyka niezależna Tadeusza Kotarbińskiego*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1968, nr 49, s. 1903-1906.

przedwczesnego pobierania narządów do transplantacji, zasad dysponowania narządami swego ciała i kwestii granic utylitarnego zużytkowania zwłok, a także kwestii możliwej zmiany osobowości w wyniku przeszczepów. Według Wichrowskiego konferencja ta miała znaczenie historyczne również z tego względu, że wypowiedź prof. Orłowskiego antycypowała nową definicję śmierci człowieka, definicję śmierci mózgowej⁶⁴⁴, opracowaną jeszcze w tym samym roku przez Nadzwyczajną Komisję Harwardzkiej Szkoły Medycznej.

Kielanowski w tej konferencji nie uczestniczył, natomiast brał aktywny udział w kolejnej, zorganizowanej w październiku 1974 roku w Jabłoncej. Nosiła ona tytuł – „Etyka a problemy zdrowia i rehabilitacji”. Kielanowski przedstawił wówczas referat „Medyczne i moralne problemy śmierci i umierania”, przewodniczył również obradom w jednym z sesyjnych dni. Konferencja dotyczyła nowych problemów w etyce medycznej, etycznych zagadnień zdrowia psychicznego, moralnych problemów umierania i śmierci oraz etycznych problemów i sprawiedliwej dystrybucji środków w rehabilitacji⁶⁴⁵. Referaty wygłoszone na tej sesji oraz interesujący i ważny przebieg dyskusji zostały opublikowane w 14 tomie pisma „Etyka”⁶⁴⁶. W obradach brali udział filozofowie (H. Jankowski, M. Fritzhand, J. Hołówka, Z. Szawarski, K. Toeplitz, K. Starczewska), lekarze (J. Jaroszyński, Z. Ziemiński, W. Dega, B. Górnicki), socjologowie (J. Szczepański), religioznawcy (J. Keller), prawnicy (Z. Ziemiński). Kilkanaście dni wcześniej Kielanowski przewodniczył konferencji również gromadzącej znanych lekarzy (M. Kędra, A. Jakliński, Z. Papliński) i filozofów (Z. Cackowski i L. Koj). Temat tego spotkania, zorganizowanego z okazji 30-lecia Akademii Medycznej w Lublinie, brzmiał: „Współczesne trudności decyzji lekarskich”⁶⁴⁷.

Można z dużym prawdopodobieństwem wnosić, że obrady organizowane przez zespół „Etyki” stały się dla Kielanowskiego jedną z zasadniczych inspiracji do stworzenia jeszcze szerszego forum dyskusji i wymiany myśli – zorganizowania Krajowych Konferencji Lekarzy i Humanistów. Ich formuła była o wiele bardziej otwarta i miała również charakter popularyzatorski. Tytuły poszczególnych konferencji, których tematem przewodnim był człowiek, sformułowane były bardzo ogólnie. Również wiele wystąpień miało charakter ogólniejszy. Niektóre wypowiedzi dotyczyły zagadnień etyki medycznej i zawierały szereg cennych przyczynków z jej zakresu. Niemniej konferencje, skupiające przedstawicieli różnych

⁶⁴⁴Zob. Wypowiedź Tadeusza Orłowskiego w piśmie „Etyka” 1969, nr 4, s. 23. Prof. Orłowski mówił: „[...] druga sprawa to transplantacja ze zwłok. Serca nikt nie pobierze z żywego organizmu, a jedynie ze zwłok wtedy, kiedy skutek zmian w centralnym układzie nerwowym człowiek nie jest zdolny do życia”.

⁶⁴⁵ W czasie tej konferencji wygłoszono następujące referaty: H. Jankowski, *Istnienie; wolność, sprawiedliwość a etyczne problemy medycyny*; B. Górnicki, *Nowe problemy etyki lekarskiej*; M. Fritzhand, *Etyka a pojęcie zdrowia psychicznego*; J. Jaroszyński, *Zdrowie psychiczne a etyka*; T. Kielanowski, *Medyczne i moralne problemy umierania i śmierci*; Z. Ziemiński, *Prawne i moralne problemy śmierci i umierania*; W. Dega, *Etyczno-deontologiczne zagadnienia w rehabilitacji osób uszkodzonych na zdrowiu fizycznym*; J. Hołówka, *Problemy sprawiedliwego podziału w rehabilitacji*.

⁶⁴⁶ Zob. *Etyka a problemy zdrowia i rehabilitacji*, „Etyka” 1975, nr 14.

⁶⁴⁷ Konferencja naukowa na temat: „Współczesne trudności decyzji lekarskich” z okazji 30-lecia Akademii Medycznej w Lublinie 23.X.1974, „Polski Tygodnik Lekarski” 1975, nr 30 oraz 33.

dyscyplin i światopoglądów, odegrały znaczącą rolę w historii kształtowania się polskiej refleksji nad moralną problematyką medyczną.

Pierwszą po wojnie książką dotyczącą zawodowej etyki lekarskiej było opracowanie przygotowane pod redakcją Kielanowskiego w 1980 r. i nosiło tytuł „Wybrane zagadnienia z etyki i deontologii lekarskiej”⁶⁴⁸, drugie wydanie – zmienione i rozszerzone⁶⁴⁹ – „Etyka i deontologia lekarska” (1985). O podjęcie się tego zadania zwrócił się do Kielanowskiego Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. Była to w zasadzie druga polska książka o charakterze podręcznika w całości poświęcona zagadnieniom etyki lekarskiej. Pierwszą była wydana w 1917 r. „Etyka lekarska i obowiązki lekarza”⁶⁵⁰ Teodora Heimana (nie licząc pracy Henryka Nusbauma „Zarys etyki lekarskiej” wydanej nakładem „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny”, jako tom 11-12, w 1932 r.).

Praca pod redakcją Kielanowskiego jest kontynuacją i niejako podsumowaniem deontologicznej tradycji, stanowi również pewnego rodzaju komentarz i rozwinięcie obowiązującego wówczas kodeksu etyki lekarskiej „Zbioru zasad etyczno-deontologicznych polskiego lekarza” (znowelizowanej w 1977 r. wersji pierwszego po wojnie kodeksu z 1967 r.). Przy jej przygotowaniu współpracowali doświadczeni lekarze specjalizujący się w etyce lekarskiej – Tadeusz Brzeziński i Józef Bogusz, medycynie sądowej – Tadeusz Raszeja i Bolesław Popielski, kodeksach deontologicznych – Aleksandr Tulczyński.

Książka nie jest monografią ani typowym podręcznikiem, gdyż pewne problemy wracają w różnych rozdziałach, natomiast niektóre zostały pominięte – „nic nie zostało między autorami uzgodnione – pisał jej redaktor. Choć w szerokich ramach podzielono się tematami, autorzy zachowali swobodę formy narracji i oczywiście swobodę wyrażania własnego zdania”⁶⁵¹. Nie miała ona w zamierzeniu Kielanowskiego stanowić podręcznika, gdyż

⁶⁴⁸ *Wybrane zagadnienia z etyki i deontologii lekarskiej*, pod red. T. Kielanowskiego, Warszawa 1980, s. 170. W tym wydaniu Kielanowski jest autorem jedynie *Wprowadzenia do nauki o etyce i deontologii lekarskiej*. Ze względu na nieporozumienia z wydawcą wycofał inne przygotowywane przez siebie rozdziały. W trzy lata po ukazaniu się podręcznika wspomina: <<Proponowano mi i przyjąłem obowiązek redagowania książki o etyce i deontologii lekarskiej. O współpracę poprosiłem z początku wyłącznie seniorów, ludzi doświadczonych, mądrych, ale ponieważ jeden z nich nagle umarł, poprosiłem młodszego. I to był błąd, bo znaleźli się zaraz inni „młodzi” z agresywnym pytaniem „dlaczego nie ja?” Doszło do nieporozumień z wydawcą, na skutek których wycofałem rozdziały pisane przeze mnie, książka wyszła bez nich, nieco okaleczona. Planowane jest drugie wydanie z moimi rozdziałami o etyce medycznej, pracy badawczej i o sytuacjach etycznie najtrudniejszych. Nie umiem powiedzieć, czy je napiszę, bo zmalała już we mnie ufność do ludzi i przede wszystkim ufność do samego siebie>>. Cyt. za: T. Kielanowski, *Mój życiorys naukowy. Post scriptum...*, op. cit., s. 52.

⁶⁴⁹ Drugie wydanie zostało uzupełnione trzema nowymi rozdziałami, omawiającymi aksjologiczne pojęcia dobra i zła, specyfikę medycznej pracy naukowej i kazuistykę najtrudniejszych decyzji lekarza.

⁶⁵⁰ T. Kielanowski tak charakteryzował tę pracę: „Jest to dzieło interesujące, omawiające obszernie historię zawodu lekarskiego od najdawniejszych czasów, krytykujące odważnie, jak na owe czasy, średniowieczny klerikalizm i hipokryzję dziewiętnastowiecznej kultury mieszczańskiej, ale dzieło mające już dziś znaczenie tylko historyczne [...]. Nie ma potrzeby przypisywania dziś znaczenia okoliczności, że autora dzieła oskarżono o plagiat, tym bardziej że liczne fragmenty jego książki, dotyczące medycyny, są oryginalne i cenne”. Za: T. Kielanowski, *Wprowadzenie do nauki o etyce i deontologii lekarskiej*, [w:] *Etyka i deontologia lekarska*, op. cit., s. 14.

⁶⁵¹ T. Kielanowski, *Wprowadzenie do nauki o etyce i deontologii lekarskiej*, [w:] *Etyka i deontologia lekarska*, op. cit., s. 13.

musiałaby w sposób bardziej wyczerpujący objąć wszystkie zagadnienia i systematycznie omówić poszczególne dziedziny etyki lekarskiej, co nie było możliwe również ze względu na pojawiające się nowe problemy: „Rzecz ma się podobnie – wyjaśniał Kielanowski – we wszystkich, rozległych a szybko się rozwijających dziedzinach wiedzy, w tym w medycynie klinicznej, a już szczególnie w aksjologii, która jest jednym z najbardziej spornych działów filozofii”⁶⁵². Jej treść podzielona została na trzy części obejmujące zawodową etykę lekarską, odpowiedzialność lekarza, polskie kodeksy deontologiczne. Publikację rozpoczyna Kielanowski rozdziałem „Wprowadzenie do nauki o etyce i deontologii lekarskiej”, w którym rozważa pojęcia etyki i deontologii lekarskiej oraz kwestię wpływu współczesnego rozwoju nauk medycznych na zmianę tradycyjnych, sformułowanych przed wiekami, zasad moralnych wykonywania zawodu lekarza. Podkreśla tu, że postęp wiedzy i techniki medycznej nie mógł pozostać bez wpływu na sytuację lekarza, któremu przyszło działać w zupełnie nowych warunkach i zmierzyć się z zupełnie nowymi problemami. Ukazuje również kulturową zmienność szczegółowych zasad deontologicznych⁶⁵³.

W drugim wydaniu część pierwszą pt. „Zawodowa etyka lekarska” wypełniają prace Brzezińskiego – „Aksjologiczne pojęcie dobra i zła i jego zastosowanie w praktyce lekarskiej” i „Tradycyjne zasady deontologii lekarskiej”, Józefa Bogusza – „Zasady deontologiczne związane z postępiami wiedzy lekarskiej” oraz Kielanowskiego – „Moralna specyfika medycznej pracy badawczej”. Pierwsza, najobszerniejsza część, obejmuje zasadnicze zagadnienia etyki lekarskiej, zarówno w jej tradycyjnym rozumieniu tzn. podejmującą tematykę od wielu wieków obecną w refleksji dotyczącej zasad lekarskiego postępowania oraz wynikające z zupełnie nowych sytuacji, będących wynikiem cywilizacyjnych zdobyczy nauk biologicznych i medycznych. Brzeziński omawia najważniejsze zasady etyki i deontologii lekarskiej, podkreślając zmiany, jakim one podlegają i wskazując na rozszerzenie się obowiązków lekarza względem społeczeństwa (m. in. kwestia uspołecznienia służby zdrowia). Analizuje najważniejsze jej problemy: tajemnicę zawodową lekarza, kwestię zgody na zabieg diagnostyczny i leczniczy, obowiązek i prawo lekarza do udzielania pomocy, postępowanie z nieuleczalnie chorym. Zagadnienia te pojawiają się również u J. Bogusza, ale dla niego zasadniczym tematem są zmiany w etyce lekarskiej wywołane przez postęp wiedzy medycznej, ze szczególnym uwzględnieniem zasad regulujących warunki dopuszczalności badań na ludziach i transplantacji narządów, a także zagadnienia eutanazji, prawa pacjenta do informacji, przymusu poddania się leczeniu i in.

Część druga „Odpowiedzialność lekarza” zawiera opracowania dotyczące sytuacji na styku etyki lekarskiej i prawa, odpowiedzialności karnej lekarza i są to:

- Bolesława Popielskiego „Pogranicza etyki i prawa” oraz „Szczególne zagadnienia z pogranicza etyki i prawa”,

⁶⁵² Ibidem.

⁶⁵³ Zob. A. Grochocka, *Lekarze o etyce lekarskiej*, „Etyka” 1983, t. 20, s. 167 nast.

- Stefana Raszei „Z pogranicza etyki i cywilno-prawnej odpowiedzialności lekarza” i „Prawo cywilne a śmierć człowieka”

- Zdzisława Marka „Niektóre przyczyny konfliktów między pacjentem a lekarzem”

- Kielanowskiego „Kazuistyka moralnie trudnych i spornych decyzji w praktyce lekarskiej”.

W ostatniej części zamieszczono, obok obowiązującego „Zbioru zasad etyczno-deontologicznych polskiego lekarza”, opracowanie Aleksandra Tulczyńskiego – „Historia i ewolucja kodeksów deontologicznych”.

Książka ta, podejmując najważniejsze zagadnienia etyki lekarskiej, odegrała istotną rolę i przez wiele lat służyła pomocą w realizacji zajęć z etyki na akademiach medycznych. Należało jedynie żałować, że pojawiła się tak późno, tym bardziej że zmieniająca się szybko w latach osiemdziesiątych rzeczywistość społeczna, medyczna i filozoficzna wymagała poszerzenia i nowego ujęcia wielu zagadnień. Wichrowski, doceniając wagę opracowania, wysuwa też zarzut, że „towarzyszy mu [opracowaniu] dziwny wybór odnośników, wśród których prawie w ogóle nie notujemy przypisów do światowej literatury przedmiotu”⁶⁵⁴, mimo że na Zachodzie ukazały się ważne publikacje z zakresu filozoficznej etyki medycznej oraz powstały ośrodki bioetyczne. To oczywiście prawda; trudno jednak uznać ten zarzut za słuszny wobec pierwszego wydania z 1980 r., gdyż zbyt krótki czas dzielił te światowe wydarzenia od przygotowania publikacji. Natomiast wobec kolejnego wydania z roku 1985 zarzut ten wydaje się słuszniejszy. Jednak należy uwzględnić fakt, że poprzedzał je okres stanu wojennego w Polsce i kontakt ze światową literaturą został tym bardziej ograniczony, ponadto Kielanowski był już w sędziwym wieku i dzieło to stanowiło niejako zwieńczenie jego działań na rzecz etyki lekarskiej. Na charakter publikacji zdecydowanie wpłynął fakt, że jej autorzy byli lekarzami praktykami i to o dużym doświadczeniu klinicznym i generalnie prezentowali tradycyjne podejście do etyki i deontologii lekarskiej – inaczej do wielu zagadnień podszedłby etyk czy socjolog medycyny. Dominuje tu więc ujęcie praktyczne, wyrosłe z własnych doświadczeń, tym bardziej że książka adresowana była do środowiska lekarskiego i miała też stanowić pomoc dydaktyczną z deontologii dla studentów medycyny. Zadaniem podręcznika jest porządkowanie i systematyzacja. Nie jest on miejscem wyrażania swoich wątpliwości i snucia oderwanych refleksji. Jednak, jako praca zbiorowa, pozwalał na zachowanie nie tylko indywidualnego stylu, ale również indywidualnego ujęcia poruszanych zagadnień. Nie było formą kurtuazji wobec czytelników stwierdzenie redaktora, że z pewnością zauważą i wytkną oni wszystkie braki tej pracy zespołowej. „Jeżeli ich uwagi krytyczne staną się bodźcem do nowych rozważań, dyskusji i prac naukowych, jeżeli poruszą umysły i sumienia polskich lekarzy, autorzy będą wdzięczni i zadowoleni”⁶⁵⁵. Tak jak w przypadku wszystkich publikacji i działań Kielanowskiego takie oddziaływanie było kwestią najważniejszą.

W latach siedemdziesiątych XX w., kiedy w Polsce coraz więcej uwagi różnych środowisk i specjalistów zajmują zagadnienia moralne w medycynie, kiedy upowszechnia się

⁶⁵⁴ M. Wichrowski, *Polska etyka medyczna w latach 1945–1980*, op. cit., s. 184.

⁶⁵⁵ T. Kielanowski, *Wprowadzenie do nauki o etyce i deontologii lekarskiej*, op. cit., s. 14.

kodeks etyki lekarskiej, a Kielanowski z zespołem przygotowuje wspomnianą książkę, w USA i na zachodzie Europy intensywnie rozwija się bioetyka, nowa dziedzina filozofii moralnej na styku z medycyną i naukami biologicznymi. Jej powstanie było konsekwencją szybkiego rozwoju nauk biologicznych i medycznych oraz niezwyklego postępu technologicznego, co wiązało się z wprowadzaniem nowych technik medycznych jak: dializa, transplantacja, diagnostyka prenatalna, stosowanie respiratorów i urządzeń do intensywnej terapii. Pozwalało to skuteczniej zwalczać nie tylko choroby, ale i przesuwać granicę śmierci. Zaczęła się też wyłaniać i formować inżynieria genetyczna, dziedzina o kolosalnych konsekwencjach. Z drugiej strony rozwój gospodarczy, nieumiarkowane eksploatowanie zasobów naturalnych i zanieczyszczenie środowiska zaczęło zagrażać naturalnym ekosystemom i zdrowiu człowieka⁶⁵⁶.

Termin „bioetyka” pojawił się w latach 1970-1971 w Stanach Zjednoczonych za sprawą dwóch uczonych. Posłużył się nim Van Rensselaer Potter⁶⁵⁷, onkolog z University of Wisconsin w Madison oraz André Hellegers, fizjolog i embriolog z prowadzonego przez jezuitów Uniwersytetu Georgetown w Waszyngtonie⁶⁵⁸. Te pierwsze ujęcia różniły się między sobą, co pozostawiło ślad w późniejszym rozumieniu bioetyki i jej zakresu.

Potter, zajmując się etyką środowiskową oraz etyką badań naukowych mających istotny wpływ na człowieka i warunki życia, ujmował etykę z perspektywy ochrony środowiska przyrodniczego i miała ona u niego charakter ekologiczny⁶⁵⁹. Za naczelne zadanie bioetyki uważał on „zapewnienie gatunkowi ludzkiemu kulturowego i biologicznego przetrwania”. Problematyka biomedyczna natomiast nie zajmowała tu centralnego miejsca⁶⁶⁰.

Hellegers zawęził bioetykę do moralnych problemów medycyny i nauk biologicznych bezpośrednio z nią związanych, do dziedziny poszukującej uzasadnień dla norm moralnych mających zastosowanie w biomedycynie. Dostrzegał on potrzebę rozwoju bioetyki ze względu na konieczność respektowania i ochrony praw pacjentów⁶⁶¹.

⁶⁵⁶ T. Biesaga, *Bioetyka* [w:] *Encyklopedia bioetyki*, op. cit., s. 56.

⁶⁵⁷ W artykule – *Bioethics: The Science of Survival* (1970) i w książce *Bioethics: Bridge to the Future* (1971).

⁶⁵⁸ Zob. K. Szewczyk, *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*, Warszawa 2009, s. 35.

⁶⁵⁹ W swoim rozumieniu bioetyki wykorzystał dorobek uczonych o proweniencji ekologicznej (m. in. C.H. Waddingtona, Th. Dobzansky'ego, A. Leopolda).

⁶⁶⁰ Zob. W. Bołoz, *Bioetyka. jej historia i sposoby pojmowania*, „*Studia Ecologiae et Bioethicae*” 2003, nr 1, s. 161-176. Por.: T. Biesaga, *Bioetyka*, [w:] *Encyklopedia bioetyki*, op. cit., s. 58; K. Szewczyk, *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*, op. cit., s. 35.

⁶⁶¹ Wojciech Bołoz wskazuje, że między tymi dwoma ujęciami bioetyki (Pottera i Hellegersa) nie ma sprzeczności, ale mają one inny zakres. Bioetyka w znaczeniu Pottera jest pojęciem nadrzędnym. Bierze ona pod uwagę życie na ziemi i ma dwie części składowe: etykę środowiskową (ekoetykę) oraz etykę medyczną, koncentrującą się na ochronie godności osoby i praw człowieka w odniesieniu do początków życia i jego zakończeniu oraz podczas różnych interwencji medycznych. Podkreśla, że chociaż bioetyka ma niewątpliwie ekologiczną proweniencję, dzisiaj jest ona rozumiana jako dyscyplina związana z ochroną i promocją życia i zdrowia ludzkiego; jest obszarem konfrontowania nauk biomedycznych z naukami humanistycznymi. Stanowi, według niego, dyscyplinę autonomiczną i nie utożsamia się ani z deontologią lub etyką medyczną, ani z prawem medycznym, ani z prawami człowieka. Nie można jej także traktować jako części etyki filozoficznej lub religijnej.

Na kierunki rozwoju bioetyki wpłynęły znacząco dwa ośrodki amerykańskie znane jako Hastings Center i Kennedy Institute. Pierwszy z nich (*Institute of Society Ethics and The Life Sciences*), którego twórcą w 1969 r. był głównie Daniel Callahan, uprawiał bioetykę w szerszym, potterowskim znaczeniu, odnoszącą się obszaru moralnych aspektów związanych z naukami o życiu (*life sciences*), obejmującymi medycynę, biologię, nauki o środowisku, populacji i nauki społeczne (od 1971 r. wydawał wpływowe pismo „Hastings Center Report”)⁶⁶². W drugim, w ośrodku akademickim, w Instytucie Kennedy’ego (*The J. & R. Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics*⁶⁶³), założonym przez samego Hellegersa w 1971 r. rozwijana była bioetyka rozumiana jako dyscyplina naukowa. Zgodnie z koncepcją jego twórcy związana była głównie z etyczną problematyką biomedyczną (w 1978 r. ukazała się znacząca „Encyclopedia of Bioethics”, a później rozpoczęto publikację roczników „Bibliography of Bioethics”)⁶⁶⁴. Od połowy lat siedemdziesiątych zaczęła systematycznie wzrastać liczba ośrodków zajmujących się bioetyką, również w Europie⁶⁶⁵, a jednym z wiodących centrów bioetycznych stał się brytyjski Institute of Medical Ethics, wydający od 1975 r. „Journal of Medical Ethics”⁶⁶⁶.

W Polsce nowoczesna bioetyka zaczyna kształtować się w latach osiemdziesiątych, w ostatnim okresie działalności i publicystycznej aktywności Kielanowskiego. Rozwinie się ona w kolejnej dekadzie i będzie uprawiana zarówno w uczelniach katolickich, jak i świeckich. W Instytucie Filozofii Uniwersytetu Warszawskiego pierwsze seminarium z etyki medycznej poprowadził docent Zbigniew Szawarski. W tym czasie ukazują się także pierwsze prace bioetyki katolickiej ks. Ślipki. Istotne znaczenie będą miały również coraz łatwiejsze

⁶⁶² Ośrodek nie prowadził działalności akademickiej, ale kładł nacisk na współpracę etyków z ekspertami nauk biomedycznych, badając najważniejsze problemy wyrastające z rozwoju nauk o życiu pod względem etycznym, prawnym i społecznym.

⁶⁶³ Tym samym termin „bioetyka” został włączony w nazwę ośrodka i uzyskał instytucjonalny wymiar, co zwiększyło jego popularność i ułatwiło akceptację w roli nazwy nowej dyscypliny. K. Szewczyk wskazuje, że za jego oficjalną aprobatę w tej funkcji można przyjąć uznanie bioetyki za jeden z równoprawnych działów katalogu Biblioteki Kongresu USA w 1974 r. – decyzję podjęto pod wpływem pracy D. Callahana *Bioetyka jako dyscyplina*. Zob. K. Szewczyk, *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*, op. cit., s. 35.

⁶⁶⁴ Celem placówki – powstałej przy wsparciu rodziny Kennedy – była praca badawcza, dydaktyka oraz usługi na rzecz instytucji publicznych w zakresie bioetyki, badań demograficznych i badań nad biologią reprodukcyjną. Instytucja dysponowała trzema odrębnymi jednostkami organizacyjnymi. Zob. W. Bołoz, *Bioetyka. jej historia i sposoby pojmowania*, op. cit., s. 167.

⁶⁶⁵ W Europie pierwszy powstał w 1975 r. w Barcelonie, na wydziale teologicznym tamtejszego uniwersytetu (Instituto Borja de Bioetica), a następnie we Francji i we Włoszech.

W tym czasie również zaczęły tworzyć się organizacje, komitety, komisje tworzone przy parlamentach państwowych oraz później przy Parlamencie Europejskim. Zaczęto ogłaszać liczne deklaracje, konwencje, rekomendacje, rezolucje oraz kodeksy etyczne i prawne obejmujące zagadnienia bioetyczne. Pewnego rodzaju syntezą wielu dokumentów poświęconych problemom bioetyki stała się Europejska Konwencja Bioetyczna z 1997 r.: *Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej w kontekście Zastosowań Biologii i Medycyny*. Instytuty i komisje bioetyczne działające przy klinikach i szpitalach zaczęły rozstrzygać kwestie moralne w poszczególnych przypadkach, a ich ustalenia wpływają na oceny prawne decyzji lekarza i sposobów leczenia. Istotnego znaczenia nabrały również wyroki sądów dotyczące sytuacji kontrowersyjnych, kształtując tym samym określoną praktykę w danym zakresie. Za : T. Biesaga, *Bioetyka*, op. cit., s.58.

⁶⁶⁶ Później noszący tytuł: „Bulletin of Medical Ethics”. Były to odpowiedniki amerykańskiego „Hastings Center Report”.

i powszechniejsze kontakty międzynarodowe, w wyniku których pracownicy naukowcy mogli częściej wyjeżdżać na stypendia do ośrodków zachodnich zajmujących się bioetyką⁶⁶⁷. Sytuacja zmienia się diametralnie pod tym względem po przemianach społeczno-ustrojowych 1989 roku.

Upowszechnienie się i popularność nowego słowa „bioetyka” spowodowało terminologiczne zamieszanie, szczególnie kiedy próbuje się określić relacje między bioetyką a etyką lekarską⁶⁶⁸ oraz etyką medyczną – terminem także często stosowanym. Tym bardziej, że bioetyka wciąż poszukuje swojej „tożsamości” i definicji, jest w trakcie określania swego przedmiotu i metod, a jej zakres uzależniony będzie od szerszego lub węższego rozumienia⁶⁶⁹. W węższym znaczeniu w zasadzie utożsamia się ją z, wzbogaconą o nowe szczegółowe problemy, etyką medyczną (i czasami – głównie w USA – określaną etyką biomedyczną) i nie ma między tymi pojęciami istotniejszej różnicy. K. Szewczyk nazywa je standardowym rozumieniem bioetyki⁶⁷⁰. W szerszym znaczeniu – tzw. klasycznym ujęciu – jest nurtem refleksji globalnej, dotyczącej wpływu cywilizacji na procesy życia i przyszłość Ziemi⁶⁷¹, obejmuje tym samym także problematykę biomedyczną⁶⁷².

Wydaje się, że należy bioetykę rozumieć szerzej, odnosząc ten termin również do refleksji o problemach globalnych. Niezależnie jednak od tego bioetyka, jako pojęcie ogólniejsze, swoim zakresem obejmuje etykę medyczną⁶⁷³, a ta z kolei tradycyjnie rozumianą etykę lekarską wraz z deontologią, która jest terminem dla wielu już anachronicznym.

Dyskusyjnym zagadnieniem pozostaje także kwestia autonomii bioetyki jako samodzielnej dyscypliny naukowej i jej relacji do etyki. Wskazuje się na trzy podejścia, reprezentowane także w polskim piśmiennictwie, traktujące tę dyscyplinę jako dział etyki szczegółowej, jako pozanaukową refleksję etyczną oraz jako samodzielną dyscyplinę naukową. W licznych polskich publikacjach, głównie przedstawicieli myśli katolickiej, bioetyka jest rozumiana jako dział etyki szczegółowej – chociaż posiada swój własny przedmiot. Jest więc z jednej strony autonomiczna, ale z drugiej – jej celem, tak jak etyki, jest dążenie do ustalenia obiektywnych norm działania. Wzorcowym ujęciem stała się definicja ks. Ślipki, określająca bioetykę jako „dział filozoficznej etyki szczegółowej, która ma ustalić oceny i normy (reguły) moralne ważne w dziedzinie działań (aktów) ludzkich polegających na

⁶⁶⁷ Jak np. projekt realizowany przez prof. Zbigniewa Pełczyńskiego – Oxford Hospitality Scheme na Uniwersytecie Oksfordzkim. Zob. M. Wichrowski, *Polska etyka medyczna w latach 1945–1980*, op. cit., s. 170.

⁶⁶⁸ Wyrazem takiego zamieszania była np. nazwa jednostki zajmującej się moralną problematyką w medycynie w jednej z akademii medycznych: Zakład Etyki, Bioetyki i Deontologii.

⁶⁶⁹ Zob. T. Biesaga, *Bioetyka*, [w:] op. cit., s. 58 nast.; K. Szewczyk, *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*, op. cit., s. 35 nast.; B. Wesołowski, *Sposoby rozumienia bioetyki w Polsce* [online] [dostęp 19 XII 2010]. Dostępny w World Wide Web: <http://www.cecib.uksw.edu.pl/czytelnia-biopravo-i-bioetyka-42/>.

⁶⁷⁰ Zob. K. Szewczyk, *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*, op. cit., s. 35.

⁶⁷¹ Z. Szawarski, *Mądrość i sztuka leczenia*, op. cit., s. 20.

⁶⁷² Funkcjonuje ponadto jeszcze jedno specyficzne i wąskie rozumienie bioetyki, stosowane głównie przez ekologów – staje się ona tu wyłącznie synonimem etyki środowiskowej, ekologicznej.

⁶⁷³ Prof. Szawarski preferuje termin „etyka medyczna”. Ibidem.

ingerencji w granicznych sytuacjach powstawania życia, jego trwania i śmierci”⁶⁷⁴. Bioetyka, będąc częścią etyki normatywnej, ma na celu zastosowanie „ogólnych zasad etycznych do szczegółowych dramatycznych sytuacji ludzkiego życia”⁶⁷⁵ i można wydzielić jej trzy podstawowe działy:

- biogenezę – rozważania dotyczące przekazywania i początków życia ludzkiego,
- bioterapię – refleksję nad właściwymi sposobami ochrony i trwania życia,
- tanatologię – obejmującą problematykę końca życia, śmierć i umieranie.

Odmienne rozumieją bioetykę stanowiska, dla których jest ona autonomiczną dyscypliną naukową, aczkolwiek natrafiają na różne trudności związane z jej interdyscyplinarnym charakterem. Chodzi tu zarówno o ujęcia szersze, potterowskie⁶⁷⁶, oraz węższe, biomedyczne (zbliżone do Hellegersa) – bioetyka, według „Encyclopedia of Bioethics” z 1978 r., jest „systematycznym studium postępowania ludzkiego w obszarze nauk o życiu i trosce o zdrowie, które to postępowanie winno być oceniane w świetle wartości i zasad moralnych”⁶⁷⁷.

Wielu autorów nie zalicza jednak bioetyki do dyscyplin naukowych, ponieważ stosowane przez nią metody poznawcze oraz sposób dowodzenia też nie są dostatecznie precyzyjne i jednoznaczne. Narodziny i kształtowanie się bioetyki jest konsekwencją rozwoju innych dyscyplin naukowych. Bioetyka w rozumieniu, np. W. Tulibackiego, jest raczej bliższa „swobodnej refleksji intelektualnej, rozważaniom i dywagacjom ujawniającym aksjologiczne doznania, wybory moralne i światopoglądowe”⁶⁷⁸. W podobnym duchu wypowiada się Szawarski – „kiedy używa się terminu bioetyka [...] ma się na myśli nie tyle określoną dyscyplinę nauki, lecz raczej refleksję moralną nad szczegółowymi problemami, jakie niesie ze sobą rozwój współczesnych nauk o życiu. I w tym rozumieniu bioetyka nie jest *sensu stricte*

⁶⁷⁴ T. Ślipko, *Granice życia. Dylematy współczesnej bioetyki*, Warszawa 1987, s. 16. Pozycja ta była jedną z pierwszych naukowych monografii w zakresie bioetyki w Polsce.

⁶⁷⁵ Ibidem, s.17.

⁶⁷⁶ Według A. Filipowicza zgodnie z projektem V.R. Pottera bioetyka globalna, będąc globalną wiedzą o przetrwaniu, jawi się jako nowa i autonomiczna nauka. Filipowicz podkreśla, że bioetyka w rozumieniu Pottera ukazuje się jako „interdyscyplinarna i interkulturowa dziedzina wiedzy naukowej, która analizuje i ocenia wszelkie zjawiska dotyczące życia w świetle wartości etyczno-religijnych, celem zapewnienia przetrwania ludzkości i zachowania środowiska naturalnego dla przyszłych pokoleń. Jako globalna wiedza o przetrwaniu jest faktycznie nową i autonomiczną nauką”. Zob. A. Filipowicz, *Czym jest to, co zwiemy bioetyką?*, „Studia Bobolanum” 2001, nr 1, s. 166.

⁶⁷⁷ Cyt. za: T. Biesaga, *Bioetyka*, [w:] *Encyklopedia bioetyki*, op. cit., s. 58. To ogólne sformułowanie wskazuje, że przedmiotem bioetyki są nauki o życiu, jednak w tym rozumieniu koncentruje się ona na zagadnieniach związanych z ludzkim zdrowiem i życiem, a problematyka ochrony całego ekosystemu powinna być raczej podejmowana w ramach etyki środowiskowej lub ekologicznej. W wersji zmodyfikowanej, w wydaniu z 1995 r., definicja ta określa bioetykę jako „systematyczne studium aspektów moralnych – wraz z moralną oceną, decyzjami, praktyką i polityką – nauk o życiu i opiece zdrowotnej, stosujące różne etyczne metody w interdyscyplinarnym ujęciu”. Cyt. za: W. Bołoz, *Bioetyka, jej historia i sposoby pojmowania*, op. cit., s. 171.

⁶⁷⁸ Zob. W. Tulibacki, *Etyka i nauki biologiczne*, Olsztyn 1994, s. 119. Według Tulibackiego bioetyka „nie posiada swoistej jednoznaczności, do której z takim uporem dążą dyscypliny naukowe”.

częścią nauki, lecz stanowi pewną dyscyplinę filozoficzną, mianowicie tę część filozofii moralnej, która zajmuje się moralnymi problemami biologii i medycyny⁶⁷⁹.

W jaki sposób rozwój i rozumienie bioetyki na świecie, a później w Polsce, wiąże się z uprawianiem przez Kielanowskiego refleksji moralnej związanej z medycyną? Jak ukazuje historia tej dziedziny, narodziny pojęcia „bioetyka” i jej dojrzewanie przypada na kilkanaście ostatnich lat aktywności i twórczości Kielanowskiego. Interesujące jest, że nie używa on w ogóle terminu „bioetyka” i w zasadzie także „etyka medyczna”. Stając się w Polsce prekursorem tematyki podejmowanej przez te dziedziny, pozostaje przy tradycyjnej nazwie etyki lekarskiej lub deontologii lekarskiej. Wydaje się, że jest to kwestia bardziej terminologiczna. Nie upowszechnił on terminu „bioetyka”, ale upowszechnił moralną problematykę bioetyki i sposoby jej ujmowania, które zaczęły się prezentować pod tą nazwą. Promował także konieczność dyskursu i wypracowywania rozwiązań wychodząc poza środowisko lekarskie. W stosunku do nowych problemów moralnych wynikających z biomedycznego postępu Kielanowski prezentował stanowisko zbliżone do Szawarskiego – rozumiejąc uprawianie etyki lekarskiej jako szeroką i niezależną refleksję moralną.

Zbigniew Szawarski, przeanalizował dziesięć roczników brytyjskiego „Journal of Medical Ethics”, począwszy od numeru pierwszego z roku 1975 i wyróżnił czternaście bloków tematycznych dominujących tam zagadnień⁶⁸⁰: 1. przerywanie ciąży, sterylizacja, techniki antykoncepcyjne, 2. sztuczne zapłodnienie, 3. eksperymenty kliniczne, 4. śmierć i eutanazja, 5. moralne problemy związane z organizacją służby zdrowia, 6. stosunek lekarza i pacjenta, 7. problemy moralne związane ze stosowaniem pewnego rodzaju leków, 8. etyka medyczna: pojęcie, definicja, zadania, 9. medycyna i społeczeństwo, 10. transplantacja narządów, 11. ból i jego zwalczanie, 12. psychiatria, etyka i problemy zdrowia psychicznego, 13. zagadnienia nauczania etyki medycznej, 14. stosowanie przymusu w leczeniu.

Odnosząc to zestawienie do zagadnień podejmowanych przez Kielanowskiego należy stwierdzić, że prawie wszystkie kwestie były w jakimś stopniu przez niego ukazywane i poruszane, a w szczególności: zagadnienia dotyczące eksperymentu klinicznego, śmierci i umierania oraz eutanazji, relacji między lekarzem i pacjentem, problemów moralnych związanych ze stosowaniem leków, zadań etyki lekarskiej, społecznej roli medycyny, cierpienia, bólu i jego zwalczania oraz związane z przerywaniem ciąży i sterylizacją. Wiele z nich podejmował już w połowie lat pięćdziesiątych⁶⁸¹. Dostrzegał wcześniej niż inni trudne moralnie sytuacje i przewidywał konsekwencje wynikające z przemian w naukach medycznych i dostępności nowych technologii. Może nawet najważniejszą rolę jaką odegrał, było ujawnianie tych problemów, stawianie trudnych, czasem niechcianych pytań. I jeżeli

⁶⁷⁹ Z. Szawarski, *Bioetyka*, op. cit., s. 22,

⁶⁸⁰ Za: Z. Szawarski, *Wprowadzenie – dwa modele etyki medycznej*, [w:] op. cit., s. 20. Artykuły w „Journal of Medical Ethics” były pisane głównie przez lekarzy, organizatorów służby zdrowia, filozofów oraz teologów.

⁶⁸¹ Zob. m. in.: T. Kielanowski, *Rozważania na temat moralności służby zdrowia*, „Nowe Drogi” 1956, nr 7-8; T. Kielanowski, *Etyka socjalistycznej służby zdrowia*, „Służba Zdrowia” 1956, nr 3, s. 1.

w filozofii wysoko ceni się radykalne zapytywanie, to Kielanowski był filozofem medycyny najpełniej właśnie w takim sensie.

Jaki wpływ na Kielanowskiego miały toczące się na Zachodzie dyskusje dotyczące zarówno samego statusu bioetyki, jak problemów przez nią podejmowanych – trudno jednoznacznie rozstrzygnąć. Do lat osiemdziesiątych bardzo powoli docierały do Polski nowości z zachodnich publikacji. Dzięki znajomości kilku języków i osobistym kontaktom Kielanowski zawsze miał kontakt z literaturą światową, czego świadectwem jest m. in. ogromna ilość recenzji książek ukazujących się w językach angielskim, niemieckim, francuskim⁶⁸². Należy sądzić, że znał wiele publikacji ukazujących się poza granicami naszego kraju. Jednak poza kilkoma recenzjami – głównie dotyczącymi książek z zakresu tanatologii, niewiele jest wśród nich innych pozycji z zakresu rozwijającej się bioetyki (etyki biomedycznej). Należy tu pamiętać, że wypracowywanie zrębów bioetyki dokonywało się raczej w trudno dostępnym w Polsce czasopiśmiennictwie i artykułach naukowych, a nie w publikacjach książkowych, które pojawiły się później. Ale to właśnie tanatologia, tanatologiczny aspekt bioetyki – „medyczne i moralne zagadnienia śmierci i umierania” stały się jednym z zasadniczych tematów podejmowanych przez Kielanowskiego. Niezależnie jednak od stopnia współzależności od światowych tendencji Tadeusz Kielanowski odegrał szczególną i ważną rolę w kształtowaniu się problematyki określanej dzisiaj jako „bioetyczna”.

⁶⁸² Do połowy lat osiemdziesiątych Kielanowski, mimo zdrowotnych problemów, był jeszcze aktywnym publicystą, jednak recenzje z ostatniego okresu dotyczą przede wszystkim polskich nowości.

4.2. Specyfika etyki lekarskiej

U początków swojej refleksji nad zagadnieniami moralnymi związanymi z medycyną (lata pięćdziesiąte), Tadeusz Kielanowski rozumiał, że nowa problematyka wyrastająca z postępu nauk medycznych i dokonujących się przemian oraz wielości profesji w obrębie służby zdrowia, wykraczają poza tradycyjnie ujmowaną etykę lekarską. Dlatego też poszukiwał odpowiedniejszego określenia i proponował początkowo nazwać ją „nauką o moralności służby zdrowia”; pojęcie „etyka lekarska” jest według niego nieadekwatne – zarówno za szerokie, jak i za wąskie: „za szerokie, bo przywykliśmy uważać etykę za rozległy dział filozofii, a nie spis zasad czy prawideł postępowania [...]. Określenie wydaje się nam za wąskie, bo służba zdrowia obejmuje dziś już nie tylko pracę lekarzy, ale także pracę felczerów, położnych, pielęgniarek, laborantów, farmaceutów, salowych itd.”⁶⁸³. Ostatecznie jednak pozostał przy tradycyjnej nazwie etyki lekarskiej (nie skorzystał z upowszechniającego się później w obszarze języka angielskiego szerszego pojęcia *medical ethics*) w węższym sensie odnosząc jej problematykę do moralnych aspektów związanych z wykonywaniem pracy lekarza i używał też określenia „zawodowa etyka lekarska” oraz „deontologia lekarska”. Zawodowa etyka lekarska – pisał w „Propedeutyce medycyny” – „są to pewne tradycyjne i nowo powstające, pisane i niepisane normy moralne, do których się lekarz musi stosować wykonując swój zawód. Dotyczą one stosunku do chorego, do społeczeństwa i do swoich współpracowników”⁶⁸⁴.

Termin „deontologia” – wprowadzony przez Jeremy'ego Benthama, jednego z twórców utilitaryzmu – odnoszony był do nauki o powinnościach i obowiązkach, nauki traktowanej jako część etyki. Termin ten bardzo często kojarzono z zasadami etyki zawodowej, szczególnie z kodeksami tej etyki. Deontologię uważa się więc za zespół reguł – zarówno pochodzenia moralnego, jak i bardziej fachowo-technicznego – które powinny być przestrzegane przez osobę wykonującą dany zawód (i często odróżnia się ją od etyki zawodowej, uważanej wówczas za dyscyplinę naukową mającą za przedmiot deontologię zawodową⁶⁸⁵). Deontologia lekarska, pojęcie rozpowszechnione w polskiej tradycji (podobnie we francuskiej i włoskiej), jest więc nauką o powinnościach lekarskich.

Relacje między etyką lekarską a deontologią były rozmaicie ujmowane; czasami je utożsamiano i pod tą nazwą była ona przedmiotem nauczania na wydziałach lekarskich. Częściej jednak traktowano deontologię lekarską jako węższą część lekarskiej etyki dotyczącą obowiązków. Jednocześnie upowszechniało się w Polsce określenie „etyka i deontologia lekarska” wynikające z przekonania, że nie można zredukować etyki lekarskiej jedynie do zbioru powinności, bo „jako nauka buduje ona swoje podstawy na uzasadnieniach

⁶⁸³ T. Kielanowski, *Rozważania na temat moralności służby zdrowia*, „Nowe Drogi” 1956, nr 7-8, s. 48.

⁶⁸⁴ T. Kielanowski, *Propedeutyka medycyny*, op. cit., s. 217.

⁶⁸⁵ Za: H. Izdebski, *Kodyfikacja etyki w służbie publicznej – doświadczenia kodeksu etyki służby cywilnej* [online] [dostęp 22 XII 2010]. Dostępny w World Wide Web: <http://www.diametros.iphils.uj.edu.pl/pdf/diam25izdebski.PDF>.

teoretycznych, będących przedmiotem zainteresowania etyki opisowej”⁶⁸⁶. Dlatego też powojenne kodeksy będą nosiły nazwy, dzisiaj już nie stosowane, zbiorów zasad etyczno-deontologicznych.

Podobnie podchodził do tej kwestii Kielanowski i odróżniał etykę lekarską od deontologii – nie podejmując analizy tego rozróżnienia i nie traktując oczywiście tych dziedzin jako rozłącznych. Z kontekstu wypowiedzi wynika, że pojęcie „etyka lekarska” stara się zwykle rozumieć szeroko, nie tylko jako część etyki normatywnej, ustalającej oceny i normy postępowania w zawodzie lekarza, ale jako filozoficzną refleksję moralną nad problematyką medyczną, której zadaniem jest racjonalne, krytyczne ocenianie założeń i argumentów, badanie tego, co słuszne, i tego, co powinno się czynić, a czego unikać w praktyce lekarskiej. Myślenie Kielanowskiego zmierza w kierunku rozumienia etyki lekarskiej jako „filozoficznej etyki lekarskiej”, używając tu późniejszego sformułowania R. Gillona, który określa ją jako „analityczne i krytyczne badanie pojęć, założeń, przekonań, postaw, uczuć, racji i argumentów, leżących u podstaw podejmowania decyzji moralnych w medycynie”⁶⁸⁷. Według Gillona jednym z jej celów jest „spowodowanie, by decyzje takie były podejmowane w sposób bardziej przemyślany i intelektualnie rygorystyczny”⁶⁸⁸. Dlatego też zasadniczym postulatem Kielanowskiego będzie oparcie etyki lekarskiej na etyce niezależnej, w rozumieniu Kotarbińskiego⁶⁸⁹.

Etyka lekarska, w ujęciu Kielanowskiego, obejmuje swoim zakresem zarówno jej część tradycyjną – tzn. zagadnienia, które musiała rozstrzygać od wieków i które rozstrzyga na nowo, stosownie do współczesnych czasów i poziomu medycyny – oraz część nową, obejmującą kwestie, które pojawiają się na styku rozwijających się nauk biomedycznych, technologicznych możliwości medycyny oraz kwestie, które wynikają z przemian kulturowych. Wszystkie te aspekty dzisiaj określa się zagadnieniami bioetycznymi. Deontologia lekarska natomiast stanowiłaby generalnie konkretyzację wypracowanych zasad ogólnych i obowiązujących norm uniwersalnych – w postaci sformułowanych wskazań i powinności lekarskich, czyli w postaci norm szczegółowych, prakseologicznych, wyrażonych np. w kodeksach deontologicznych. (Terminu „deontologia” Kielanowski używa czasami w szerszym rozumieniu, odnosząc go do etyki lekarskiej – głównie w tradycyjnym jej zakresie, tworzonej zasadniczo przez lekarzy i dla nich przeznaczonej). „Szczegółowe – pisał Kielanowski – spisywane i publikowane zbiory norm deontologicznych stanowią więc drogowskazy pożytecznego, a więc moralnie poprawnego postępowania ludzi w ogóle lub ludzi wykonujących pewne zawody; zbiory zawierają przykazania, nakazy i zakazy”⁶⁹⁰. Wskazywał, że lekarskie normy deontologiczne muszą być zgodne z ogólnymi zasadami

⁶⁸⁶ T. Brzeziński, *Etyka lekarska* [w:] *Encyklopedia bioetyki*, op. cit., s. 145.

⁶⁸⁷ R. Gillon, *Etyka lekarska. Problemy filozoficzne*, tłum. A. Alichniewicz, A. Szczęsna, Warszawa 1997, s. 12.

⁶⁸⁸ Ibidem.

⁶⁸⁹ T. Kielanowski, *Wprowadzenie do nauki o etyce i deontologii lekarskiej*, op. cit., s. 11.

⁶⁹⁰ Ibidem.

etycznymi obowiązującymi w danej epoce i kulturze. W kulturze współczesnej, w społeczeństwie pluralistycznym, nie mogą bazować na światopoglądzie religijnym, lecz „szanują podstawowe świeckie kanony etyczne zgodne z uczuciem poprawności moralnej, niezależnej od nakazów i zakazów religijnych. Są więc zgodne z etyką nazywaną przez W. Tatarkiewicza i T. Kotarbińskiego etyką niezależną”⁶⁹¹. Kielanowski podkreśla, że proces formułowania norm deontologicznych ma charakter empiryczny, tzn. ustalane są głównie w wyniku zaistnienia i rozpoznania następstw „zawodowej patologii moralnej”⁶⁹². Jako przykład podaje nakaz zachowania tajemnicy lekarskiej, który nie istniałby, gdyby nie pojawiły się już w odległej przeszłości krzywdy moralne ludzi chorych spowodowane ujawnieniem przez lekarzy okoliczności z życia prywatnego pacjenta, które ten chciał zachować w tajemnicy⁶⁹³.

Wiele profesji pełniących bardzo ważną społecznie rolę, tworzy własne, szczegółowe zasady etyki zawodowej. Zawód lekarski zajmuje szczególną pozycję ze względu na bardzo wysoki prestiż, gdyż praca lekarza polega na ochronie wartości najwyższego rzędu – życia i zdrowia człowieka – a etyka lekarska jest z pewnością najbardziej charakterystyczną, wyrazistą i trwałą, mimo ewoluowania zasad, i jednocześnie, rozbudowaną etyką zawodową.

Wprawdzie już Biegański w 1914 r. rozważał etykę lekarską w kontekście innych etyk zawodowych⁶⁹⁴, a głównie w relacji do etyki ogólnej, później m. in. Maria Ossowska⁶⁹⁵. Jednak chyba pierwszą polską książką poświęconą analizie etyk zawodowych było opracowanie pod redakcją A. Sarapaty „Etyka zawodowa”⁶⁹⁶. Podejmowała ona zagadnienia teoretyczne (np. relację między etykami zawodowymi a etyką ogólną, kwestie funkcji, które pełnią etyki zawodowe i potrzeby ich formułowania) oraz prezentowała zagadnienia etyk poszczególnych profesji: lekarskiej, adwokackiej, nauczycielskiej i in. Kielanowski był tu autorem rozdziału „Zawodowa etyka lekarska. Rozważania na temat kilku aktualnych zagadnień” i zgodnie z tytułem podejmował bieżącą problematykę moralną wyrastającą z uwarunkowań współczesnej medycyny.

W odniesieniu do relacji między etyką lekarską a ogólną najczęściej przyjmowanym poglądem jest ten, że jak każda inna etyka zawodowa, jest ona ściśle związana z etyką ogólną, że jest jej konkretyzacją⁶⁹⁷, a jej zasady wynikają z ogólnych norm etycznych (tak głosi

⁶⁹¹ Ibidem.

⁶⁹² Ibidem.

⁶⁹³ Ibidem, s. 12.

⁶⁹⁴ Zob. W. Biegański, *Kilka uwag w sprawie etyki zawodowej lekarskiej*, [w:] idem, *Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej*, op. cit.

⁶⁹⁵ Zob. M. Ossowska, *Podstawy nauki o moralności*, Warszawa 1957 (I wydanie w 1947 r.).

⁶⁹⁶ *Etyka zawodowa*, pod red. A. Sarapaty, Warszawa 1971.

⁶⁹⁷ Bardzo mocno tę kwestię akcentował W. Biegański, a za nim również wielu przedstawicieli polskiej szkoły filozofii medycyny. Z kolei W. Szenajch pisał: „Prawdą jest, że etyka zawodowa lekarska jest tylko szczegółowym zastosowaniem etyki ogólnej do szczególnych sytuacji – etyki wychodzącej z zasadniczej idei poszanowania człowieka, czci dla życia. Ale medycyna ma odrębne zadania w społeczeństwie, odrębne zadania prowadzą do odrębnych obowiązków, a odrębne obowiązki wymagają nie tylko odrębnych środków materialnych i fizycznych, lecz głównie określonych właściwości umysłowych i moralnych lekarza”. W. Szenajch, *Myśli lekarza*, Warszawa 1965, s. 78.

obecnie obowiązujący „Kodeks etyki lekarskiej”). Takie też stanowisko prezentował Kielanowski, takie generalnie było przekonanie innych autorów powyższej publikacji. Jednakże istotnym problemem pozostaje rozważenie, co należałoby rozumieć przez etykę ogólną, gdyż termin ten często występuje jako bliżej niesprecyzowany i można go rozumieć na kilka sposobów. M. Michalik przyjmował tu, że etyka zawodowa, to „głównie zastosowanie ogólnych dyrektyw moralnych występujących w danym społeczeństwie do konkretnych sytuacji zawodowych, to konkretyzacja moralności ogólnospołecznej”⁶⁹⁸. Mamy tu do czynienia z trochę inaczej sformułowanym, wcześniejszym, socjologizującym ujęciem M. Ossowskiej, która uznawała „etykę lekarską czy adwokacką [...] za przystosowanie naszej obiegowej moralności do pewnych określonych sytuacji”⁶⁹⁹.

Ciekawie zagadnienie ujmowała Ija Lazari-Pawłowska. Wskazała, że kiedy autorzy mówią o zasadniczej tożsamości etyki zawodowej i ogólnej (biorąc pod uwagę różne desygnaty tej nazwy), mają na uwadze nie tyle porównywanie ze sobą poszczególnych norm obu dziedzin, ile przede wszystkim jakąś podstawową, generalnie obowiązującą zasadę. Według Lazari-Pawłowskiej jest nią moralny dezyderat, który nazywa postulatem życzliwości. Może on występować w dwóch odmianach: pozytywnej, maksymalistycznej – kiedy domaga się czynnego zabiegania o dobro drugiego człowieka, oraz negatywnej, minimalistycznej – kiedy domaga się nie krzywdzenia, nie wyrządzania zła ponad miarę uznaną za konieczną⁷⁰⁰. Dlatego też uznaje, że teza o zasadniczej zgodności etyki ogólnej i zawodowej dałaby się obronić przy interpretacji, że „zabieganie o cudze dobro traktowane bywa często jako definicyjnie związane z pojęciem normy etycznej. Na tej właśnie podstawie można uznać, że wszelka etyka – obojętne czy ogólna, czy zawodowa – stanowi zbiór nakazów stojących na straży pozaosobistego dobra działającej jednostki, upatrując w tym czynnik wspólny dla obu etyk”⁷⁰¹. Interesująca jest tu również interpretacja etyki zawodowej w kategorii ról społecznych, rozumianej wtenczas jako zbiory zasad. Jeżeli przedstawiciel danej profesji będzie się kierował tymi zasadami, może właściwie i w pełni zrealizować pełnioną przez siebie rolę społeczną.

Przywołanie myśli Lazari-Pawłowskiej, znaczącego polskiego etyka, jest ważne, ponieważ dla Kielanowskiego zasada życzliwości i współczucia będą, *expressis verbis*, podstawowymi zasadami, którymi winien kierować się lekarz⁷⁰². Natomiast bycie lekarzem, jak często podkreślał Kielanowski, to pełnienie szczególnej roli społecznej wiążącej się z postawą charakterystyczną dla „spolegliwego opiekuna”, wobec którego zaufanie chorego ma zasadnicze znaczenie. Wyjątkowość zawodu lekarza polega na tym, że „wykonawca musi

⁶⁹⁸ M. Michalik, *Spoleczne przestanki, swoistość i funkcje etyki*, [w:] *Etyka zawodowa*, op. cit., s. 17.

⁶⁹⁹ M. Ossowska, *Podstawy nauki o moralności*, Warszawa 1957, s. 352.

⁷⁰⁰ I. Lazari-Pawłowska, *Etyka zawodowa*, „Etyka” 1969, t. 4, s. 62. Dalej autorka pisze: „Chociaż etyki zawodowe zawierają różne co do treści zespoły norm, ich skład podstawowy stanowią – moim zdaniem – normy ogłoszone ze względu na wymieniony tu postulat w jego odmianie bądź pozytywnej, bądź negatywnej i w nim znajdują swe uzasadnienie”.

⁷⁰¹ I. Lazari-Pawłowska, *Etyki zawodowe jako role społeczne*, [w:] *Etyka zawodowa*, op. cit., s. 36.

⁷⁰² Zob. m. in. T. Kielanowski, *Propedeutyka medycyny*, op. cit., s. 222.

mieć do swej pracy przede wszystkim stosunek uczuciowy. Bez tego lekarz nie będzie spełniał poprawnie swoich zadań, a sam będzie człowiekiem nieszczęśliwym”⁷⁰³. U Kielanowskiego zasada życzliwości funkcjonuje jako postulat ofiarnego służenia ludziom i niesienia pomocy. Od lekarza oczekuje w wielu wypadkach bardzo daleko idącej ofiarności, a pracy zawodowej nie pozwala traktować jako w pierwszym rzędzie zajęcia zarobkowego. „Chęć zysku nie może być nigdy głównym motywem działalności lekarza” – postulował T. Kielanowski.

Etyka lekarska należy do najstarszych etyk zawodowych. W szczególny sposób wiążąc się z postacią Hipokratesa i przysięgą nazywaną jego imieniem⁷⁰⁴. Sięga czasów starożytnego Egiptu, które tradycja hipokratejska najprawdopodobniej przejęła i rozwinęła. „Zasady moralnie poprawnego wykonywania zawodu lekarza są prawdopodobnie równie stare jak zawód lekarski”⁷⁰⁵ – zasadnie przypuszcza Kielanowski. Każdy z dawnych kręgów kulturowych wypracował własną, ale co ciekawe – podobnie jak w przypadku tzw. uniwersalnych zasad moralnych – w wielu punktach zbieżną tradycję moralną dotyczącą sztuki leczenia, stawiającą wysokie wymagania wobec jej adeptów⁷⁰⁶. Dyskutowane i kodyfikowane w Grecji, w piątym stuleciu przed naszą erą, zasady etyki lekarza mają podstawowe znaczenie dla europejskiej kultury medycznej. Kielanowski wskazuje, na interesujący fakt, że potrzebę ustalenia lekarskich etycznych norm postępowania, które zagwarantowane były już wtedy uroczystą przysięgą, odczuwano w epoce, w której zawód lekarski jako niezależny od funkcji kapłańskich i religijnych, pojawił się w historii po raz pierwszy. Zastanawiając się nad wysokim poziomem i wymogami poprawności moralnej, począwszy od starożytności aż do dzisiaj – wskazuje, że wynika to z pewnych szczególnych cech pracy lekarskiej, którymi według niego są:

- nieodwracalność następstw decyzji i czynności lekarskich, dotyczących życia i zdrowia,
- konieczność powierzania lekarzowi tajemnic, omawiania z nim spraw najbardziej osobistych i intymnych,
- konieczność poddawania się zabiegom bolesnym, przykrym i niebezpiecznym oraz zezwalanie na dokonywanie ich u osób najbliższych⁷⁰⁷.

„Lekarz sprawuje nad chorym władzę absolutną i tyraniczną – pisał Tadeusz Kielanowski – władza jest absolutna, bo nie zezwala na zatajenie niczego; do spowiedzi można nie chodzić i mnóstwo ludzi nie chodzi, ale do lekarza zaprowadzi każdego ból i strach. Władza lekarza jest tyraniczna, bo mimo nowoczesnej tendencji i konieczności pracy w zespole decyzje lekarskie są decyzjami jednoosobowymi, a na odwoływanie się od nich do

⁷⁰³ T. Kielanowski, *Propedeutyka medycyny*, op. cit., s. 299.

⁷⁰⁴ Tekst *Przysięgi Hipokratesa* zamieszczony jest w aneksie.

⁷⁰⁵ T. Kielanowski, *Wprowadzenie do nauki o etyce i deontologii lekarskiej*, op. cit., s. 11.

⁷⁰⁶ Np. starożytne hinduskie przysłowie głosi: „Gdy jesteś chory, lekarz jest twoim ojcem. Gdyś wyzdrowiał, jest przyjacielem. Gdy jesteś całkiem zdrow, jest stróżem. Można się obawiać rodzzonego brata lub własnej matki, bać się przyjaciela, lecz nigdy lekarza”.

⁷⁰⁷ T. Kielanowski, *Zawodowa etyka lekarska – rozważania na temat kilku aktualnych zagadnień*, [w:] *Etyka zawodowa*, op. cit., s. 174.

wyższych autorytetów bardzo często nie ma czasu”⁷⁰⁸. Wskazywał, że społeczeństwo upoważniając lekarzy do wykonywania zawodu o tak nieograniczonej i dalekosiężnej mocy decydowania o życiu ludzkim, łącznie z prawem zadawania ran (chirurgia) i ograniczania wolności osobistej (choroby zakaźne i psychiczne), asekuruje się właśnie wymaganiami od nich wysokich kwalifikacji fachowych i etycznych⁷⁰⁹. Te etyczne kwalifikacje wiążą się z prawym charakterem i wysokim poziomem moralnym i są też zdaniem Kielanowskiego najważniejszym gwarantem fachowej sumienności lekarza. Kształtują się przez całe życie i są wynikiem złożonych czynników (poczynając od wychowania), a wśród których praca nad sobą jest jednym z podstawowych. Ale ten poziom w istotny sposób wiąże się z jakością etyki lekarskiej, która zależy także od stale podejmowanych refleksji i rozważań dotyczących aktualnych zagadnień oraz wysiłków w wypracowywaniu konsensusu co do spornych kwestii.

Współczesność stawia przed lekarzami zupełnie nowe dylematy, które wymagają aktualnych ocen moralnych i zgodnych z nimi rozstrzygnięć praktycznych. We „Wprowadzeniu do nauki o etyce lekarskiej” Kielanowski wychodzi od stwierdzenia, że tradycyjne, hipokratesowe normy etyczne stały się niewystarczające wobec osiągnięć nauk medycznych i nowych technologii, a także wobec coraz szybciej przebiegających zmian kulturowych i towarzyszących temu zmian warunków świadczenia usług lekarskich. „Obowiązki lekarza nie ograniczają się już bowiem do pocieszania chorego, do łagodzenia jego cierpienia i leczenia za pomocą metod uświęconych najdawniejszą tradycją”⁷¹⁰. Wyposażony w nowoczesną wiedzę przyrodniczą lekarz ma do dyspozycji skomplikowaną aparaturę diagnostyczną i zabiegową. Jego praca jest dzisiaj najczęściej pracą zespołową i musi opierać się na wynikach różnych badań laboratoryjnych oraz opinii specjalistów. Już ten oczywisty fakt rodzi pytanie o odpowiedzialność za podejmowane decyzje wobec chorego. Ponadto „lekarz musi także zapobiegać chorobom, a czyniąc to na skalę społeczną, musi czasem – rzadko i z żalem, ale musi działać wbrew woli i życzeniu zdrowego lub chorego człowieka”⁷¹¹.

Hipokratejska tradycja kształtowała się i odnosiła do sytuacji powtarzalnych i w związku z tym możliwych do przewidzenia. Generalizując, można przyjąć istnienie przez wieki pewnego kanonu stale rozwijającej się, ale możliwej do opanowania wiedzy medycznej, oraz dosyć stabilnego pojęcia zdrowia i choroby, a rola społeczna lekarza oraz jego moralne powinności były dosyć wyraźnie określone⁷¹². Postęp wiedzy i techniki medycznej nie mógł pozostać bez wpływu na uwarunkowania pracy lekarza, któremu przyszło działać w zupełnie nowych warunkach, często w zespole, i mierzyć się z zupełnie nowymi zadaniami. Etyka lekarska nie jest, ani nie może być statyczna, przeciwnie jest dynamiczna i musi na bieżąco reagować na pojawiające się problemy, dlatego – pisał Kielanowski już w latach

⁷⁰⁸ Ibidem.

⁷⁰⁹ Ibidem.

⁷¹⁰ T. Kielanowski, *Wprowadzenie do nauki o etyce i deontologii lekarskiej*, op. cit., s. 7.

⁷¹¹ Ibidem.

⁷¹² Zob. Z. Szawarski, *Wprowadzenie – dwa modele etyki medycznej*, op. cit., s. 19.

pięćdziesiątych – <<zasady naszej moralności są oparte na etyce racjonalnej, nie są ani „objawione”, ani niezmiennie, na odwrót – są umowne i zmienne, podlegające ewolucji>>⁷¹³. Bardzo długo, bo jeszcze do połowy XX wieku hipokratesowe zasady wydawały się „kanonami, których podważyć nie będzie można nigdy”, a <<sądzonych w Norymberdze zbrodniczych lekarzy hitlerowskich pytali sędziowie i biegli na rozprawie, czy „wierzą w Hipokratesa”, tak jak się pyta ludzi, czy wierzą w Boga. [...] W rzeczywistości były normy hipokratesowe już pod koniec stulecia nieaktualne, a także niedostateczne>>⁷¹⁴.

Całkiem nowe problemy moralne zrodziły osiągnięcia techniki medycznej, jak chociażby transplantacje narządów pobieranych ze zwłok albo od żywych dawców, zapłodnienie pozaustrojowe, psychochirurgia i inne. Udoskonalenie technik reanimacyjnych i inne zdobycze sztuki lekarskiej powodują, że „trwa umieranie ludzi świadomych, cierpiących fizycznie i moralnie coraz dłużej, ale ten sukces techniczny nie przez wszystkich bywa uważany za sukces moralny współczesnej medycyny”⁷¹⁵. Szczególną refleksję moralną budzi fakt, że dzięki umiejętność podtrzymywania życia wegetatywnego – i takich czynności organizmu jak oddychanie i krążenie krwi, które były uznawane za dowód i symbol życia – mogą funkcjonować wewnętrzne organy, a nawet częściowo ośrodkowy układ nerwowy w ciągu dłuższego czasu, mimo że chory jest pozbawiony świadomości i przejawów życia psychicznego.

W związku z tak rewolucyjnymi przemianami Kielanowski wskazywał na konieczność przemyślenia tradycyjnych zasad etyki lekarskiej i poddania ich weryfikacji. W felietonie o znamienym tytule „Rewizja Hipokratesa” pisał: „wydaje się, że dalsze cytowanie i komentowanie Hipokratesa stało się doprawdy czymś pozbawionym sensu i że nadeszła chwila nieodzownej rewizji samych podstaw, fundamentów etycznych lekarskiego działania”⁷¹⁶. Mogłoby to sugerować, że Kielanowski ukazuje się jako zwolennik całkowitego odrzucenia tradycji hipokratejskiej. Tak jednak nie jest – przede wszystkim będzie wskazywać na zmienność norm deontologii lekarskiej i ich kulturowe uwarunkowania. „Rewizja” Hipokratesa dotyczy między innymi sformułowań zawartych w przysiędze, jak: rozumienia dobra chorego, tajemnicy lekarskiej, zakazu przerywania ciąży i eutanazji⁷¹⁷.

Ten kontrowersyjny wówczas artykuł był przede wszystkim apelem o nową „niezależną etykę lekarską”⁷¹⁸. Był także apelem o prawo człowieka do całkowitego dysponowania swoim życiem oraz racjonalizację sfery śmierci i umierania. Kielanowski proponuje równocześnie wstępną metodę tej etyki, nawiązującą do wywodzącego się z filozofii starożytnych sceptyków *epoché*. W punkcie wyjścia należałoby zawiesić, albo nawet odrzucić „przynajmniej na czas rozmyślań, wszelkie dotychczasowe reguły, oparte na

⁷¹³ T. Kielanowski, *Rozważania na temat moralności służby zdrowia*, „Nowe Drogi” 1956, nr 7-8, s. 49.

⁷¹⁴ T. Kielanowski, *Rewizja Hipokratesa*, „Argumenty” 1970, nr 30, s. 1.

⁷¹⁵ Ibidem.

⁷¹⁶ Ibidem.

⁷¹⁷ Zob. *Przysięga Hipokratesa* w aneksie. Por. np. Z. Szawarski, *Wprowadzenie – dwa modele etyki medycznej*, op. cit.

⁷¹⁸ T. Kielanowski, *Rewizja Hipokratesa*, op. cit., s. 1.

tradycji, religii, przekazach, zwyczajach, obyczajach, reguły, które uzyskały, dzięki swojej starożytności nieomal rangę przykazań”⁷¹⁹. To zawieszenie stanowi niezwykle istotny moment – pozwala budować niezależną etykę lekarską opartą na racjonalnych zasadach, gdzie jedyne kryterium stanowi rozum. Jako że podmiotem działań lekarskich jest człowiek, *homo patiens*, należałoby zacząć od wypracowania definicji człowieka, wychodząc od podstawowej konstatacji biologicznej, że człowiek jest istotą podlegającą tym samym prawom przyrody, którym podlegają inne istoty żywe, ale jednocześnie jest istotą wyjątkową (abstrahując tu od przekonań religijnych). Z powodu braku adekwatnej definicji człowieka Kielanowski proponuje przyjęcie wstępnie najprostszej i umownej jej wersji, że „człowiekiem jest każda istota żywa, urodzona przez kobietę”⁷²⁰ – istota przytomna, chwilowo lub trwale nieprzytomna, a także płód ludzki w łonie matki od momentu, w którym staje się zdolny do samodzielnego życia⁷²¹.

W rezultacie Kielanowski rozważa i formułuje w zarysie niektóre z podstawowych zasad ważnych dla etyki, które można przedstawić następująco, jako:

- zasadę szacunku dla życia – wywiedzioną z racjonalnego poczucia etycznego, które jest właściwe człowiekowi, a nie ze światopoglądu religijnego, uznającego, że dawcą życia jest Bóg,
- postulat konieczności ochrony każdego życia,
- uznanie, że człowiek sam jest dysponentem swojego życia i jego kształtu i jest wolny w swoich wyborach (może nawet popełnić samobójstwo, jeżeli jest to decyzja wolna, świadoma i przemyślana)
- uznanie cierpień terminalnych za niepotrzebne i bezsensowne z punktu widzenia etyki lekarskiej,
- uznanie prawa człowieka chorego do pełnej prawdy o swoim stanie zdrowia – co daje mu możliwość wyboru swojego dalszego losu⁷²².

Rewizja tradycyjnej, hipokratesowej etyki i metoda brania w nawias jej reguł nie oznacza całkowitego ich zanegowania. Rozum może potwierdzić zasadność wielu z nich, jednakże nieodzowna jest zwykle ich reinterpretacja. Do takich zasad należą m. in. starożytne *primum non nocere* i *salus aegroti suprema lex* – nie można ich jednak traktować jako bezrefleksyjnie powtarzanej mantry, ale należy na nowo przemyśleć ich sens i poddać refleksji.

Kielanowski ukazuje, że podstawowa zasada tradycji hipokratesowej, z której wypływają normy szczegółowe etyki lekarskiej, głosząca, że dobro chorego jest naczelnym prawem dla lekarza, współcześnie zmieniła nie tylko sens, ale nastęrcza wiele trudności interpretacyjnych⁷²³. Samo rozumienie tego dobra stwarza kłopotliwą sytuację i bywa

⁷¹⁹ Ibidem, s. 1.

⁷²⁰ Ibidem, s. 10.

⁷²¹ Ibidem.

⁷²² Zob. ibidem.

⁷²³ T. Kielanowski, *Wprowadzenie do nauki o etyce i deontologii lekarskiej*, op. cit., s. 7 nast.

rozmaicie ujmowane. Czy należy je utożsamiać tylko ze zdrowiem, czy też może odnosić się do innych, doniosłych dla człowieka wartości, jak chociażby zachowania wolności lub godności? I jakie w związku z tym przyjąć kryteria, jeżeli okaże się, że pojawia się konflikt w rozumieniu owego dobra? Kielanowski zwracał uwagę, że oprócz zdrowia człowiek musi, „po to by się nie czuł nieszczęśliwy, posiadać wolność osobistą i prawo stanowienia o sobie. A obok wszelkich rodzajów wolności (politycznych, społecznych, wolności przekonań i wypowiedzi) musi także posiadać wolność chorowania”⁷²⁴.

W ślad za tym zagadnieniem pojawiają się kolejne dylematy: na ile o tym, co dobre dla chorego, decyduje lekarz, a na ile – pacjent sam? Tradycyjne podejście, zwane paternalistycznym, przyznawało monopol stanowienia o dobru chorego lekarzowi. Sytuacja ta pod koniec XX wieku zaczęła ulegać zasadniczej zmianie, a Kielanowski podkreślał rolę autonomii pacjenta w wyborze swego dobra. Wskazywał, że problem ten komplikuje się tym bardziej, że często nie chodzi o wybór między tym, co dobre albo złe, gdzie pomimo możliwych konfliktów wartości sprawa jest prostsza, ale o wybór między różnymi niekorzystnymi rozwiązaniami i trzeba umieć wybrać „mniejsze zło” – taka sytuacja zachodzi zdaniem Kielanowskiego np. w odniesieniu do przerywania ciąży, które uważał za mniejsze zło. Dwuznaczna sytuacja w kwestiach dotyczących rozumienia dobra pojawia się także na styku interesu jednostkowego i publicznego – wiązało się wówczas m. in. z problemem chorób zakaźnych, chorób społecznych. Lekarz, pracownik państwowej służby zdrowia – zdaniem Kielanowskiego – staje się też coraz bardziej rzecznikiem dobra publicznego: wydaje orzeczenia o zdolności do pracy, o poczytalności ludzi postawionych przed sądem, podejmuje decyzje o przyznaniu renty lub innych świadczeń. Przemianom uległo też znaczenie zasady tajemnicy lekarskiej, dawniej rygorystycznie przestrzeganej, a współcześnie lekarz z wielu powodów społecznych, określanych przez prawo, może ją ujawnić. Staje się ona więc bardziej regułą dyskrekcji.

Ze względu na pożytek społeczny wolność osobista zostaje ograniczana, jednostka podlega licznym leczniczym przymusom – jak chociażby obowiązkowe szczepienia ochronne, badania profilaktyczne i kontrolne – lub izolacji, w przypadku niebezpiecznych społecznie chorób. Stąd też niepokojącego sensu nabrało, pojawiające się w literaturze, określenie totalizmu medycznego.

Szereg innych wątpliwości budzi współczesne rozumienie pojęcia „chory człowiek”. Począwszy od zasadniczego pytania o definicję samego człowieka w związku z problematyką początku i końca życia (mając na uwadze chociażby przerywanie ciąży, dzieci z bezmózgowiem, stany trwale wegetatywne). Następną wątpliwość to nieostrość pojęcia zdrowia i choroby, która bywa przyczyną wielu rozbieżności, co do uznania człowieka za chorego. Poza typowymi przypadkami, problematyczne stają się te stany subiektywnych odczuć choroby oraz tych sfer człowieka, które nie zostały dokładnie poznane i opisane,

⁷²⁴ Ibidem, s. 8.

przede wszystkim sfery zjawisk psychicznych. Wiąże się to również z pytaniem, kto jest pacjentem dla lekarza, wobec kogo ma on obowiązki? Czy lekarz może tu dokonywać jakiegoś wyboru? Kielanowski pisał: „żadnego wpływu na postępowanie lekarza nie może wywierać ani sympatia, ani niechęć chorego, nawet takie jego cechy, które by mogły w innych sytuacjach budzić uczucie potępienia czy obrzydzenia; nawet mundur wrogiego, nieprzyjacielskiego wojska, które napadło na kraj lekarza, nie zwalnia go od udzielania najlepszej opieki, na jaką go stać”⁷²⁵ – tę konieczność jednakiego traktowania wszystkich chorych będą podkreślały wszystkie deklaracje ideowe i lekarskie kodeksy deontologiczne. Pozostaje jeszcze kwestia, czy zawsze najważniejszą zasadą jest osobiste dobro chorego? W historii zdarzały się sytuacje, że przedkładano ponad to postęp nauk medycznych lub dobro określonych grup społecznych. Powyższą tematykę będzie poruszał Kielanowski w różnych wypowiedziach, felietonach i artykułach⁷²⁶.

Współczesne problemy etyki lekarskiej są o wiele trudniejsze, a w związku z tym bogatsze od starożytnych, hipokratesowych. Wynika z tego konieczność formułowania norm deontologicznych i ich zapisu w postaci kodeksów, gdyż ze względu na narastającą złożoność sytuacji o moralnych konsekwencjach nie daje się ich w prosty sposób wywieść z tradycyjnych zasad ogólnych. Nowe sytuacje stwarzają zupełnie nowe dylematy. Nie można ich też pozostawić ocenie indywidualnego sumienia. Kielanowski traktuje kodeksy deontologiczne jako drogowskazy ułatwiające lekarzowi orientację pośród złożonych zagadnień, ale jednocześnie nie są one tylko deklaracjami ideowymi. Muszą za nimi stać pewne instytucje – najlepiej niezależne izby lekarskie, gwarantujące przestrzeganie norm kodeksów i nakładające określone sankcje dyscyplinarne. Opinie co do konieczności tworzenia kodeksów deontologicznych były i są zróżnicowane. Wielu lekarzy podzielało stanowisko W. Biegańskiego, autorytetu moralnego, który był przeciwny kodyfikowaniu zasad moralnych i formalnemu obowiązywaniu kodeksów oraz nie wierzył w możliwość opracowania zbioru, który mógłby przewidzieć moralnie i fachowo poprawny sposób postępowania lekarza we wszystkich sytuacjach, jakie stwarza życie i przynosi jego praca⁷²⁷. Był przekonany, że wysoki poziom etyczny lekarza i nakierowanie na dobro drugiego człowieka wskazują właściwe decyzje i sposoby postępowania⁷²⁸. Kielanowski rozumie opory Biegańskiego co do tworzenia kodeksów, podobnie jak on jest przekonany, że podstawową sprawą w pełnieniu zawodu lekarza jest prawy charakter i działanie zgodne z wewnętrznym poczuciem obowiązku „jak najdoskonalszej pomocy ludziom w chorobach”⁷²⁹. Jednak ze względu na coraz większą komplikację sytuacji moralnych w medycynie nieodzowne są drogowskazy w postaci

⁷²⁵ Ibidem, s. 9.

⁷²⁶ M. in. w artykułach: T. Kielanowski, *Zawodowa etyka lekarska – rozważania na temat kilku aktualnych zagadnień*, op. cit.; T. Kielanowski, *Rozważania na temat moralności służby zdrowia*, op. cit.; T. Kielanowski, *Medyczne i moralne problemy umierania i śmierci*, op. cit.; T. Kielanowski, *Problem niepotrzebnego cierpienia*, op. cit.

⁷²⁷ Zob. T. Kielanowski, *Z kazuistyki najtrudniejszych decyzji lekarza*, „Służba Zdrowia” 1982, nr 1, s. 8.

⁷²⁸ Zob. W. Biegański, *Kilka uwag w sprawie etyki zawodowej lekarza*, op. cit.

⁷²⁹ Ibidem, s. 134.

spisanych zasad. Od czasów tego najwybitniejszego przedstawiciela polskiej szkoły filozofii medycyny problematyka moralna zawodu stała się bez porównania trudniejsza⁷³⁰. Kielanowski podkreśla, że rzeczywiście norm i reguł etycznych kodyfikować się nie da. Jednak „nie chodzi wcale o kodyfikowanie filozoficznych podstaw czy zasad, ale o ustalenie szczegółowych reguł postępowania w sytuacjach trudnych, w jakie obfituje zawód lekarski”⁷³¹, w oparciu o etykę niezależną. Wskazując, że etyczną podstawą powinna być etyka laicka, niezależna, zauważa jednocześnie, że kodeksy oparte o węższe systemy etyczne, na przykład o etykę katolicką, jak ówczesny kodeksy hiszpański i włoski, różnią się w bardzo nielicznych punktach od kodeksów ściśle laickich, np. francuskiego i brytyjskiego⁷³².

Zbiory zasad powinny szczegółowo omawiać problemy wynikające ze specyficznych sytuacji, z samego faktu wykonywania czynności medycznych – a więc to, co wynika ze specyfiki pracy lekarza. Ich celem nie jest budowanie jakiejś grupowej więzi czy też regulacja spraw kwalifikujących się jako wykroczenia cywilne (jak np. przyjmowanie korzyści majątkowej) – w tych przypadkach „wystarczy w kodeksie krótka wzmianka, że lekarz powinien prowadzić wzorowe życie obywatelskie, stosować się do obowiązujących praw i przepisów”⁷³³.

Zdaniem Kielanowskiego zasady lekarskiej etyki normatywnej mogą formułować tylko reguły podstawowe rozbudowane jedynie w nowych lub spornych dziedzinach, stanowiąc swego rodzaju komentarz do nich. „Wszystkie dziś obowiązujące kodeksy deontologiczne ustanawiające poprawne postępowania lekarza są właśnie komentarzami, umożliwiającymi realizowanie fundamentalnej zasady głoszącej, iż dobro chorego lub jeszcze szerzej: dobro człowieka, nawet zdrowego, któremu lekarz na jego prośbę służy – jest najwyższym prawem”⁷³⁴.

Oczywiście, żadne zbiory zasad nie są w stanie przewidzieć wszystkich sytuacji, jakie niesie życie i okoliczności wykonywania zawodu. Ich zadaniem jest ustalenie ogólnych norm poprawnego stosunku lekarza do ludzi chorych czy zdrowych, wobec których wykonuje czynności medyczne, w stosunku do innych lekarzy i średniego personelu służby zdrowia, określenie zasad odpowiedzialności indywidualnej i zbiorowej itd.

Zmieniająca się rzeczywistość, nowe odkrycia w zakresie nauk medycznych i zastosowanie osiągnięć technologicznych powodują, że ustalone zasady deontologiczne, przede wszystkim szczegółowe, również muszą ulegać zmianom, a zbiory zasad muszą być okresowo nowelizowane. Ale podobnie jak przepisy prawa nie nadążają za zmianami życia społecznego, a uchwalane ustawy często porządkują tylko obyczaje, nie dopuszczając do niemoralnych i społecznie szkodliwych zachowań, tak „kodeksy deontologiczne nie nadążają za zmianami, jakie niesie coraz większy postęp nauki i medycyny praktycznej oraz obyczaj.

⁷³⁰ Zob. T. Kielanowski, *Wprowadzenie do nauki o etyce i deontologii lekarskiej*, op. cit., s. 13.

⁷³¹ T. Kielanowski, *Deontologia – zaniedbana dyscyplina lekarska*, op. cit., s. 1326.

⁷³² Ibidem.

⁷³³ Ibidem.

⁷³⁴ T. Kielanowski, *Z kazuistyki najtrudniejszych decyzji lekarza*, op. cit., s. 8.

Nierzadko więc lekarz musi podejmować decyzje sam, bez możliwości powoływania się na zasady głoszone przez kodeks deontologiczny, biorąc na siebie całą odpowiedzialność moralną za swój czyn lub swoje zaniechanie”⁷³⁵. Deontologiczne zasady nie mogą zwalniać z osobistego, moralnego doskonalenia się lekarza, myślenia i samodzielnego podejmowania decyzji. Istotną funkcją kodeksu powinno być ukazywanie i zaszczepienie określonych postaw. Powinien on pełnić również funkcję wychowawczą, jednak konieczne jest do tego współdziałanie wielu czynników: przede wszystkim akademii medycznych kształcących przyszłych lekarzy i moralnego autorytetu akademickich pedagogów, a także przykładu starszych kolegów i oddziaływania środowiskowej opinii.

Zasady deontologiczne nie mają oczywiście sankcji prawnych, ale pomiędzy deontologią, w jej węższym rozumieniu, jako zbioru zasad i obowiązków a stanowionymi przepisami prawnymi – podkreślał Kielanowski – istnieją istotne związki. Podobnie jak normy moralne uznawane w danym społeczeństwie leżą u źródeł stanowionego prawa – to, tym bardziej zasady deontologii lekarskiej warunkują i wpływają na ustawy i przepisy prawne regulujące sferę związaną ze służbą zdrowia (jak np. przepisy ustawy o zawodzie lekarza). Kielanowski, zwracając uwagę na tę kwestię, pisał: „Deontologia bowiem, to nauka o obowiązkach moralnych, niesankcjonowanych jeszcze przez prawo; o obowiązkach moralnych, których przekraczanie bywa często początkiem staczania się po równi pochyłej aż do popełniania błędów ciężkich, karanych już przez prawo, a co gorsze, krzywdzących chorego. W tym sensie jest deontologia zapobieganiem, profilaktyką i awangardą prawa, jako że obowiązki zrazu moralne, deontologiczne (np. obowiązek stałego dokształcania się), stają się często, prędzej czy później, nakazami prawa, obwarowanymi sankcjami”⁷³⁶.

⁷³⁵ T. Kielanowski, *Kazuistyka moralnie trudnych i spornych decyzji w praktyce lekarskiej*, [w:] *Etyka i deontologia lekarska*, op. cit., s. 189.

⁷³⁶ T. Kielanowski, *Deontologia – zaniedbana dziedzina*, op. cit., s. 1326.

4.3. Projekt kodeksu etyki lekarskiej

Powstanie i rozwój kodeksów zawodowej etyki lekarskiej datuje się dopiero od dziewiętnastego wieku⁷³⁷ – do tego czasu wystarczały, ogólne sformułowania i wymagania moralne zawarte w przyrzeczeniach lekarskich wzorowanych na przysiędze Hipokratesa. A. Tulczyński wskazuje, że w „miarę komplikowania się stosunków społecznych, pracy i działania lekarzy w coraz większych zespołach i wyodrębniania się nowych specjalności – przysięgi stały się niewystarczającym drogowskazem w coraz to nowych sytuacjach w działalności zawodowej lekarzy. W XIX wieku w różnych krajach, również na ziemiach polskich, rozpoczął się proces tworzenia kodeksów deontologicznych, czyli zbiorów ogólnych i szczegółowych zasad postępowania zawodowego”⁷³⁸. W Polsce, jeszcze w okresie zaborów, powstało kilka zbiorów norm etycznych zawodu lekarskiego⁷³⁹. Szczególne znaczenie miał ogłoszony w 1884 r. przez Towarzystwo Lekarskie Warszawskie kodeks pod nazwą: „Zasady obowiązków i praw lekarzy”, o którym Kielanowski pisał, że jakkolwiek „nie stanowił dzieła przełomowego w rozwoju naszej lekarskiej myśli filozoficznej, fakt jego uchwalenia pobudził, jak się zdaje, wielu lekarzy do zastanowienia się nad moralnymi stronami nauki lekarskiej i sposobu jej wykonywania w praktyce, oraz nad przeobrażeniami, jakie wносиły do tych dziedzin postęp i życie społeczne”⁷⁴⁰. Jego opracowywaniu towarzyszyły ostre polemiki między zwolennikami stworzenia kodeksu, jakim był na przykład Henryk Nusbaum, a przeciwnikami formalizacji zasad, jak Henryk Łuczkiwicz, który twierdził, że nie ma żadnej etyki lekarskiej, lecz tylko etyka ogólna, której lekarz podlega, tak jak każdy inny człowiek. Podobne stanowisko prezentował również Władysław Biegański.

Pierwszym ogólnopolskim kodeksem opracowanym w II Rzeczypospolitej stał się dopiero „Zbiór zasad deontologii lekarskiej” przyjęty na Walnym Zebraniu Naczelnej Izby Lekarskiej w 1935 r. Powtórnie ogłoszony po wojnie w 1947 r., funkcjonował przez niespełna cztery lata, do czasu likwidacji izb lekarskich⁷⁴¹, a w jego miejsce nie pojawił się żaden inny.

⁷³⁷ Najstarszy zbiór zasad etyki lekarskiej, zredagowany przez Tomasza Percivala, powstał w 1803 r. w Anglii.

⁷³⁸ A. Tulczyński, *Historia i ewolucja kodeksów deontologicznych*, op. cit., s. 197.

⁷³⁹ Na ziemiach polskich na kształt kodeksów lekarskich zasadniczy wpływ miały powstające w czasie zaborów towarzystwa naukowe oraz izby lekarskie, dbające o organizację samorządową społeczności lekarskiej. Pierwszym kodeksem etyki lekarskiej były „Uchwały Towarzystwa Lekarzy galicyjskich w przedmiocie obowiązków lekarzy względem swych kolegów i zawodu lekarskiego w ogóle” ogłoszone drukiem w 1876 r. w zaborze austriackim. Drugim z kolei są „Zasady obowiązków i praw lekarzy” ogłoszone drukiem na terenie zaboru rosyjskiego w 1884 r. przez Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. W zaborze pruskim w 1901 r. uchwalono „Ustawy etyczne Wydziału Lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu”. W roku 1907 na X Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich we Lwowie opracowano i zaakceptowano wspólny dla lekarzy polskich wszystkich trzech zaborów „Kodeks Deontologii Lekarskiej”, który powtórnie, po odzyskaniu niepodległości, ogłoszono drukiem w 1925 r. Zob. A. Tulczyński, *Historia i ewolucja kodeksów deontologicznych*, op. cit.

⁷⁴⁰ T. Kielanowski, *Etyka lekarska w wypowiedziach lekarzy polskich XIX wieku*, „Biuletyn Głównej Biblioteki Lekarskiej” 1961, nr 5, s. 341.

⁷⁴¹ Również przestał obowiązywać odrębny, uchwalony w 1948 r. przez Izbę Lekarsko-Dentystyczną *Kodeks Deontologii Lekarsko-Dentystycznej*.

Z propozycją opracowania nowego kodeksu etyki lekarskiej, który odpowiadałby współczesnym potrzebom, do Kielanowskiego zwróciło się Polskie Towarzystwo Lekarskie⁷⁴², pełniące w tym czasie rolę mandatariusza etycznego poziomu polskich lekarzy. Jednocześnie środowisko lekarskie wyrażało potrzebę debaty o współczesnych problemach etycznych i deontologicznych w zmieniającej się rzeczywistości⁷⁴³. W 1956 r. ukazał się na łamach „Służby Zdrowia” artykuł redakcyjny⁷⁴⁴ zatytułowany „Kodeks etyki lekarskiej obejmie wszystkie zawody służby zdrowia”, anonsujący rozpoczęcie prac nad zbiorem norm deontologicznych przez Radę Naukową przy Ministrze Zdrowia. Kielanowski był członkiem tej rady. Artykuł informował o naradzie, która odbyła się w Ministerstwie Zdrowia, a dotyczyła deontologii lekarskiej. Kielanowski przedstawił tam i poddał pod dyskusję plan działań mających na celu podniesienie poziomu etyki lekarskiej w Polsce. We wnioskach stwierdzono, że do najpilniejszych zadań należą: etyczne wychowanie młodzieży akademickiej, stworzenie w środowisku medycznym odpowiedniej atmosfery wokół zagadnień etyki lekarskiej i opracowanie kodeksu deontologii lekarskiej. Redakcja „Służby Zdrowia” wystąpiła w związku z tym z propozycją podjęcia na jej łamach dyskusji dotyczącej lekarskiej etyki.

W 1959 roku Tadeusz Kielanowski zakończył prace nad swoim projektem noszącym nazwę „Kodeks deontologii polskiej służby zdrowia” i opublikował go w „Służbie Zdrowia”. Materiał wywołał bardzo szerokie zainteresowanie i odzew. Jego fragmenty wraz z komentarzem były prezentowane także w codziennej prasie: „Trybunie Ludu”, „Kurierze Polskim”, „Życiu Warszawy” i „Głosie Pracy”. Dyskusja środowisk lekarskich nad projektem kodeksu i poszczególnymi artykułami trwała zarówno na łamach „Służby Zdrowia” jak i w czasie posiedzeń oddziałów PTL. Kielanowski otrzymywał także wiele korespondencyjnych uwag. Jego projekt spotkał się generalnie z pozytywnym odbiorem. W licznych wypowiedziach środowiska⁷⁴⁵ – zainicjowanych przez J. Bogusza i A. Sokołowskiego w „Służbie Zdrowia”⁷⁴⁶, wyrażano najczęściej aprobatę dla zamysłu kodeksu, ale wiele sformułowań oraz treść niektórych zasad wzbudzała liczne głosy krytyczne, co skłaniało do dyskusji nad poszczególnymi normami⁷⁴⁷. Projekt ten odegrał niezwykle

⁷⁴² T. Brzeziński, *Etyka lekarska*, Warszawa 2002, s. 39.

⁷⁴³ Zob. J. Skrzybowska, *Daleko sięgają korzenie*, „Służba Zdrowia” 1956, nr 3, s. 2; *O nowej deontologii lekarskiej – głos ministra Sztachelskiego*, artykuł redakcyjny, „Służba Zdrowia” 1956, nr 7, s. 2.

⁷⁴⁴ *Kodeks etyki lekarskiej obejmie wszystkie zawody służby zdrowia*, artykuł redakcyjny, „Służba Zdrowia” 1956, nr 11, s. 3.

⁷⁴⁵ S. Kownacki, *Dalszy ciąg dyskusji nad projektem Deontologii Lekarskiej*, „Służba Zdrowia” 1959, nr 20, s. 3; H. Brokman, *Głos w dyskusji*, „Służba Zdrowia” 1959, nr 22, s. 3; L. Zembrzuski, *Głos w dyskusji*, „Służba Zdrowia” 1959, nr 25, s. 3; H. Zawadzki, *List w sprawie deontologii*, „Służba Zdrowia” 1959, nr 33, s. 2; S. Sterkowicz, *Rozmyślenia nad kodeksem*, „Służba Zdrowia” 1959, nr 40, s. 2.

⁷⁴⁶ J. Bogusz oraz A. Sokołowski, *Pierwsze głosy w dyskusji nad projektem kodeksu deontologii*, „Służba Zdrowia” 1959, nr 18, s. 3.

⁷⁴⁷ Zob. T. Kielanowski, *Argumentować, a nie rozkazywać. Kilka uwag o dotychczasowej dyskusji deontologicznej*, „Służba Zdrowia” 1959, nr 34, s. 1-2 oraz T. Kielanowski, *Nieblały spór deontologiczny o moralną odpowiedzialność lekarza*, „Służba Zdrowia” 1960, nr 7, s. 2.

ważną rolę – mobilizował do podejmowania tematyki deontologicznej, wyrażania opinii i konsolidacji polskiego środowiska medycznego.

Prace nad ostateczną wersją kodeksu, w komisji pod przewodnictwem prof. Kielanowskiego, trwały przez wiele lat. Wypracowane treści i wyniki dyskusji uzgadniane były z sekcjami Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej oraz z sekcją związku zawodowego. Pojawiła się również propozycja sformułowania wspólnego kodeksu dla wszystkich zawodów służby zdrowia. Ustanowienie i uchwalenie kodeksu napotykało na różne formalne trudności, związane z brakiem instytucji reprezentującej wszystkich lekarzy. Jeszcze rok przed jego ogłoszeniem Kielanowski pisał: „Kto, jaka instytucja byłaby powołana i władna do uchwalenia deklaracji ideowej polskich lekarzy i polskiej służby zdrowia oraz polskiego szczegółowego kodeksu deontologii lekarskiej – pozostaje sprawą na razie zupełnie otwartą. Fakt, iż nie wiadomo, kto jest reprezentantem wszystkich polskich lekarzy, nie tylko lekarzy zrzeszonych dobrowolnie w związku zawodowym lub w towarzystwach naukowych – świadczy o jakiejś naszej organizacyjnej niedoskonałości, o jakimś naszym braku. Zapewne tym samym braku, który ponosi winę za zaniedbanie studiów nad różnymi działami filozofii medycyny i zaniedbaniem kodyfikacji prawideł deontologicznych”⁷⁴⁸. W efekcie zespołowych działań nad zapisem norm ustalono ostateczną wersję tekstu, który został zatwierdzony przez Walne Zgromadzenie Delegatów PTL w dniu 3 czerwca 1967 r., pod nazwą „Zasady etyczno-deontologiczne Polskiego Towarzystwa Lekarskiego”. Treści tego pierwszego w PRL zbioru zasad etyki lekarskiej nadano następującą strukturę:

A. Zasady ogólne

B. Zasady szczegółowe

I. Lekarz wobec chorego

II. Lekarz wobec służby zdrowia

III. Lekarz wobec nauki medycznej

IV. Lekarz wobec innych lekarzy

V. Lekarz wobec innych pracowników służby zdrowia

W związku z rozwojem nauk medycznych, co stawia zwykle lekarza wobec nowych problemów, konieczne stało się uzupełnienie i weryfikacja kodeksu z 1967 r. Kielanowski wtenczas wchodził w skład prezydium komisji (przewodniczył jej wówczas Józef Bogusz)⁷⁴⁹, która kierowała przez dwa lata pracami nad jego nowelizacją. Znowelizowany kodeks został uchwalony w 1977 r. pod zmodyfikowaną nazwą „Zbiór zasad etyczno-deontologicznych polskiego lekarza”. Tytuł nie budził już wcześniejszych zastrzeżeń, że zbiór obowiązuje wyłącznie członków PTL. W nowej redakcji struktura i zasadnicza treść nie została w istotny sposób zmienione, uwzględniono przede wszystkim najnowsze problemy moralne, m. in.

⁷⁴⁸ T. Kielanowski, *Deontologia – zaniedbana dyscyplina lekarska*, op. cit., s. 1326.

⁷⁴⁹ Zob. T. Brzeziński, *Etyka lekarska*, op. cit., s. 39 nast.

uzupełniono i uszczegółowiono normy dotyczące eksperymentu lekarskiego i jego kategorii (zasady 30-34), wprowadzono uregulowania dotyczące transplantacji (zasada 35), a także po raz pierwszy normę dotyczącą minimalizacji cierpień zwierząt doświadczalnych (zasada 36). „Zbiór zasad etyczno-deontologicznych polskiego lekarza” opublikowany w czasopiśmie medycznych i broszurze w 1978 r.⁷⁵⁰ obowiązywał przez wiele lat do czasu przemian ustrojowych w Polsce⁷⁵¹.

Przedwojenny kodeks, restytuowany w 1947 r. – „Zbiór zasad deontologii lekarskiej” – nie przystawał zarówno do zmian w obrębie medycyny, a przede wszystkim do zmian organizacyjnych i warunków uspołecznionej służby zdrowia. W związku z tym, niezależnie od krótkiego okresu obowiązywania, nie odegrał znaczącej roli. Likwidacja izb lekarskich, które zgodnie z postanowieniami tegoż kodeksu, były gwarantem jego egzekwowania i stały na straży etycznego postępowania lekarzy, przypieczętowała koniec jego obowiązywania. Był on dostosowany do warunków medycyny w okresie międzywojennym i tak, jak kodeksy krajów, gdzie przeważała prywatna praktyka lekarska, skupiał się na problemach regulacji zasad funkcjonowania wolnego zawodu lekarskiego i zasad konkurencji, nie pomijając oczywiście jego wyjątkowości związanej z ochroną zdrowia i życia człowieka, wymagającej najwyższych standardów moralnych. Rozwój myśli etycznej zawodu lekarskiego ewoluował nie tylko w Polsce: rozważania dotyczyły problemów negatywnych zjawisk merkantylizmu i konkurencji, niewłaściwych relacji między lekarzami oraz zjawiska instrumentalizacji medycyny, ale także zagadnień związanych ze społecznymi uwarunkowaniami zdrowia⁷⁵² oraz z sytuacją pacjenta wobec postępów medycyny i potrzebą nowego ujęcia relacji lekarz – chory.

Pierwsza zasada kodeksu z 1935 r. stanowiła, że „najwyższym nakazem moralnym dla lekarza w wykonywaniu praktyki lekarskiej jest dobro chorego i zdrowie publiczne”⁷⁵³. Ważna modyfikacja starożytnej zasady *salus aegroti suprema lex* i jej poszerzenie o kategorię zdrowia publicznego, będzie miało bardzo poważne konsekwencje tak teoretyczne, jak i praktyczne. Zmiana ta była następstwem krystalizowania się medycyny społecznej, której rozwój był m. in. wynikiem intensyfikacji działań wobec szerzących się chorób zakaźnych. Jednym z nowych zagadnień etycznych będzie więc problem wagi dobra jednostkowego wobec dobra

⁷⁵⁰ *Zbiór zasad etyczno-deontologicznych polskiego lekarza*, Warszawa 1978.

⁷⁵¹ W 1989 r. reaktywowano izby lekarskie i jednocześnie rozpoczęły się prace nad zmianą kodeksu. Po opracowaniu jego projektu przez powołaną komisję i po burzliwych dyskusjach na Nadzwyczajnym II Krajowym Zjeździe Izb Lekarskich 1991 r. został przyjęty pod nazwą „Kodeks Etyki Lekarskiej”. T. Brzeziński podkreśla, że w czasie prac komisji toczyły się bardzo poważne spory światopoglądowe i polityczne, a w kodeksie pojawiały się zapisy sprzeczne z obowiązującym prawem, które musiały zostać zmodyfikowane (zob. T. Brzeziński, *Etyka lekarska*, op. cit., s. 41). Kodeks znowelizowano w 1993 r. na III zjeździe, a ostatnio w 2003 r. na Nadzwyczajnym VII Krajowym Zjeździe Lekarzy. Zob. T. Biesaga, *Elementy etyki lekarskiej*, Kraków 2006, s. 39.

⁷⁵² A. Tulczyński, *Polskie lekarskie kodeksy deontologiczne*, Warszawa 1975, s. 40.

⁷⁵³ *Zbiór zasad deontologii lekarskiej* (1935 r.), [w:] A. Tulczyński, *Polskie lekarskie kodeksy deontologiczne*, op. cit.

publicznego, szczególnie w sytuacji konfliktu interesów, co może grozić podporządkowaniem jednostki zbiorowości⁷⁵⁴.

Normy etyczne kodeksów obejmują wiele płaszczyzn i regulują obowiązki lekarza wobec chorego, społeczeństwa, innych lekarzy, organów nadrzędnych (np. izby lekarskiej czy instytucji zatrudniających lekarzy). Normy etyki zawodowej są z jednej strony odbiciem zasad powszechnej moralności i sięgają do wypracowanych w historii etyki zasad, z drugiej zaś są warunkowane konkretnymi potrzebami, powinnościami i problemami zawodu lekarskiego. Najczęściej normy mają charakter prakseologiczny i drobiazgowo regulują typowe sytuacje pracy lekarza. Treści różnych zbiorów deontologii lekarskiej, przyjmujące różną strukturę, wyrażone są w formie nakazów, zakazów lub zaleceń, różniących się między sobą stopniem ich obowiązywalności i siłą argumentacji.

Formalna klasyfikacja kodeksowych norm napotyka na trudności ich ścisłego rozgraniczenia. Znanca tych zagadnień, Aleksander Tulczyński, przeprowadzając analizę treści polskich kodeksów (głównie do 1939 r.), wskazuje na niemożliwość przyjęcia ostrych kryteriów i proponuje dwa podziały. W pierwszym – przyjmując za podstawę „wskaźnik czasu funkcjonowania”, czyli zmienności norm, wyodrębnia dwie podstawowe klasy: norm elementarnych i sytuacyjnych, czyli szczegółowych. Normami elementarnymi w kodeksach deontologicznych są zasady, występujące w tzw. przysięgach lekarskich („Przysiędze Hipokratesa”, „Obietnicy Fakultetowej” i współczesnym „Przyrzeczeniu Lekarskim”) i we wszystkich kodeksach, jako „pochodne etyki ogólnej, nie podlegające dezaktualizacji i unieważnieniu, stanowiące trwałą składową etyki normatywnej zawodu. W różniących się sformułowaniach słownych postulują te same reguły, obowiązujące w przeciągu kilku epok historycznych formacji społeczno-ekonomicznych”⁷⁵⁵. Należą do nich m. in. zasady wskazujące na dobro chorego, jako najwyższy nakaz moralny, obowiązek udzielania pomocy w nagłych wypadkach, zachowanie tajemnicy zawodowej. Natomiast normy sytuacyjno-szczególne, w odróżnieniu od elementarnych, „mają charakter zmienny w czasie, a warunkowane są szczególną sytuacją wykonujących zawód. Normy sytuacyjne funkcjonują niejednokrotnie na przestrzeni tylko kilku lub kilkudziesięciu lat, czyli w krótkich przedziałach czasowych”⁷⁵⁶. Tulczyński, biorąc pod uwagę przyczyny ich powstawania, wyodrębnia podgrupę norm społecznych – wynikających z przyjmowania przez zawód lekarski charakteru uspołecznionej służby zdrowia, określających np. obowiązki lekarza, pracującego w instytucjach społecznych – oraz podgrupę norm kazuistycznych, powstających wskutek powtarzających się przypadków przekroczeń zasad etycznych w określonych sytuacjach. Tak więc w ich obrębie znajdują się też reguły, które nie powtarzają się w innych kodeksach⁷⁵⁷.

⁷⁵⁴ W hitlerowskich Niemczech najdramatyczniejszym przykładem była tzw. „ustawa eutanazyjna”, wprowadzona w 1939 r. dekretem Hitlera, na mocy której uśmiercono tysiące chorych, przede wszystkim psychicznie.

⁷⁵⁵ A. Tulczyński, *Polskie lekarskie kodeksy deontologiczne*, op. cit., s. 50.

⁷⁵⁶ Ibidem.

⁷⁵⁷ Ibidem.

Przynależą do nich np. reguły dotyczące konsyliów lekarskich, reklam, spraw finansowych i wynagrodzeń lekarskich.

Drugi, prostszy podział, jako kryterium przyjmuje dominującą motywację etyczną lub prakseologiczną, wyróżniając:

- normy etyczne – takie jak, działanie ze względu na dobro chorego, zachowanie tajemnicy,
- normy prakseologiczne – czyli praktyczne dyrektywy porządkujące lekarskie postępowanie w odniesieniu do różnych sfer⁷⁵⁸.

Oba te podziały są właściwie przystające do siebie i można je do siebie odnieść, gdyż zasadniczo normy elementarne są normami etycznymi, a normy szczegółowo-sytuacyjne – normami prakseologicznymi.

W innej próbie klasyfikacji⁷⁵⁹, dokonanej ze względu na funkcje, jakie normy mają pełnić, wyróżniono trzy grupy:

1. Normy o charakterze prakseologicznym, których celem jest zapewnienie prawidłowego wykonywania czynności zawodowych – mają one jedynie charakter prakseologiczny, gdyż ich motywacja jest natury moralnej, co ma podkreślać ich doniosłość i zwiększać siłę obowiązywania.

2. Normy wskazujące sposób postępowania w sytuacjach konfliktowych – normy te mają swoje źródło w obserwacji zachowań, związanych z wykonywaniem obowiązków i zabezpieczają przed dowolnością postępowania.

3. Normy podkreślające społeczną doniosłość zawodu lekarskiego, mające na celu utrzymanie lub podniesienie jego godności i prestiżu – do tego rodzaju norm należą też te, które odnoszą się do sfery pozazawodowej i życia osobistego.

Pojęciem, o niezwykle istotnym znaczeniu i często przywoływanym w różnych zbiorach zasad lekarskiej etyki oraz formułach przysięgi lekarskiej, jest godność stanu (zawodu) lekarskiego – wyznaczająca zbiór cech charakteryzujących lekarską profesję. Określenie to używane jest w wielu kontekstach i nigdzie nie jest wyjaśniane i precyzowane. Wiąże się ono z jednej strony z normami konsolidującymi środowisko lekarskie i regulującymi wzajemne powinności, a z drugiej strony – obejmuje normy regulujące stosunki między lekarzem a pacjentem lub społeczeństwem. Za postępowanie uwłaczające godności stanu lekarskiego uznawano np.: reklamowanie swych usług niezgodne z obowiązującymi przepisami, współpracę w leczeniu chorych ze znachorami, rozstrzyganie sporów przez inne sądy niż izb lekarskich, pobieranie opłat za leczenie kolegów lekarzy itp. Odwołanie do godności stanu służyło również jako argument, wzmacniający motywację wielu norm szczegółowych w różnych okresach⁷⁶⁰. Pewnego rodzaju niebezpieczeństwem może grozić niewłaściwe rozumienie powagi lub godności zawodu lekarskiego, kiedy byłoby przenoszone ponad dobro

⁷⁵⁸ Ibidem, s. 53.

⁷⁵⁹ Zob. E. Kujawa, *Moralność i etyka zawodowa*, „Służba Zdrowia” 1970, nr 31, s. 1.

⁷⁶⁰ Dla przykładu zakaz wykonywania „operacji kamienia” lub zakaz „reklamiarstwa” w różnych czasach argumentowano jako nieodpowiadające powadze czy godności zawodu. Za: A. Tulczyński, *Polskie lekarskie kodeksy deontologiczne*, op. cit., s. 58.

i interes pacjenta. W szczególności, przewijające się przez wszystkie kodeksy, normy konsolidujące środowisko lekarskie, mogą sugerować sankcjonowanie negatywnych zjawisk, a nawet prowadzić do „klanowej” solidarności. Przed tym niebezpieczeństwem „korporacyjności” etyki lekarskiej bardzo mocno przestrzegał Władysław Biegański.

Z drugiej strony, warunkiem możliwych działań lekarza, była i jest dobrowolna zgoda pacjenta na leczenie, wynikająca z kredytu zaufania, co do wiedzy i walorów etycznych lekarzy, a więc zaufania zbudowanego na prestiżu lekarza. W związku z tym normy konsolidujące – zdaniem Tulczyńskiego – pełniły istotną rolę i zobowiązywały do utrzymania prestiżu. „Poziom świadczonych fachowych usług opierał się nie zawsze na wysokim stopniu prawdopodobieństwa pozytywnych rezultatów terapeutycznych, stąd też trudno było szermować wyłącznie argumentem oceny działalności lekarzy na podstawie wartości świadczonych usług. Normy, cementujące zawód lekarski, spełniały więc dwojaką rolę, miały na celu osiągnięcie efektu utrzymania i wzbudzania zaufania pacjentów, do pełniących zawód, którym stawiano przez wszystkie czasy wysokie wymagania etyczne oraz po drugie – podstawę egzekwowania określonych powinności”⁷⁶¹.

Przywołując jeszcze kodeks z 1935 r., warto zwrócić uwagę na niektóre z elementów jego struktury i treści. Stosunkowi lekarza do chorego poświęconych było piętnaście zasad, poza zasadniczymi i mocno akcentowanymi normami elementarnymi – dobrem chorego, sumiennością pracy lekarza, tajemnicą lekarską. Kilka zasad szczegółowych regulowało kwestie finansowe i honoraria. Wydaje się to zrozumiałe, gdyż opieka lekarska była usługą bezpośrednio opłacaną przez pacjentów (za wyjątkiem najuboższych). Wysokość honorariów lekarzy regulowana była cennikami zatwierdzonymi lokalnie przez izby lekarskie, mające między innymi za zadanie ustalanie przeciętnych stawek. Porada lekarska nie zawsze była łatwo osiągalnym towarem, a lekarzom zarzucano materialne zainteresowanie w chorobie pacjenta – dlatego ważna była tu czytelność zasad. Istotnym etapem w organizacji lecznictwa było powstanie kas chorych, funkcjonujących już w czasie zaborów i rozwijających się w okresie międzywojennym, przybierających powoli charakter społecznej służby zdrowia. Tym bardziej, że początkowo szpitale, instytucje w pewnym sensie dobroczynne, przeznaczone były w znacznej mierze dla ludności niezamożnej. Również krytyka systemu praktyki prywatnej wpływała na przyspieszenie zakładania i rozpowszechniania form ubezpieczeń społecznych, które w 1939 roku objęły około piętnastu procent społeczeństwa⁷⁶². W ówczesnym kodeksie aż dwadzieścia jeden zasad obejmowało relacje między lekarzami w wykonywaniu pracy zawodowej. Dotyczyły one przede wszystkim:

- zasad uczciwej konkurencji,
- reguł organizacji i przeprowadzania konsyliów lekarskich oraz relacji między lekarzem prowadzącym chorego a zaproszonym do konsultacji (przez chorego lub jego rodzinę albo też przez samego lekarza prowadzącego w związku z sytuacją wątpliwą),

⁷⁶¹ A. Tulczyński, *Polskie lekarskie kodeksy deontologiczne*, op. cit., s. 58.

⁷⁶² Zob. Ibidem, s. 59.

- grupowej solidarności lekarzy.

Kolejne rozdziały omawiały zasady pracy lekarza w instytucjach publicznych lub prywatnych i troski o dobre imię zawodu lekarskiego (rozdział III – sześć zasad) oraz stosunku lekarza do izb lekarskich i stanu lekarskiego (rozdział IV – pięć zasad)⁷⁶³.

W tym kontekście projekt kodeksu przedstawiony przez Kielanowskiego był nowatorski, większość zasad zostało tu sformułowanych po raz pierwszy w stosunku do, krótko po wojnie obowiązującego, kodeksu z 1935 r. Nie stanowił próby jego aktualizacji, ale był zupełnie nowym zapisem, w sposób autorski ujmującym zasady i powinności lekarskie. Oczywiście, tak jak w przypadku innych kodeksów, zachowane zostają zasadnicze normy elementarne i niektóre z wciąż aktualnych prakseologicznych reguł, które jednakże zostają ujęte w nowy sposób. Projekt Kielanowskiego ma prostą konstrukcję, nawiązującą do podstawowej struktury lekarskich kodeksów (uwidocznionej także we wzorcowym Międzynarodowym Kodeksie Etycznym z 1949 r.)⁷⁶⁴:

1. Wstęp (zawiera pierwszych dziesięć zasad)

2. Lekarze

I. Postanowienia ogólne (zasady 11–28)

II. Obowiązki lekarza wobec chorych (zasady 29–57)

III. Obowiązki lekarza wobec współpracowników (zasady 58–65)

IV. Postanowienia końcowe (zasady 66–68)

Praca Kielanowskiego nad projektem wiązała się ze studiowaniem zbiorów zasad etyki lekarskiej obowiązujących w krajach europejskich i Stanach Zjednoczonych, ale podjął się także oficjalnego tłumaczenia kilku z nich, udostępniając je polskiemu czytelnikowi. „Biuletyn Głównej Biblioteki Lekarskiej” drukował je w cyklu „Teksty deontologiczne”⁷⁶⁵; były to:

- „Międzynarodowy Kodeks Etyczny” oraz tzw. „Deklaracja Genewska” z 1949 r. – uchwalone przez Światowe Stowarzyszenie Lekarzy – wzorcowe teksty kodeksu etyki i przyrzeczenia lekarskiego⁷⁶⁶,

⁷⁶³ Zob. *Zbiór zasad deontologii lekarskiej*, [w:] A. Tulczyński, *Polskie lekarskie kodeksy deontologiczne*, op. cit., s. 145 nast.

⁷⁶⁴ Zob. *Międzynarodowy Kodeks Etyczny (1949)* – w aneksie.

⁷⁶⁵ *Francuski kodeks deontologii lekarskiej*, wstęp i tłum. T. Kielanowski, „Biuletyn Głównej Biblioteki Lekarskiej” 1958, nr 9, s. 657-667;

- *Teksty deontologiczne. Deklaracja Genewska (1949), Międzynarodowy Kodeks Etyczny (1949), Brytyjski Kodeks Etyczny (1953)*, wstęp i tłum. T. Kielanowski, „Biuletyn Głównej Biblioteki Lekarskiej” 1959, nr 2, s. 89-98;

- *Teksty deontologiczne. Włoski Kodeks Deontologiczny (Il Codice Deontologico)*, wstęp i tłum. T. Kielanowski, „Biuletyn Głównej Biblioteki Lekarskiej” 1959, nr 5, s. 361-370.

- *Teksty deontologiczne. Amerykański Kodeks Deontologii Lekarskiej*, wstęp i tłum. T. Kielanowski, „Biuletyn Głównej Biblioteki Lekarskiej” 1959, nr 6, s. 453-457;

⁷⁶⁶ W Polsce, która nie była wówczas członkiem stowarzyszenia, nie musiały obowiązywać reguły w uchwalonej formie; zresztą zbiór ten był bardziej lekarską „deklaracją ideową”. Kodeks ujęty był w trzech częściach: 1. ogólne obowiązki etyczne lekarzy, 2. obowiązki etyczne lekarzy wobec chorych, 3. obowiązki etyczne wewnątrz zawodowe. Zob. *Teksty deontologiczne. Deklaracja Genewska (1949), Międzynarodowy Kodeks Etyczny (1949), Brytyjski Kodeks Etyczny (1953)*, op. cit., s. 89. Teksty: *Deklaracja Genewska i Międzynarodowy Kodeks Etyczny* zostały zamieszczone w aneksie niniejszej pracy.

- „Brytyjski Kodeks Etyczny” z 1953 r.,
- „Francuski Kodeks Deontologii Lekarskiej” z 1955 r.,
- „Amerykański Kodeks Deontologii Lekarskiej” z 1957 r.,
- „Włoski Kodeks Deontologiczny” z 1958 r.

Znaczącą inspirację dla Kielanowskiego stanowiły kodeks francuski i włoski. Podkreślał on też, że mimo wywodzenia się z odmiennych tradycji, odpowiednio: laickiej i katolickiej, w zasadniczym sensie formułują one podobne zasady, co jest argumentem za możliwością tworzenia reguł deontologicznych ponad różnicami światopoglądowymi. Nawiązywał również do kodeksu Światowego Stowarzyszenie Lekarzy oraz do kodeksu amerykańskiego, noszącego tytuł „Zasady etyki lekarskiej”, który był interesującym przykładem zbioru lekarskiej deontologii m. in. ze względu na swą prostotę, przejrzystość i czytelność. Ten ostatni zawierał głównie normy o charakterze elementarnym, a jego treść została pomieszczona w dziesięciu artykułach poprzedzonych krótkim wstępem⁷⁶⁷ wyjaśniającym, że zadaniem zasad jest udzielanie pomocy lekarzom w utrzymaniu wysokiego poziomu etycznego: „Nie są one prawami, lecz wzorcami, na podstawie których lekarz ustala swoje postępowanie i swoje stosunki z pacjentami, kolegami i członkami zawodów pokrewnych i publicznością”.

Projekt Kielanowskiego⁷⁶⁸ rozpoczynały zasady (dziesięć punktów), które miały charakter postanowień wprowadzających, nienazwane przez autora, i obejmujące ogólne zagadnienia dotyczące służby zdrowia w Polsce⁷⁶⁹ i ukazywały jej społeczny charakter. Natomiast kodeks z 1935 r. na początku, w „Części ogólnej”, skupiał się na podkreśleniu oparcia zasad deontologii lekarskiej na podstawach etyki oraz ukazywał rolę izb lekarskich w czuwaniu nad etycznym postępowaniem lekarza. Z kolei kodeks z 1967 r., powstający przy współudziale prof. Kielanowskiego, w części pierwszej przedstawiał „Zasady ogólne”, które były rozwinięciem i interpretacją większości norm elementarnych z „Przyrzeczenia lekarskiego”. Część zasad dotyczących służby zdrowia została tu pominięta, a inne zamieszczone w dalszej części.

„Kodeks deontologiczny polskiej służby zdrowia” Kielanowskiego był przede wszystkim zbiorem zasad zawodowej etyki lekarza, ale ujmował ją w szerszym kontekście, w odniesieniu do wszystkich pracowników służby zdrowia. Znalazł się tu również, oficjalnie

⁷⁶⁷ Wcześniej w USA obowiązywał kodeks z roku 1955, który składał się ze wstępu i 47 artykułów. W 1957 roku Izba Delegatów Amerykańskiego Stowarzyszenia Lekarskiego uchwaliła nowe brzmienie kodeksu deontologii lekarskiej – tę samą w zasadzie treść zamieszczono we wstępie i 10 artykułach. Zob. *Teksty deontologiczne. Amerykański Kodeks Deontologii Lekarskiej*, op. cit., s. 453.

⁷⁶⁸ W dalszej części zwrócę uwagę na problemy dostrzegane przez Kielanowskiego oraz nowe propozycje regulacji – uwzględniające zarówno kodeks z 1935 r. oraz uchwalony w 1967 r. m. in. w wyniku dyskusji nad projektem, a także w odniesieniu do zbiorów tłumaczonych przez Kielanowskiego. Głębsza analiza porównawcza projektu wymagałaby oczywiście odrębnego opracowania.

⁷⁶⁹ T. Kielanowski, *Kodeks deontologiczny polskiej służby zdrowia*, „Służba Zdrowia” 1959, nr 12/13, s. 2; ibidem nr 14, s. 3; Tekst projektu znajduje się też w: A. Tulczyński, *Polskie lekarskie kodeksy deontologiczne*, op. cit., s. 162 nast. Projekt kodeksu autorstwa T. Kielanowskiego zamieszczam również w aneksie niniejszej pracy.

wyrażony, postulat objęcia powszechną opieką zdrowotną i bezpłatnym leczeniem całego społeczeństwa na wiele lat przed jego urzeczywistnieniem. W punkcie trzecim kodeks stwierdzał, że „nikt nie może być pozbawiony prawa korzystania ze świadczeń służby zdrowia Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej”⁷⁷⁰ – należy podkreślić, że w owym czasie ubezpieczaniem społecznym objęta była tylko część ludności i nie dotyczyły one rolników i rzemieślników. Kielanowski, jeszcze w okresie międzywojennym, był wielkim orędownikiem uspołecznienia służby zdrowia⁷⁷¹, popierając hasła i działania głównie socjalistycznych frakcji walczących o powszechne prawo do zdrowia.

Artykuły wstępne u prof. Kielanowskiego bardzo silnie wiążą służbę zdrowia z nauką, na której powinna się opierać w wykonywaniu swoich zadań i podkreślają konieczność otoczenia szczególną pieczęą jej rozwoju. Obowiązkiem służby zdrowia jest leczenie i zapobieganie chorobom przez wprowadzenie w życie środków zalecanych przez naukę (zasady: 4 i 7). Jednocześnie powinnością służby zdrowia jest podawanie do wiadomości całego świata osiągnięć nauki rodzimej. Kielanowski zawsze mocno akcentował, że zdobycze cywilizacyjne są wspólnym dobrem całej ludzkości, a Polska, polscy naukowcy, są częścią międzynarodowej wspólnoty, dla której wymiana idei jest czymś zasadniczym. Niepokoiły go ówczesne tendencje do zamykania się państw w granicach obozów i bloków nie tylko w wymiarze politycznym. Dlatego wysoko cenił działania i międzynarodowe inicjatywy Światowej Organizacji Zdrowia czy Czerwonego Krzyża. W duchu globalnej współpracy proponuje zapis (zasada 10), że polska służba zdrowia, w miarę swoich możliwości, niesie pomoc innym narodom cierpiącym w wyniku ucisku, wojny i klęsk żywiołowych – w żadnych innych kodeksach narodowych nie pojawiało się podobne sformułowanie w odniesieniu do własnych organizacji ochrony zdrowia.

Część pierwsza projektu, licząca 18 artykułów, obejmuje ogólne postanowienia dotyczące lekarskiej profesji. Zostały tu sformułowane obowiązki lekarza, poczynając od podstawowych obowiązków zawodowych („bezpośrednie niesienie pomocy ludziom chorym, praca zapobiegawcza, szerzenie oświaty sanitarnej, czynna współpraca z władzami, kierującymi służbą zdrowia i praca naukowa” – zasada 11), oraz obowiązków związanych z wykonywaniem zawodu: rozwoju zawodowego i dokształcania się, podawania do wiadomości spostrzeżeń i odkryć naukowych, stwierdzania prawdy w orzeczeniach lekarskich, przynależności do towarzystw naukowych i in. Wskazana została tu konieczność stosowania się lekarza do postanowień kodeksu (zasada 12), a w „Postanowieniach końcowych” zapisano nakaz poświadczenia własnoręcznym podpisem zapoznania się z jego zasadami (zasada 66). Kodeks jednak nie określał organu czuwającego nad przestrzeganiem reguł i je

⁷⁷⁰ Ibidem.

⁷⁷¹ Marcin Kacprzak, osoba niezwykle ceniona przez Kielanowskiego, pisał w okresie międzywojennym: „... bo zdrowie, jako największy skarb narodu, który z najbiedniejszej okolicy może zrobić kwitnący zakątek, jest pierwszym dobrem, które powinno być upaństwowione prędkiej niż ziemia, kopalnie, fabryki...” Cyt. za: A. Tulczyński, *Polskie lekarskie kodeksy deontologiczne*, op., cit., s. 55. Proces uspołecznienia zawodu lekarskiego był czynnikiem zasadniczo modyfikującym normy deontologiczne.

egzekwującego, gdyż formalnie takiej niezależnej instancji, reprezentanta wszystkich lekarzy, już nie było. Jedynie we wstępie podaje się, że naczelnym organem kontrolującym pracę służby zdrowia jest Ministerstwo Zdrowia.

Zasady sformułowane przez Kielanowskiego w formie zakazów obejmują czyny kwalifikowane jako przekroczenie zawodowe oraz poważne przekroczenie zawodowe, w zależności od przewinienia odpowiednio karane dyscyplinarnie. Zakazy ujęte w tej części kodeksu dotyczą m. in.: stosowania środków tajnych, upubliczniania informacji o niepotwierdzonych spostrzeżeniach naukowych, podejmowania czynności zawodowych bez ich dostatecznej znajomości, posługiwania się nienależnymi tytułami zawodowymi, współpracy lekarza ze osobami zajmującymi się lecnictwem bez uprawnienia, nieetycznych działań podejmowanych z chęci zysku. Bardzo wyraźnie, po raz pierwszy u Kielanowskiego ujęta jest kwestia błędu lekarskiego wynikającego z niedostatku wiedzy (zasada 17) oraz z przekroczenia kompetencji, zakresu uprawnień wynikających z posiadanych kwalifikacji (zasada 19) i stanowiących przekroczenie zawodowe. Warto też odnotować, że w kodeksie przewidywał zapis o prawie lekarza do starania się o poprawę swoich warunków pracy oraz o zmianę obowiązujących przepisów prawnych drogą akcji związku zawodowego lub innych legalnych organizacji (zasada 18) – aczkolwiek zdecydowanie krytycznie odnosił się do strajku lekarzy.

Kilkakrotnie pojawia się w projekcie Kielanowskiego odwołanie do kategorii sumienia lekarza (m. in. w odniesieniu do wyboru metod postępowania w sytuacjach nagłych). Znaczące miejsce kategorii sumienia nadawał kodeks włoski, umieszczając zasadę głoszącą, że „wykonywanie zawodu lekarskiego opiera się na wiedzy i sumieniu” jako pierwszy punkt zbioru⁷⁷². W Polsce ta kategoria nie występuje w kodeksie z 1935 r., natomiast w kodeksie z 1967 r. będzie kategorią istotną, umieszczoną w pierwszym punkcie zasad szczegółowych, wskazującą, że „lekarz powinien odmówić wykonania zlecenia, które wg jego wiedzy i sumienia mogą być szkodliwe lub nieetyczne”, a w „wyborze postępowania powinien opierać się na swej najrzetelniejszej wiedzy i sumieniu”⁷⁷³. Jednakże Kielanowski nie dopuszcza możliwości ciągłych konfliktów sumienia w pracy lekarza i bardzo rygorystycznie stwierdza, że „lekarz winien się zwolnić z pracy lub zmienić rodzaj pracy, jeżeli uważa, że praca dotychczasowa naraża go na obowiązek dokonywania czynów wprawdzie legalnych i naukowo lub społecznie – uzasadnionych, lecz niezgodnych z jego sumieniem lub jego przekonaniem” (zasada 15)⁷⁷⁴. Wyraża tym samym przekonanie o niezbędnej w pracy lekarza spójności jego działań z przekonaniem. Lekarz nie może postępować wbrew sumieniu – jest to warunek rzetelności i pełnego oddania się zawodowi; a w konsekwencji również satysfakcji z jego wykonywania.

⁷⁷² Zob. *Teksty deontologiczne. 3. Włoski Kodeks Deontologiczny*, op. cit., s. 362

⁷⁷³ *Zasady etyczno-deontologiczne Polskiego Towarzystwa Lekarskiego*, [w:] A. Tulczyński, *Polskie lekarskie kodeksy deontologiczne*, op. cit., s. 171.

⁷⁷⁴ T. Kielanowski miał na uwadze przede wszystkim kwestie przerywania ciąży „ze względów społecznych”, dozwoloną przez ustawę uchwaloną w 1956 r.

Najbardziej rozbudowaną częścią projektu jest drugi rozdział dotyczący obowiązków lekarza wobec chorych, zawierający aż 26 artykułów, co wskazuje na wielką wagę tej problematyki – dla porównania kodeks z 1935 r. miał ich 15, a z 1967 r. – 13 oraz 4 zawarte w zasadach ogólnych.

Co ciekawe, w projekcie nie zapisano *expressis verbis* hipokratejskiej zasady, uznawanej za naczelną i umieszczanej na początku kodeksów, a głoszącej, że dobro chorego⁷⁷⁵ jest najwyższym prawem. Jednocześnie treść artykułów jednoznacznie wskazuje, że jest ono celem lekarskich działań i całej służby zdrowia. Kielanowski nie zgodziłby się natomiast z jednoznacznym utożsamieniem tego „dobra” ze zdrowiem, gdyż często jego zachowanie lub też przywrócenie nie jest możliwe, a tym bardziej problematyczna staje się uporczywa terapia, przysparzająca cierpienie. Często ważniejsze jest łagodzenie cierpienia i pocieszenie.

Z drugiej strony warto zwrócić uwagę na lekarskie przyrzeczenia⁷⁷⁶ i historię kształtowania się kodeksów. Przez wiele stuleci istniały i obowiązywały jedynie przysięgi zawierające głównie ponadczasowe normy. Pojawiające się od dziewiętnastego wieku zbiory zasad lekarskich zawierały przede wszystkim zasady szczegółowe odnoszące się do konkretnych sytuacji i w związku z tym nie powtarzały obowiązujących, zgodnych z przysięgą norm, co najwyżej niektóre z nich rozwijały lub uszczegóławiały. Tendencja do powtórnego ich ujmowania, rozwijania lub interpretacji jest późniejsza.

Projekt Kielanowskiego skupia się na zagadnieniach deontologicznych – czyli bardziej na szczegółowych kwestiach obowiązków lekarskich i relacji z pacjentem oraz lekarzami. Przyrzeczenie czy też przysięga jest najważniejszym moralnym zobowiązaniem i w związku z tym nie ma potrzeby powtórnego przywoływania jej elementów w kodeksie deontologicznym. W obowiązującym wówczas „Przyrzeczeniu lekarskim” wskazanie, że celem lekarskiego działania jest dobro chorego pojawiało się dwukrotnie. *Notabene* warto odnotować fakt, że w okresie PRL formuła przyrzeczenia lekarskiego – obowiązującego od 1918 r. – nie zmieniła się i nie została zmodyfikowana w duchu ówczesnej ideologii⁷⁷⁷.

Zasady przedstawione przez Kielanowskiego w jego projekcie koncentrują się na tym, że chory jest przede wszystkim człowiekiem cierpiącym, nieszczęśliwym i że w postępowaniu z nim należy się kierować współczuciem i wyrozumiałością. Lekarz niezależnie od żywionych uczuć winien widzieć tylko człowieka cierpiącego i wymagającego pomocy (zasady 29–30.) i dalej uzupełnia: „Nawet w czasie wojny nie wolno lekarzowi kierować się uczuciem nienawiści do podlegających jego opiece chorych nieprzyjaciół”. Uogólniając można stwierdzić, że szacunek dla człowieka, który cierpi jest podstawowym wyznacznikiem lekarskiego

⁷⁷⁵ *Salus aegroti suprema lex* – łaciński termin *salus* jest bardzo wieloznaczny. A. Tulczyński wskazuje na jego pięć zasadniczych grup znaczeniowych: 1. zdrowie, 2. dobro, szczęście, korzyść, 3. życie, ocalenie, ratunek, 4. pozdrowienie, 5. bogini zdrowia, córka Eskulapiusza. Za: A. Tulczyński, *Historia i ewolucja kodeksów deontologicznych*, [w:] *Etyka i deontologia*, op. cit., s. 200.

⁷⁷⁶ Zob. teksty przyrzeczeń lekarskich w aneksie.

⁷⁷⁷ Obowiązujący wówczas tekst przyrzeczenia zamieszczony jest w aneksie. Niewielkie pod względem formy, ale znaczące w teorii i praktyce lekarskiej, zmiany wprowadzono wraz z nowym *Kodeksem Etyki Lekarskiej* w 1991 r. oraz w 2003 r. – tekst ten przytoczony jest również w aneksie.

postępowania i większość zasad z niego wynika. Znajdują się w tej części zarówno reguły przedstawiane w kodeksach wcześniejszych (tajemnica lekarska, postępowanie w nagłych sytuacjach, zasady konsultacji lekarskich, zakaz wykorzystywania wpływu na chorego i in.), jak i nowe zasady i ich sformułowania – jak chociażby kwestia tajemnicy lekarskiej, która nie może być zasadą absolutną i musi dopuszczać wyjątki, np. w przypadku chorób zakaźnych czy przypadkach przewidzianych przez prawo.

Projekt Kielanowskiego kładzie między innymi po raz pierwszy nacisk na kwestie zgody na leczenie i zakaz postępowania wbrew woli pacjenta (zasady 44 – 48), szczegółowo ujmując postępowanie wobec pacjentów niepełnoletnich i zakaz przymusu leczenia bez zgody rodziców. Problem zgody pacjenta pomijały kodeksy wcześniejsze, zapewne zarówno ze względu na odmienną organizację służby zdrowia i dominację prywatnych usług medycznych, oraz zupełnie inne, prostsze metody leczenia i zabiegi. Dlatego też nie znajdujemy tam norm podejmujących bardzo istotną kwestię dopuszczalności nowych metod leczenia i zasad przeprowadzania doświadczeń z udziałem człowieka⁷⁷⁸.

Z zagadnieniem wyrażania zgody wiąże się problem mówienia prawdy chorym o ich stanie. Według projektu Kielanowskiego: „Lekarz obowiązany jest mówić choremu prawdę o rozpoznaniu, proponowanym leczeniu i rokowaniu. Rokowania poważne powinny być jednak podawane do wiadomości oględnie, a rokowania niepomyślne wolno zataić” (zasada 42). Była to wtenczas dosyć odważna regulacja i spotkała się z krytyką (głównie tych, którzy skupili swą uwagę na pierwszym zdaniu tej zasady⁷⁷⁹), gdyż dominowało przekonanie wśród lekarzy europejskich, zapisane w ówczesnych kodeksach – np. włoskim czy francuskim, że należy przed pacjentem ukrywać niepomyślne rozpoznania; natomiast można lub należy w pierwszej kolejności poinformować rodzinę o złym stanie chorego. Kielanowski ujmuje tę kwestię zupełnie inaczej. Jednak w kodeksie uchwalonym w 1967 r. wrócono do bardziej tradycyjnego rozwiązania. W ostatnim zdaniu 11. zasady wskazuje się, że sprawa informowania chorego o jego stanie zależy od uznania lekarza mającego na względzie dobro chorego⁷⁸⁰.

W swoim projekcie Kielanowski kładzie nacisk na osobistą odpowiedzialność lekarza za leczenie chorego, z której nie zwalnia podleganie przełożonemu czy też praca zespołowa lekarzy. Ma to związek z propozycją zagwarantowania prawa odmowy wykonania polecenia, jeżeli lekarz nie jest przekonany o jego celowości i słuszności (zasada 35).

Zupełną nowością w tym czasie, również wobec obowiązujących zbiorów zasad w krajach zachodnich i wyróżniającą projekt Kielanowskiego, były regulacje obejmujące stosowanie nowych środków terapeutycznych i zasady eksperymentu medycznego. Tego

⁷⁷⁸ A. Tulczyński wskazuje, że problem ten, w bardzo ogólnym zarysie dopuszczalności zabiegów operacyjnych, był regulowany przez prawo. Za: A. Tulczyński, *Polskie lekarskie kodeksy deontologiczne*, op. cit., s. 59.

⁷⁷⁹ M. in. J. Bogusz. Zob. *Pierwsze głosy w dyskusji nad projektem kodeksu deontologicznego*, „Służba Zdrowia” 1959, nr 18, s. 3.

⁷⁸⁰ *Zasady etyczno-deontologiczne Polskiego Towarzystwa Lekarskiego*, [w:] A. Tulczyński, *Polskie lekarskie kodeksy deontologiczne*, op. cit., s. 173.

zagadnienia dotyczy aż siedem artykułów projektu, od zasady 49 do 55. W ich opracowaniu nawiązywał Kielanowski do stanowiska Sądu Norymberskiego w procesie lekarzy hitlerowskich z 1947 r. w sprawie dopuszczalnych eksperymentów medycznych, tzw. „Kodeksu Norymberskiego”⁷⁸¹. Przedstawione reguły obejmowały zagadnienia zasad stosowania nowych i niewypróbowanych środków leczniczych w celach terapeutycznych oraz celach naukowo-badawczych, a także doświadczeń naukowych przeprowadzanych na zdrowych ochotnikach. Podejmował tu kwestię niezbędności świadomej zgody, bezpieczeństwa przeprowadzanych badań i doświadczeń niebezpiecznych. Szczegóły proponowanych zapisów oraz stanowisko Kielanowskiego zostaną przedstawione w dalszej części, w rozdziale dotyczącym etyki badań naukowych.

W nowej perspektywie ujęta jest także zasada postępowania wobec nieuleczalnie chorych. Z przytaczanych kodeksów, głównie kodeks włoski podejmował ten problem, wskazując, że lekarzowi nie wolno opuścić beznadziejnie chorego, lecz winien pomagać aż do końca, gdyż nie zawsze można wyleczyć, lecz zawsze należy pomagać i pocieszać⁷⁸². Kielanowski idzie o wiele dalej, podejmując problem terminalnego stanu choroby i związanych z nim cierpień. W wypadku choroby bezwzględnie nieuleczalnej i zaawansowanej, a połączonej z bardzo dotkliwymi, niedającymi się opanować cierpieniami, „wolno lekarzowi kłaść główny nacisk na łagodzenie cierpień chorego, bez stosowania środków mogących przedłużyć życie i cierpienie” (zasada 56). Żaden natomiast kodeks nie uwzględniał wprost pytania o eutanazję. Kielanowski jako pierwszy w swoim projekcie wprowadza regulację stanowiącą o zakazie dążenia lekarza do skrócenia życia nieuleczalnie chorego, nawet na jego prośbę oraz zakazie pomocy choremu w dokonaniu samobójstwa (zasada 56). Zagadnienie działań eutanatycznych wielokrotnie będzie podejmowane przez Kielanowskiego w licznych publikacjach, ale uchwalający w 1967 r. kodeks nie uwzględnili regulacji dotyczących takich działań.

Spośród innych nowych zagadnień ujętych w projekcie Kielanowskiego, a nie uwzględnionych przy uchwalaniu kodeksu, wskazać można zasady dotyczące zachowania się lekarza i jego obowiązków w przypadku zaistnienia klęsk społecznych (zasady 38 i 39). Zasady te nawiązywały do kodeksów włoskiego i francuskiego. W ujęciu Kielanowskiego zawód lekarza, traktowany jako służba publiczna, zobowiązuje go do pełnej dyspozycyjności w sytuacji stanu wyjątkowego, zagrożenia epidemiologicznego czy też klęski żywiołowej.

Trzecia część projektu dotyczy obowiązków lekarza wobec współpracowników, a więc nie tylko innych lekarzy, ale wszystkich pracowników służby zdrowia. Zawiera ona osiem artykułów, a więc proporcjonalnie niewiele w odniesieniu do wcześniejszych części. Z jednej strony sugeruje to przekonanie, że relacje między lekarzami i innymi przedstawicielami zawodów medycznych muszą się opierać przede wszystkim na respektowaniu podstawowych

⁷⁸¹ Zob. T. Brzeziński, *Etyka lekarska*, op. cit., s. 36-37.

⁷⁸² Zob. *Teksty deontologiczne. 3. Włoski Kodeks Deontologiczny (Il Codice Deontologico)*, op. cit., s. 362 (artykuł 51).

zasad relacji międzyludzkich i zawodowych. Z drugiej strony wskazuje na odejście od formułowania norm, których zadaniem było cementowanie specyficznego solidaryzmu grupowego lekarzy.

W tekście projektu Kielanowski nie używa określenia „godność zawodu (stanu) lekarskiego” i nie formułuje artykułów zabezpieczających grupowe interesy lekarzy. Pojęcie godności stanu lekarskiego, której należy strzec, stanowiło (i stanowi) istotny element przyrzeczenia lekarskiego i podobnie jak w przypadku terminu „dobro chorego” nie jest już przywoływane w projekcie. Pojawia się tu całkowicie odmienna optyka. Artykuł 13 projektu stwierdzał: „Praca lekarza jest pracą zaszczytną, a społeczeństwo ufa lekarzowi. Zachowanie się lekarza w pracy i poza pracą, powinno wzbudzać w społeczeństwie zaufanie do osoby lekarza”. Fakt szczególnego, społecznego wyróżnienia lekarskiej profesji wynika z zaufania, jakim obdarzony jest lekarz, a którego zawieść nie może, gdyż jest ono podstawą skutecznego procesu terapeutycznego. Wyróżnienie to wynika także z odpowiedzialności lekarza za sprawy zdrowia i życia człowieka, odpowiedzialności wobec powierzającego się opiece pacjenta, wobec samego siebie i wobec innych. Praca ta wymaga szczególnych predyspozycji zawodowych i kwalifikacji moralnych.

Błędnie interpretowana godność zawodu może prowadzić do wspomnianych wcześniej niebezpieczeństw klanowego solidaryzmu i prowadzić do nadużyć mających na uwadze głównie zabezpieczenie własnych interesów lekarzy. Aczkolwiek dość żłudnie sądzono, że w uspołecznionej służbie zdrowia niebezpieczeństwo takie jest mniejsze. Lekarz – w regulacjach Kielanowskiego – powinien natomiast dbać o dobre imię całej służby zdrowia, rozumianej właśnie w kategoriach „służby” społecznej, a w razie stwierdzenia uchybień w pracy „pracowników wszelkich szczebli, winien powiadomić o tym w sposób rzeczowy właściwe w danym wypadku władze nadzorcze służby zdrowia. Do czasu rozstrzygnięcia sprawy winien wstrzymać się od wszelkich komentarzy i od rozpowszechniania swoich spostrzeżeń” (zasada 59).

Inny wymiar i sposób uzasadnienia zyskuje tutaj np. zasada powstrzymania się wobec chorego od dyskredytacji działalności zawodowej innego lekarza, krytyki jego metod leczenia – nie ze względu na lekarską solidarność, ale ze względu na dobro chorego, „gdyż taka krytyka, niezależnie od jej słuszności, może stanowić dla chorego duży uraz psychiczny” (zasada 62). Podobnie, w razie konfliktu, także spoza sfery zawodowej, z lekarzem lub innym pracownikiem służby zdrowia, „winien lekarz dołożyć wysiłku, by konflikt nie stał się przyczyną zgorszenia publicznego i przekazać konflikt jak najszybciej do rozpatrzenia właściwej komisji dyscyplinarnej lub władzy” (zasada 63). Zgorszenie, które w wyniku ludzkiej tendencji do prostych i pochopnych generalizacji, rzutowałoby na dobre imię całej służby zdrowia i obniżałoby zaufanie do niej, co w konsekwencji obróciłoby się przeciwko chorującemu człowiekowi. Dlatego sytuacja konfliktowa powinna być jak najszybciej rozwiązana.

Opracowanie projektu zasad etyki lekarskiej było działaniem nie do przecenienia – zupełnie w nowej formie ujęte zostały zagadnienia moralne czy też prakseologiczne wskazania wiążące się z uprawianiem medycyny. Projekt Kielanowskiego ukazuje bogactwo i złożoność problematyki moralnej wiążącej się z praktyką lekarską. Tworząc go, prof. Kielanowski znalazł inspirację w kodeksach obowiązujących w krajach zachodnich, zwłaszcza w kodeksach francuskim i włoskim – pomimo wielu norm, z którymi polemizował. Jednocześnie bardzo wiele zagadnień zostało w projekcie Kielanowskiego postawionych po raz pierwszy.

Projekt Kielanowskiego był przedsięwzięciem autorskim – wynikającym z własnych doświadczeń, przemyśleń i refleksji związanych ze światowymi publikacjami i tendencjami. Dlatego też przez niektóre środowiska trochę sarkastycznie nazywany „prywatnym kodeksem profesora K.” Wśród artykułów i zasad najczęściej kontrowersji wzbudzały, stając się przedmiotem polemiki⁷⁸³, między innymi następujące zapisy:

- zasada pełnej odpowiedzialności lekarza i prawo odmowy polecenia wydanego przez lekarskiego zwierzchnika,
- wysokie standardy określające stosowanie nowych, niewypróbowanych metod leczniczych i zasad eksperymentowania na człowieku,
- zasady dotyczące zgody pacjenta, przede wszystkim zakaz przymusowego leczenia dzieci wbrew woli rodziców (aczkolwiek dopuszczający odstępstwa w sytuacjach wyjątkowych i za zgodą sądu),
- obowiązek stałego doksztalcania się lekarza (oburzenie lekarzy wywołane tym punktem budziło największe zdziwienie Kielanowskiego).

Ten autorski tekst był spójny i logiczny. Jednakże tego rodzaju dokumenty muszą zostać poddane debacie w całym środowisku i być wynikiem pracy kolegalnej. Pierwszy powojenny zbiór deontologii lekarskiej uchwalony w 1967 r., po kilkuletnich dyskusjach i pracach wielu naukowców był kompromisem między projektem Kielanowskiego (jednak łagodniejszym w formie i mniej radykalnym) a kodeksem międzywojennym. Był także wynikiem uwzględnienia norm uobecnianych w kodeksach innych państw – wniesionych zarówno przez propozycje projektu Kielanowskiego, jak i bezpośrednio dzięki jego tłumaczeniom tychże kodeksów, prezentowanym m. in. na posiedzeniach regionalnych oddziałów PTL.

Kodeks z 1967 r. obejmuje w znacznej części podobny zakres problemów co projekt Kielanowskiego, jednak odmienne są jego sformułowania i porządek. Pominięto niektóre z zasad projektu (np. dotyczące eutanazji, klęsk społecznych), a innym nadano

⁷⁸³ Zob. T. Kielanowski, *Argumentować, a nie rozkazywać. Kilka uwag o dotychczasowej dyskusji deontologicznej*, op. cit., s. 1-2; T. Kielanowski, *Niebiały spór deontologiczny o moralną odpowiedzialność lekarza*, op. cit., s. 2; T. Kielanowski, *Nie grozić – nie komenderować*, „Służba Zdrowia” 1962, nr 15, s. 3; T. Kielanowski, *Przymus operacyjny w interesie społecznym?*, „Służba Zdrowia” 1962, nr 20, s. 2.

zmodyfikowany wyraz (np. ograniczając kwestię eksperymentu do jego leczniczej formy czy też inaczej interpretując zasadę dotyczącą mówienia prawdy o stanie chorego).

Jeszcze rok przed uchwaleniem pierwszego kodeksu Tadeusz Kielanowski wskazywał, na szereg nowych, moralnie delikatnych problemów wymagających uporządkowania, które jednak nie zostały uwzględnione w przyjętym zbiorze. Była to między innymi kwestia pobierania narządów do przeszczepów zarówno od dawców żywych, ale także ze zwłok, utrzymywanych przy życiu za pomocą sztucznego krążenia. (Dopiero dwa lata później zostanie przyjęta tzw. definicja śmierci mózgowej, w istotny sposób decydująca o określaniu warunków pobierania narządów od osób uznanych za zmarłe). Wskazywał też, że „decyzji i pisanych norm wymaga na pewno sztuczne zapłodnienie nasieniem męża, a tym bardziej obcego dawcy, moralnego unormowania wymagają problemy stosowania u umierających środków pobudzających krążenie i środków oszłamiających itd.”⁷⁸⁴.

W nowelizacji kodeksu dokonanej w 1977 r. pojawiają się nowe zasady, wynikające ze zmian w obrębie medycyny i życiu społecznym, które nastąpiły w tym kilkuletnim okresie. To pokazuje, że wobec coraz szybszych przemian nieunikniona jest aktualizacja kodeksów, tym bardziej, że zawierają one przede wszystkim normy sytuacyjno-szczególne.

⁷⁸⁴ T. Kielanowski, *Deontologia – zaniedbana dyscyplina lekarska*, op. cit., s. 1326.

4.4. Zawód lekarza i jego etos

Tadeusz Kielanowski nie pozostawił usystematyzowanego opisu poszczególnych zagadnień etyki lekarskiej. Jako lekarza-praktyka zajmowała go głównie tematyka bieżąca, wiążąca się z nawarstwiającymi się aktualnie problemami. Jednocześnie, jako wychowawca pokoleń lekarzy i człowiek zatroskany o moralny poziom lekarskiego środowiska, będzie poruszał problematykę aksjologicznych aspektów zawodu lekarskiego, jego aretologii i cech osobowych lekarza oraz etycznych implikacji wynikających z aktualnych uwarunkowań jego pracy.

Szczegółowe zagadnienia etyki lekarskiej można porządkować na wiele sposobów, łącząc je w określone grupy problemowe, co ukazuje się w różnych publikacjach z jej zakresu⁷⁸⁵. Ponieważ w medycynie, jako sztuce lekarskiej, najważniejsza jest relacja między lekarzem a pacjentem, można uznać, że ta relacja określa zasadniczą perspektywę moralną. Obejmuje ona etyczną problematykę zawodu lekarza oraz wszystko to, co bezpośrednio dotyczy pacjenta i ma wymiar moralny. Taką perspektywę warto przyjąć w odniesieniu do refleksji Kielanowskiego.

Zwracał on uwagę, że „stosunek wzajemny lekarza i pacjenta jest stosunkiem bezpośrednim między dwoma ludźmi: człowiekiem nieszczęśliwym, potrzebującym pomocy i ratunku i człowiekiem kwalifikowanym, powołanym do udzielania tej pomocy i tego ratunku”⁷⁸⁶. Wszelkie przyrządy i metody laboratoryjne, którymi lekarz się posługuje „nie zmieniają i nie zmieniają tego podstawowego faktu”⁷⁸⁷. Konstytutywny więc dla zawodu lekarskiego obowiązek niesienia pomocy potrzebującym realizuje się w osobowych interakcjach.

Kielanowski, podkreślając wagę etosu lekarskiego w sztuce medycznej, poświęcił mu wiele miejsca. „Propedeutyka medycyny”, projekt kodeksu deontologicznego i liczne artykuły są wyrazem troski o jego właściwy kształt. Zawód lekarski zajmuje szczególną pozycję w związku z ochroną wartości najwyższego rzędu – życia i zdrowia człowieka. Troska o te dobra wymaga odpowiedniego poziomu wiedzy, fachowości i kultury moralnej. Mimo zmienności szczegółowych, prakseologicznych zasad, pryncypia zawodu lekarskiego i jego etos pozostają trwałym dorobkiem kultury. Kielanowski uzasadniał to przekonanie, mówiąc, że „mimo zmiany form świadczeń i udoskonalenia wielu metod badania lekarz pozostał i pozostanie zawsze przyjacielem człowieka chorego, jego pocieszycielem i powiernikiem”⁷⁸⁸. Do tych pryncypiów porządkujących i określających pracę lekarza, tak jak dawniej, należy z pewnością przywoływana maksyma o dobru chorego. Kielanowski podkreślał, że jest to najwyższe prawo dla lekarza, mimo pojawiających się współcześnie trudności

⁷⁸⁵ Por. np.: *Etyka i deontologia lekarska*, op. cit.; T. Brzeziński, *Etyka lekarska*, op. cit.; S. Olejnik, *Etyka lekarska*, Katowice 1994; S. Biesaga, *Elementy etyki lekarskiej*, op. cit.

⁷⁸⁶ T. Kielanowski, *Propedeutyka medycyny*, op. cit., s. 187.

⁷⁸⁷ Ibidem.

⁷⁸⁸ Ibidem, s. 14.

interpretacyjnych, i uzupełniania jej zasadą nieszkodzenia. Dla Kielanowskiego podstawowe humanistyczne aspekty hipokratejskiego etosu, podtrzymywane między innymi przez ruch neohipokratejski P. Delora, będą sprawami zasadniczymi. I jeżeli podkreśla się godność stanu lekarskiego, to głównie ze względu na troskę o podstawowe dobra cierpiącego człowieka.

Działanie na rzecz dobra chorego czy też dobra (zdrowia) społeczeństwa, kiedy w grę wchodzi ochrona życia, zdrowia i kojenie cierpienia wymaga przed wszystkim zaufania do lekarza, któremu człowiek powierza siebie i swój los. „Tak samo za czasów Hipokratesa – pisał Kielanowski – jak i dzisiaj chory musi darzyć nieograniczonym zaufaniem człowieka, któremu pozwala wziąć nóż do ręki i zadawać sobie ciężkie rany”⁷⁸⁹. Dlatego też zaufanie w jego ujęciu stanie się centralną kategorią w relacji między pacjentem i lekarzem oraz fundamentem procesu leczenia i znajdzie się na początku „Postanowień ogólnych” projektu („Praca lekarza jest pracą zaszczytną, a społeczeństwo ufa lekarzowi. Zachowanie się lekarza w pracy i poza pracą, powinno wzbudzać w społeczeństwie zaufanie do osoby lekarza” – zasada 13).

Dzięki zaufaniu do leczącego lekarza chory wierzy, że zostanie otoczony właściwą opieką, że zostaną podjęte właściwe działania mające na celu jego dobro. Jest przekonany, że otrzyma pełnowartościową pomoc. Chory zwraca się więc do lekarza z nadzieją na poprawę swego stanu. Czynnikiem rodzenia się zaufania jest z jednej strony przekonanie o kompetencji lekarza, jego umiejętnościach i rzetelności, z drugiej – cechy osobowości lekarza – ofiarność, życzliwość, troska, zrozumienie, cierpliwość oraz prawość jego postępowania. Nie można bowiem budować zaufania bez respektowania moralnych zasad. Zyskanie zaufania wymaga zaangażowania ze strony lekarza. Dotyczy to między innymi zainteresowania skargami chorego i troski o możliwość realizacji przez chorego zaleceń lekarskich. Kiedy lekarz ma czas na dłuższą rozmowę z pacjentem i robi to jednocześnie z wyraźną życzliwością – chory nabiera przekonania, że lekarz chce w pełni rozpoznać jego dolegliwości, dzięki czemu będzie mu mógł pomóc⁷⁹⁰. Zaufanie otwiera przestrzeń, które w innych przypadkach nie byłyby możliwe, jak chociażby psychoterapeutyczne oddziaływanie lekarza przez rozmowę, czy też nawet samą jego osobowość, w związku z ogromną rolą czynników psychicznych w procesie zdrowienia, tak podkreślanych przez Kielanowskiego. Zaufanie to budzi i umacnia nadzieję, którą lekarz winien podtrzymywać dla dobra chorego, gdyż daje ona jemu wewnętrzną siłę do walki z chorobą, a zdarza się, że jest najważniejszym elementem jej przezwyciężania. Jednakże, aby lekarz był wiarygodny, sam musi ją mieć, stąd tak często przypomina, że mimo wszystko „zawsze trzeba mieć nadzieję wbrew nadziei”.

Elementy budujące kredyt zaufania i społeczne uznanie wiążą się z autorytetem lekarza – autorytetem wynikającym z jego wiedzy, umiejętności oraz z autorytetem moralnym i emocjonalnym. W jednym z pierwszych artykułów poświęconych bezpośrednio etyce lekarskiej „Autorytet lekarza i etyka lekarska” z 1955 r. Kielanowski wskazywał, że ten

⁷⁸⁹ T. Kielanowski, *Autorytet lekarza i etyka lekarska*, „Służba Zdrowia” 1955, nr 52, s. 2.

⁷⁹⁰ T. Kielanowski, *Propedeutyka medycyny*, op. cit., s 188.

autorytet potrzebny jest właśnie chorym przede wszystkim ze względu na konieczność bezwarunkowego zaufania do człowieka, w ręce którego się oddają, a „każde zachwianie autorytetu lekarza jest zachwianiem autorytetu medycyny naukowej. [...] Walka o wysoki autorytet medycyny naukowej jest walką o autorytet naszej służby zdrowia”⁷⁹¹. Takie tradycyjne ujmowanie autorytetu lekarskiego może uchodzić za zbyt paternalistyczne jednakże Kielanowskiemu chodzi o ten jego rodzaj, który służy pacjentowi, wierzącemu i oczekującemu, że lekarz uczyni jak najlepiej wszystko to, co według jego fachowej opinii uczynić należy. Lekarz zyskuje autorytet „swoją wiedzą, swoją pracą, swoim zamiłowaniem do zawodu, swoim stosunkiem do ludzi, swoją kulturą”⁷⁹².

W okresie kształtowania się uspołecznionej służby zdrowia Kielanowski boleśnie odczuwał dający znać o sobie kryzys zaufania i spadek lekarskiego autorytetu. Przytaczany artykuł oraz inne⁷⁹³ będą próbą przeciwdziałania temu zjawisku i szukania odpowiednich rozwiązań. Odwołując się do przykładu innych krajów, gdzie również wprowadzono formy uspołecznienia opieki lekarskiej, wykazuje, że nie jest to zasadnicza przyczyna spadku zaufania i autorytetu⁷⁹⁴. Aczkolwiek zła organizacja, nadużycia ze strony tak lekarzy, jak i pacjentów mają w tym swój udział. Wiąże się to przede wszystkim z szerzej rozumianym kryzysem medycyny jako sztuki lekarskiej, ze zjawiskiem dehumanizacji medycyny w wyniku jej postępu naukowo-technologicznego – „lekarz przerodził się z humanisty, z pocieszyciela, z przyjaciela, w sprawnego technika, inżyniera, który naprawia bez bawienia się w zbędne sentymenty, ale za to skuteczniej niż jego poprzednik, zepsutą maszynę ludzką”⁷⁹⁵. Poza tym zmienił się znacznie pacjent i zdecydowanie zmalał dystans społeczny i intelektualny między lekarzem a pacjentem, który stawia często określone i wygórowane żądania wobec medycyny, równie często nie zdając sobie sprawy z jej ograniczeń. Kielanowski z całą mocą podkreślał, że autorytet da się utrzymać i kształtować tylko w drodze „stałego podnoszenia zawodowego i moralnego poziomu lekarzy”⁷⁹⁶. Ponadto drogą podniesienia powagi lekarza i służby zdrowia jest doskonalenie jej modelu organizacyjnego oraz odpowiedzialne informowanie społeczeństwa o zdobyczach i możliwościach medycyny⁷⁹⁷.

W budowaniu lekarskiego autorytetu i określaniu jego etosu decydującą rolę odgrywa głęboka wiedza i kompetencje wraz z wysokim poziomem moralnym opartym na zasadzie życzliwości, a więc zaangażowanie zarówno sfery intelektu, jak i sfery uczuciowej. Oprócz właściwego naboru kandydatów na studia, kształcenia i wychowania, wyższe uczelnie medyczne mają za zadanie wyrobić przekonanie, że od czynów lekarza „kontrolowanych najczęściej przez jego sumienie, zależy życie ludzkie i że brak wiedzy,

⁷⁹¹ T. Kielanowski, *Autorytet lekarza i etyka lekarska*, op. cit., s. 2.

⁷⁹² Ibidem.

⁷⁹³ Zob. m. in.: T. Kielanowski, *Zaufanie do lekarzy*, „Argumenty” 1961, nr 13; T. Kielanowski, *O etyce lekarskiej – bez patosu*, „Trybuna Ludu” 1959, nr 303.

⁷⁹⁴ T. Kielanowski, *Zaufanie do lekarzy*, „Argumenty” 1961, nr 13, s.1.

⁷⁹⁵ Ibidem, s.8.

⁷⁹⁶ T. Kielanowski, *Autorytet lekarza i etyka lekarska*, op. cit., s. 2.

⁷⁹⁷ T. Kielanowski, *Zaufanie do lekarzy*, op. cit., s. 9.

zawiniony przez lenistwo, jest w zawodzie lekarskim przewinieniem moralnym”⁷⁹⁸. Stąd też Kielanowski ogromny nacisk będzie kładł zarówno na wysoki poziom naukowy i wychowawczy studiów oraz na permanentne dokształcanie się lekarza związane z rozwojem nauk i technologii medycznych. Śledzenie bieżących osiągnięć specjalności lekarskiej wraz z projektowaniem przez odpowiednie organa służby zdrowia możliwości dokształcania się lekarzy to zasadnicze kwestie podnoszone przez Kielanowskiego. Precyzuje je także w swoim projekcie kodeksu deontologicznego: „Lekarz, zaniedbujący stałego dokształcania się, popełnia czyn karygodny. Lekarz, odmawiający zgody na dokształcenie, wymagane przez władze, może być pociągnięty do odpowiedzialności dyscyplinarnej, a nawet czasowo lub stale pozbawiony prawa wykonywania zawodu (zasada 25)”⁷⁹⁹. Podkreślał to już także tekst „Przyrzeczenia lekarskiego” obowiązujący od 1917 r.– „Przyrzekam i ślubuję wreszcie, że będę się stale doskonalił w naukach lekarskich i ze wszystkich sił starał przyczynić się do ich rozkwitu”⁸⁰⁰. Zapis ten znalazł swój wyraz w późniejszej ustawie o zawodzie lekarza i będzie się wiązał ze złożonym zagadnieniem błędu lekarskiego wynikającego z braku wiedzy.

Jednak, o ile powyższe kwestie znajdowały swój wyraz w lepszych lub gorszych rozwiązaniach programów studiów medycznych i podyplomowego kształcenia lekarzy oraz rozwiązaniach prawnych, to zagadnienia etyki lekarskiej, moralnego kształcenia i wychowania przyszłych lekarzy pozostawały wciąż na marginesie (stąd też ponawiane przez Kielanowskiego apele o podejmowanie dyskusji o etyce lekarskiej oraz o organizację naukowych konferencji jej poświęconych⁸⁰¹).

Podstawowe znaczenie mają uniwersalne n o r m y m o r a l n e , do których stosuje się i przez które kieruje swoim życiem lekarz. Zgodnie z maksymą Biegańskiego głoszącą, że „nie będzie dobrym lekarzem, kto nie jest dobrym człowiekiem”, Kielanowski podkreślał źródłową orientację moralną lekarza. Także szczegółowe zasady etyki lekarskiej, sformalizowane w kodeksach deontologicznych, póki nie staną się wewnątrznie uznanymi zasadami pozostaną tylko quasi-prawnymi formułami, zmuszającymi do określonych zachowań. Kielanowski, zgodnie z podejściem Biegańskiego, opierającego się na etyce Kanta, odróżnia kwalifikację czynów legalną od moralnej, czyli wynikającą z prawa albo wewnętrznego uznania⁸⁰².

⁷⁹⁸ T. Kielanowski, *Autorytet lekarza i etyka lekarska*, op. cit., s. 2.

⁷⁹⁹ T. Kielanowski, *Kodeks deontologiczny polskiej służby zdrowia*, op. cit; zob. aneks.

⁸⁰⁰ Cyt. za: A. Tulczyński, *Historia i ewolucja kodeksów deontologicznych*, op. cit., s. 197.

⁸⁰¹ Zob. np.: T. Kielanowski, *Autorytet lekarza i etyka lekarska*, op. cit., s. 2.

⁸⁰² Zob. T. Kielanowski, *Propedeutyka medycyny*, op. cit., s. 300. Kant odróżniał bardzo ściśle postępowanie moralne, etyczne od postępowania legalnego – różnica pomiędzy postępowaniem moralnym i legalnym wynika z motywów: postępuje moralnie, ten kto dokonuje czynu z obowiązku, postępuje zaś tylko legalnie, kto czyni coś nie z wewnątrznie uznanego obowiązku, lecz tylko zgodnie z obowiązkiem, np. stosując się do przepisów prawa ze względu na ewentualną karę. W związku z tym Biegański przypominał, że pomiędzy prawem a obowiązkiem etycznym zachodzi głęboka i zasadnicza różnica; przede wszystkim prawo w istocie swej wyraża przymus zewnętrzny; człowiek musi się stosować do prawa. Tymczasem obowiązek etyczny wynika z wewnętrznego uznania celu najwyższego; przymus więc jest tu wewnętrzny, oparty na dobrowolnym uznaniu i umiłowaniu celu. Zob. W. Biegański, *Kilka uwag w sprawie etyki zawodowej lekarskiej*, [w:] idem, *Mysli i aforyzmy o etyce lekarskiej*, op. cit., s. 145.

Tylko wewnętrzny przymus, będący efektem zinternalizowania norm, jest gwarantem czystości intencji i poprawności moralnej czynu.

Kielanowski podkreślał, że nie istnieje, ani istnieć nie może, jakiś idealny wzór osobowy lekarza, do którego należałoby się stosować; trzeba oczywiście wielu cnót, żeby być dobrym lekarzem, „ale można to chyba uogólnić i uprościć – pisał – żądając całkiem zwyczajnie, by lekarz był człowiekiem prawym. W ramach prawości i rzetelności można zachować różne odrębne cechy charakteru, różne style życia, różne przyzwyczajenia i upodobania, całą swoją ludzką, a niepowtarzalną osobowość”⁸⁰³.

U źródeł zamiłowania do medycyny – zdaniem Kielanowskiego – leży współczucie⁸⁰⁴. Kategoria współczucia przywoływana już była w kontekście jego refleksji nad humanistycznym wymiarem medycyny, gdyż ta zdolność emocjonalnej solidarności z osobą cierpiącą jest istotą sztuki lekarskiej i zasadniczym motorem lekarskiego działania: „Im lekarz jest człowiekiem bardziej współczującym cudzemu cierpieniu, tym lepszym staje się lekarzem”⁸⁰⁵. A w innym miejscu wskazywał, że „podstawą naszego działania nie może być ani sam rozum ani tylko rozum. Podstawą musi być uczucie, uczucie miłości dla cierpiącego człowieka, współczucie”⁸⁰⁶. Podkreślając ogromną rangę współczucia Kielanowski pozostaje uczniem Biegańskiego, dla którego stanowi ono fundament etyki i relacji międzyludzkich, a dla lekarza jest w szczególności sposób najważniejszym składnikiem jego sfery uczuciowej. Znajdujemy tego wyraz w „Myślach i aforyzmach” Biegańskiego, gdzie pisał m. in. że ideałem lekarskiego etosu jest „współczucie dla cierpienia i poświęcanie się dla dobra bliźnich”⁸⁰⁷, a nawet, że „kto z lekarzy ma współczucie dla chorych i wiedzę, ten może być pewny powodzenia w praktyce. Wiedza bez współczucia rzadko daje powodzenie, częściej współczucie z odrobiną wiedzy”⁸⁰⁸. U Biegańskiego prowadziło to do wypracowania elementarnej dla praktyki lekarskiej zasady filantropii i postawy lekarza filantropa. Kielanowski słusznie zauważał i podkreślał, że zdewaluowanego pojęcia „filantropia” używa w jego pierwotnym, etymologicznym sensie, jako miłości wobec drugiego człowieka oraz jako współczucia z cierpiącym i nie ma ono nic wspólnego z powierzchownie rozumianą dobroczynnością, mającą często na celu uspokojenie własnego sumienia czy też z dobroczynnymi, bezpłatnymi poradami lekarskimi w tamtym okresie⁸⁰⁹.

Wrażliwość na cierpienie staje się u Kielanowskiego zasadniczym wyznacznikiem etosu lekarza, ona przede wszystkim warunkuje właściwe podejście do pacjenta i sprawowanie opieki, traktowanie zbolełego i nieszczęśliwego człowieka jako podmiotu medycznych działań. W projekcie kodeksu, w pierwszej z zasad „Obowiązków lekarza wobec chorego” wskazywał: „Lekarz winien stale pamiętać o tym, że chory jest przede

⁸⁰³ T. Kielanowski, *Propedeutyka medycyny*, op. cit., s. 222.

⁸⁰⁴ Ibidem, s. 298.

⁸⁰⁵ Ibidem, s. 22.

⁸⁰⁶ T. Kielanowski, *Renesans myśli moralnej w medycynie*, op. cit., s. 15.

⁸⁰⁷ W. Biegański, *Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej*, op. cit., s. 41.

⁸⁰⁸ Ibidem, s. 70.

⁸⁰⁹ T. Kielanowski, *Etyka lekarska w wypowiedziach lekarzy polskich XIX wieku*, op. cit., s. 344.

wszystkim człowiekiem cierpiącym, nieszczęśliwym i że w postępowaniu z nim należy się kierować współczuciem i wyrozumiałością. To samo dotyczy stosunków zawodowych z rodziną chorego” (zasada 29)⁸¹⁰. Stąd koniecznością jest dbałość o sferę uczuciową lekarza i jej ciągły rozwój, gdyż tylko człowiek dobry, a więc kierujący się uczuciem, właściwie będzie wypełniał swój zawód. Niestety epoka kultu nauki i rozumu nie tylko przestała doceniać rolę uczucia, ale eksponując potrzebę chłodnego obiektywizmu, przyczyniła się do ukrywania wzruszeń, maskowania naturalnych uczuć ludzkich, co często może prowadzić do rzeczywistego zobojętnienia⁸¹¹. Zobojętniały na cierpienie lekarz przestaje być nie tylko dobrym praktykiem, ale również dobrym naukowcem. Dlatego lekarz „musi odzyskać nie tylko autorytet, ale także miłość chorych. Jest to możliwe, kiedy nie będzie się tego uczucia wstydził, będzie je w sobie pielęgnował i pokona to, co go od ludzkich cierpień oddaliło⁸¹².

To częste podkreślanie roli sfery emocjonalnej w praktyce lekarskiej wiąże się z jej niedocenianiem. Lekarz w oczywisty sposób musi kierować się rozumem, musi być racjonalistą odrzucającym wszelkie przejawy irracjonalizmu w naukach medycznych. Także uczucia muszą być poddane kontroli rozumu i w związku z tym apelował: „Nadszedł już czas wcielenia w życie idei medycyny opartej na współczuciu, na miłości kontrolowanej rozumem”⁸¹³ (podobnie zresztą tę kwestię ujmował Biegański). Stąd też tak wielki nacisk kładł zarówno na wykształcenie humanistyczne i wychowanie przyszłych lekarzy. Wykształcenie humanistyczne uwrażliwia na drugiego człowieka i świat wartości. Takie wychowanie kształtuje sferę uczuciową, charakter i wolę, a ogromny udział w nim ma przykład ze strony uczelnianej kadry naukowo-dydaktycznej i starszych kolegów⁸¹⁴.

W adresowanej do studentów „Propedeutyce medycyny”, wprowadza w arkana medycyny jako nauki i sztuki lekarskiej, ukazuje zasadniczą jej problematykę i omawia specyfikę studiów medycznych. Wiele uwagi poświęca samemu zawodowi lekarskiemu, uwypuklając jego humanistyczny charakter, który mimo różnych późniejszych specjalizacji oraz różnych form jego realizacji (szpitale, podstawowa opieka zdrowotna, lekarze przemysłowi, pogotowie ratunkowe, praktyka prywatna) ma na celu dobro osób, które obejmuje swoją opieką. Ten przewodnik dla rozpoczynającego studia medyczne wyrastał z bogatego doświadczenia klinicznego i pedagogicznego Kielanowskiego, o czym sam pisał we wstępie: „Przedstawiłem poszczególne zagadnienia tak, jak sam je widzę i rozumiem i jak mnie nauczyło ponad dwudziestoletnie wykładanie propedeutyki medycyny, i ponad

⁸¹⁰ T. Kielanowski, *Kodeks deontologiczny polskiej służby zdrowia*, op. cit. Zob. aneks.

⁸¹¹ T. Kielanowski, *Renesans myśli moralnej w medycynie*, op. cit., s. 16.

⁸¹² *Ibidem*, s. 18.

⁸¹³ *Ibidem*, s. 16.

⁸¹⁴ Na kwestię kształcenia lekarzy zwracał mocno uwagę Biegański, pisząc m. in: „Zreformujcie system nauczania medycyny. Nie o wiedzę wam tylko chodzić powinno, lecz o serce. Rozwijajcie w uczniach współczucie, wszczepiajcie w nich poczucie obowiązku, uczcie, że chory to nie tylko mniej lub więcej ciekawy przypadek patologiczny, lecz nieszczęśliwy człowiek, nasz bliźni i nauczajcie przy tym nie słowami, lecz własnym przykładem, a sądy honorowe będą zbyteczne”. W. Biegański, *Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej*, op. cit., s. 83.

czterdziestoletnia lekarska praca zawodowa”⁸¹⁵. Kielanowski będzie podkreślał tu (i w innych miejscach), że lekarz nie jest mechanikiem, technikiem naprawiającym zepsute elementy organizmu i nie może być urzędnikiem w spełnianiu swoich obowiązków wobec chorego. Relacja z chorym musi być nacechowana nie tylko życzliwością, ale zainteresowaniem i troską. Lekarz musi być opiekunem chorego, jak u Kotarbińskiego – *spolegliwym opiekunem*, a postępowanie zgodne z tym ideałem wymaga zarówno umiejętności wczuwania się w sytuację drugiego człowieka oraz woli niesienia pomocy i wytrwałości („chęci, woli i opanowania, aby wytrwać w pomocnych działaniach”)⁸¹⁶. Jest to postawa człowieka, któremu można zaufać i zawsze na nim polegać. Cechy *spolegliwego opiekuna* – ofiarność i dobre serce, szlachetność, prawość, panowanie nad sobą, męstwo – powinny charakteryzować lekarza. Obowiązkiem każdego lekarza jest dokładne i cierpliwe wysłuchanie skarg chorego, zaznajomienie się z kłopotami, które spowodowały chorobę lub które ona spowodowała i udzielenie mu nie tylko zawodowej, ale także ludzkiej porady, a także pocieszenie go⁸¹⁷. „Nie można się ograniczać do czynności ściśle zawodowych, lekarskich, ale trzeba działać tak, jakby się było przyjacielem albo członkiem najbliższej rodziny pacjenta”⁸¹⁸. Lekarz jest opiekunem również w tym sensie, że zainteresowany jest w najwyższym stopniu dalszym losem pacjenta, faktem, czy zastosuje się do porady i musi dowiedzieć się przede wszystkim, czy chory posiada możliwość i środki do realizacji zaleceń – „obowiązek sprawdzenia, czy chory, niezależnie, od spraw pieniężnych, ma pełne możliwości korzystania z właściwego leczenia, jest dziś jednym z kardynalnych obowiązków lekarza i zmusza go do interesowania się nie tylko chorobą, ale także człowiekiem”⁸¹⁹. Dlatego też praca i obowiązki lekarza nie ograniczają się do rozpoznawania i leczenia choroby, ale lekarski zawód obfituje „w elementy humanistyczne, co czyni go oczywiście znacznie trudniejszym, ale nadaje mu właściwy sens i swoiste piękno”⁸²⁰.

W ostatnim rozdziale „Propedeutyki medycyny” zastanawia się nad kwestią czy zawód lekarski można traktować w kategoriach powołania. Kielanowski woli używać określenia „*zamiłowanie do medycyny*”⁸²¹. Zwraca uwagę, że zawód lekarski jest zawodem szczególnym, nakierowaniem na dobro cierpiącego człowieka; ponieważ lekarz ma do czynienia z ludźmi nieszczęśliwymi, zbolełymi, przestraszonymi, umierającymi. Wymaga to od niego wyjątkowych predyspozycji i moralnego poziomu. „Pamiętajmy – zwracał się do studentów medycyny – że mając do czynienia z ludźmi chorymi, a więc bezbronnymi,

⁸¹⁵ T. Kielanowski, *Propedeutyka medycyny*, op. cit., s. 6; Treść *Propedeutyki medycyny* zorganizowana jest wg następujących rozdziałów: 1. *Medycyna*, 2. *Dyscypliny podstawowe*, 3. *Nauka o chorobie*, 4. *Studia – najpiękniejsze lata życia*, 5. *Praca naukowa – kariera naukowa*, 6. *Praca zawodowa*, 7. *Racjonalizm i irracjonalizm w sztuce lekarskiej*, 8. *Choroba jako zjawisko społeczne*, 9. *Polska organizacja ochrony zdrowia*, 10. *Przyszłość medycyny*, 11. *Zawód czy powołanie*.

⁸¹⁶ Zob. M.B. Jakubiak, *Tadeusz Kotarbiński*, op. cit., s. 179.

⁸¹⁷ T. Kielanowski, *Propedeutyka medycyny*, op. cit., s. 242.

⁸¹⁸ *Ibidem*, s. 190.

⁸¹⁹ *Ibidem*, s. 188.

⁸²⁰ *Ibidem*, s. 189.

⁸²¹ *Ibidem*, s. 300.

składającymi ufnie swój los w nasze ręce, musimy rzeczywiście sami od siebie wymagać bardzo dużo”⁸²².

Jednocześnie przestrzega lekarzy przed nadmiernym ich wykorzystywaniem. Dla lekarza jego praca jest oczywiście zawodem i nikt nie może oczekiwać całkowitego poświęcenia i rezygnacji z osobistego życia zgodnie z literackim wzorcem doktora Judyma, a „żądanie od lekarzy jakichś niezwykłych cech, jakiejś nadmiernej ofiarności, skłonności do poświęceń itd., nie da się niczym uzasadnić. Wygląda na to, że chce się niedoskonałość organizacji, braki w wyposażeniu czy finansowaniu pokryć żądaniem nadmiernie ofiarnej pracy ludzi”⁸²³. Podkreślał, że lekarz kochając życie, kocha ludzi, a więc także swoich chorych, a mając własne troski – rozumie troski pacjentów. Ci, którzy żyją w pewnym oderwaniu od swojego środowiska, pozbawieni pozazawodowych pasji i zainteresowań oraz życia towarzyskiego zwykle są złymi lekarzami⁸²⁴.

Różne bywają motywacje wyboru lekarskiej profesji, jednakże właściwe jej wykonywanie wymaga zamiłowania do medycyny, które zdaniem Kielanowskiego powinno być zamiłowaniem uczuciowym, a nie intelektualnym, z leżącym u jego podstaw współczuciem. Szczególny charakter tej pracy wynika właśnie z emocjonalnego zaangażowania – „bez tego lekarz nie będzie spełniał poprawnie swoich zadań, a sam będzie człowiekiem nieszczęśliwym”⁸²⁵. „Zamiłowanie lekarskie albo jeśli kto woli: powołanie lekarskie to nieprzeparta chęć, wewnętrzny przymus przychodzenia z pomocą ludziom chorym, nieszczęśliwym, cierpiącym”⁸²⁶. Najistotniejszym jest więc wewnętrzne, dobrowolne uznanie tego celu. Również tutaj wyraźna jest inspiracja Biegańskim, który często jednak podkreślał (odmiennie niż Kant), że źródło czynów leży nie w myśli, lecz w uczuciu; czyn jest następstwem woli, ale zależy ona od wielu czynników, wśród których intelektualne i poznawcze nie odgrywają najważniejszej roli⁸²⁷. W wielu aforyzmach wypowiadał myśl, że tylko zawód wykonywany z zamiłowania jest wypełniany należycie i może przynieść satysfakcję i „należy iść za głosem powołania, na nic innego nie zważać”⁸²⁸. Podobnie Kielanowski wskazuje, że tylko lekarz z prawdziwego zamiłowania, z powołania, jest człowiekiem w pełni się realizującym i osiągającym szczęście. „Propedeutykę medycyny” kończy zaś refleksją: „Wielka radość pomagania cierpiącym i świadomość umiejętności niesienia skutecznej pomocy jest jego jedyną, ale znakomitą nagrodą”⁸²⁹.

Ta, bazująca na polskiej tradycji lekarsko-filozoficznej, problematyka obejmuje tylko część refleksji Kielanowskiego dotyczącej, w ściślejszym sensie, samego zawodu lekarskiego.

⁸²² Ibidem, s. 297.

⁸²³ T. Kielanowski, *Rozważania na temat moralności służby zdrowia*, op. cit., s. 52.

⁸²⁴ T. Kielanowski, *Propedeutyka medycyny*, op. cit., s. 25.

⁸²⁵ Ibidem, s. 299.

⁸²⁶ Ibidem.

⁸²⁷ Zob. np.: W. Biegański, *Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej*, op. cit., s. 65 nast.

⁸²⁸ Ibidem, s. 78. Biegański w kolejnej z myśli pisał: „Gdyby mnie kto zapytał, jaki jest główny warunek szczęścia, odpowiedziałbym bez wahania, że praca umiłowana. Człowiek, który nie ma celu w życiu, dla którego praca jest nieznośnym ciężarem, nigdy nie będzie szczęśliwy”.

⁸²⁹ T. Kielanowski, *Propedeutyka medycyny*, op. cit., s. 300.

Postęp naukowo-technologiczny i społeczne przemiany stwarzają kolejne jego nowe uwarunkowania, a spośród przywoływanych przez niego tematów należy zwrócić uwagę m. in. na uwarunkowania wynikające z pracy zespołowej i związanej z nią odpowiedzialności, częstsze zaangażowanie lekarza po stronie dobra publicznego oraz na rodzące się trudności związane z pojęciem błędu lekarskiego.

Wraz z coraz szybszym rozwojem nauk medycznych zasadniczej zmianie ulega skomplikowane zagadnienie błędu lekarskiego, błędu wynikającego z braku wiedzy⁸³⁰. Kielanowski podkreśla, że teoretycznie nie jest kwestionowana moralna, a także karna i cywilna odpowiedzialność lekarza za popełnienie poważnego błędu zawodowego. Problematyka ta, w miarę szybkiego postępu medycyny ulega coraz większym komplikacjom, gdyż w rzeczywistości określenie zakresu aktualnie koniecznych wiadomości i umiejętności lekarskich jest niezwykle trudne. „Niestety, póki lekarz nie popełni błędu, czyli póki brak wiedzy nie skrzywdzi chorego, nie bywa karany. Innymi słowy jedynym gwarantem fachowej sumienności lekarza może być tylko jego charakter, jego wysoki poziom etyczny”⁸³¹. Dzięki osiągalności różnych form doksztalcania się, lekarz, popełniający błąd fachowy, w zasadzie nie może tłumaczyć się, iż nie mógł poznać nowego leku lub nowej metody. W praktyce jednak – co stanowi zasadniczy problem – ciągle wzrastająca ilość nowych rozwiązań powoduje, że żaden lekarz nie jest w stanie nadążać za wszystkimi medycznymi nowościami.

Na początku dwudziestego wieku wystarczały nakazy moralne, formułowane przez wybitnych moralistów owego czasu, którzy zalecali lekarzom doksztalcanie się przez całe życie i śledzenie postępów nauki. Tak teraz, wobec szybkich zmian w nauce, konieczne stało się prawne uregulowanie tej kwestii. Kielanowski na konieczność stałego podnoszenia swoich kwalifikacji przez lekarza, jak już podkreślano, kładł ogromny nacisk, uznając to za jeden z podstawowych obowiązków, gdyż lekarz, który nie zna i nie stosuje nowych, lepszych metod, w sposób oczywisty krzywdzi chorego. Wprowadzona do projektu kodeksu zasada 25 głosiła: „Lekarz, zaniedbujący stałego doksztalcania się, popełnia czyn karygodny. Lekarz, odmawiający zgody na doksztalcanie, wymagane przez władze, może być pociągnięty do odpowiedzialności dyscyplinarnej, a nawet czasowo lub stale pozbawiony prawa wykonywania zawodu”⁸³². Propozycja ta wzbudziła wówczas wiele sprzeciwów (łącznie z otrzymanym anonimowym listem z pogrózkami)⁸³³. Kielanowski w odpowiedzi, wskazując na zdarzające się błędy w praktyce lekarskiej, pisał w „Służbie Zdrowia” m. in.: „Zmuszając tych lekarzy do kształcenia się występujemy przeciw tylko w obronie chorych, czasem

⁸³⁰ W projekcie kodeksu T. Kielanowski formułował następującą zasadę: „Lekarz opiera się w swojej pracy na swojej wiedzy i na swoim doświadczeniu. Błędy, popełnione przez lekarza z niedostatku wiedzy, mogą stanowić przekroczenie zawodowe i podlegać dyscyplinarnej karze. Lekarz powinien na żądanie swoich lekarskich władz przełożonych umieć uzasadnić swoje postępowanie” (zasada 17).

⁸³¹ T. Kielanowski, *Zawodowa etyka lekarska*, op. cit., s. 176.

⁸³² T. Kielanowski, *Kodeks deontologiczny polskiej służby zdrowia*, op. cit. Zob. aneks.

⁸³³ Zob. T. Kielanowski, *Argumentować, a nie rozkazywać. Kilka uwag o dotychczasowej dyskusji deontologicznej*, op. cit., s. 1.

dosłownie w obronie życia ludzkiego. Czy mamy tolerować nieuctwo w myśl hasła, że dyplom nadaje raz na zawsze prawa nieodwołalne, jakieś święcenia ważne na całe życie?”⁸³⁴.

Praca współczesnego lekarza staje się coraz bardziej pracą zespołową, w której bierze udział grono specjalistów i pomocniczy personel, co rodzi inny zestaw problemów związanych ze sferą odpowiedzialności. Faktem w zasadzie oczywistym jest, że odpowiedzialność za poprawność działania ponosi każdy z nich z osobna w swoim wąskim zakresie. Odpowiedzialność moralną wobec pacjenta, za całokształt terapii ponosi lekarz prowadzący, ale pod tym warunkiem – wskazywał Kielanowski – że wykonujący prace cząstkowe lekarze i technicy służbowo mu podlegają, że może ich kontrolować i ma podstawy do zaufania⁸³⁵. Dlatego też przestrzegał przed zjawiskiem rozdrobnienia odpowiedzialności, która, jak przewidywał „sprawi teoretykom etyki lekarskiej, a także prawnikom, jeszcze wiele kłopotu. Odpowiedzialność zbyt podzielona często bowiem w praktyce nie obciąża nikogo”⁸³⁶.

Kielanowski podejmuje więc kwestię indywidualnej odpowiedzialności lekarza w ramach pracy zespołowej i służbowej podległości, gdzie wymagana jest dyscyplina i hierarchia oparta na zawodowym doświadczeniu. Sprawa ta, w związku z niebezpieczeństwem rozmycia się odpowiedzialności, staje się szczególnie trudna. W sposób zdecydowany stanowisko, co do pełnej odpowiedzialności osobistej za swoje czyny i zaniechania – niezależnie od służbowych zależności, hierarchii czy opinii konsultantów – przedstawiała zasada: „Lekarz odpowiada zawsze osobiście za leczenie chorego. Od odpowiedzialności nie zwalnia go fakt podlegania w lecznictwie otwartym lub zamkniętym lekarzowi starszemu, bez względu na jego tytuł zawodowy lub naukowy”⁸³⁷. Jednocześnie wskazywał, że logiczną konsekwencją takiego ujęcia jest dopuszczenie niewykonania przez lekarza otrzymanego polecenia, jeżeli nie jest ono zgodne z jego przekonaniem o słuszności i jeśli sądzi, że wyrządziłoby ono choremu szkodę. Lekarz nie może być bezmyślnym wykonawcą poleceń. Wiąże się to w bezpośredni sposób z obowiązkiem zawiadomienia przełożonego o swoich wątpliwościach, a także koniecznością zwrócenia się o uzasadnienie dotyczące polecenia, a jeśli ono nie przekonuje, prawem lekarza musi stać się możliwość odmowy⁸³⁸. W związku z tym Kielanowski w dalszej części tej zasady proponował zapis: „Lekarz ma prawo odmówić wykonania zabiegu lub stosowania leczenia zaleconego przez swojego przełożonego kolegę, jeżeli nie jest osobiście przekonany o celowości i słuszności zalecenia. O swojej odmowie musi jednak przełożonego zawiadomić, prosząc o wyjaśnienia i argumenty”.

Przeciwnicy przyznania lekarzowi prawa odmowy obawiali się negatywnych następstw i podważenia koniecznej w służbie zdrowia dyscypliny. Kielanowski argumentował,

⁸³⁴ Ibidem.

⁸³⁵ T. Kielanowski, *Zawodowa etyka lekarska*, op. cit., s. 176.

⁸³⁶ Ibidem, 177.

⁸³⁷ T. Kielanowski, *Kodeks deontologiczny polskiej służby zdrowia*, op. cit.; zob. aneks .

⁸³⁸ Zob. T. Kielanowski, *Nieblaży spór deontologiczny o moralną odpowiedzialność lekarza*, „Służba Zdrowia” 1960, nr 7, s. 2.

że dyscyplina w odniesieniu do medycyny nie jest ani absolutna, ani podobna do wojskowej, gdzie żołnierz nie ponosi odpowiedzialności za treść rozkazu, a jedynie za jego wykonanie. Jest według niego formą zliberalizowanej dyscypliny urzędniczej, która zezwala lekarzowi na wykonywanie wszelkich czynności zawsze w pełnej zgodzie ze sobą samym, ze swoim przekonaniem i sumieniem⁸³⁹. Lekarz wykonujący zabieg w przekonaniu o jego słuszności ponosi odpowiedzialność za jego wykonanie i za jego treść, ale ponosi ją również, jeśli z tą treścią się nie zgadza. Pisał więc, że „lekarz bezkrytycznie posłuszny poleceniom przełożonego nie jest ani idealnym, ani bezpiecznym pracownikiem zespołu, bo nie można liczyć na to, że skoryguje omyłkę; jest trybem staromodnej maszyny pozbawionej nowoczesnej aparatury kontrolnej”⁸⁴⁰. Z odpowiedzialności nie zwalnia także fakt działania zgodnie z zaleceniami konsultującego specjalisty i nie przenosi to odpowiedzialności na niego; z chwilą zastosowania się do jego zaleceń lekarz bierze odpowiedzialność na siebie. Inaczej być nie może, przestrzegał Kielanowski, wskazując coraz częstsze przypadki braku odpowiedzialnego lekarza za losy chorego konsultowanego przez kilku specjalistów.

Kielanowski traktował prawo odmowy jako konieczny w pracy lekarza „zawór bezpieczeństwa”, dotyczący w zasadzie zdarzeń wyjątkowych, tym bardziej że nie chodzi ani o nagminne sytuacje, ani o naruszanie dyscypliny, a odmówienie polecenia wymaga zarówno solidnej wiedzy, uzasadnienia i odwagi. Podkreślając rolę lekarskich kompetencji i niezhierarchizowanych sztucznie zawodowych relacji, pisał: „Trwam w przekonaniu, że ordynator powinien zawsze argumentować, a nie rozkazywać, a medycyna to nie wojsko, a ślepe wykonanie polecenia niesłusznego w pojęciu wykonawcy, jest sprzeczne z nieodzowną zasadą pełnej odpowiedzialności każdego lekarza za swoje czyny”⁸⁴¹.

Z problematyką odpowiedzialności koresponduje wielokrotnie przypomniana przez Kielanowskiego rola lekarza prowadzącego ogólną praktykę, zajmującego się człowiekiem chorym w różnych okresach jego życia. Poddawał krytyce nadmierny kult specjalizacji charakterystyczny dla medycyny współczesnej i fakt, że specjalista zaczął uchodzić za lekarza wyższej kategorii. Wynika to według niego z nieporozumienia, ponieważ to lekarz ogólnie praktykujący jest tym, który opiekuje się chorym bezpośrednio i stale, dlatego też konieczny jest powrót do tego modelu lekarza. W związku z rosnącą specjalizacją, rozczłonkowaniem opieki zdrowotnej i w konsekwencji uprzedmiotowieniem pacjenta, wskazywał na potrzebę wypracowania nowego modelu lekarza ogólnie praktykującego, roboczo nazywał go „głównym lekarzem” („generalnym”). Lekarz ten czuwałby nad całością procesu leczenia i nim kierował oraz brał za to odpowiedzialność⁸⁴². Jednocześnie Kielanowski zwracał uwagę na konieczność przywrócenia zasady wolnego wyboru lekarza⁸⁴³. W pewnej mierze ta idea

⁸³⁹ Ibidem

⁸⁴⁰ T. Kielanowski, *Zawodowa etyka lekarska*, op. cit., s. 178.

⁸⁴¹ T. Kielanowski, *Argumentować a nie rozkazywać*, op. cit., s. 2.

⁸⁴² T. Kielanowski, *Marzenia o idealnym lekarzu w idealnym społeczeństwie*, [w:] *Rola i pozycja lekarza w socjalistycznym społeczeństwie*, Białystok 1977, s. 30.

⁸⁴³ Zob. np.: T. Kielanowski, *Rozważania na temat moralności służby zdrowia*, op. cit., s. 55.

lekarza zrealizowała się w koncepcji lekarza rodzinnego wprowadzonej reformą służby zdrowia w 1993 r.⁸⁴⁴, już po przemianach społeczno-politycznych w Polsce. Najwięcej miejsca projektowi lekarza głównego poświęcił w artykule „Marzenia o idealnym lekarzu w idealnym społeczeństwie”⁸⁴⁵.

Lekarz główny powinien w znaczącym stopniu posiadać te cechy, których brak jest najbardziej odczuwany, a więc prawdziwą zdolność współczucia cudzemu cierpieniu, cierpliwość i umiejętność łagodzenia nie tylko bólu fizycznego. Poza tym musi być zdolny do tego, aby stać na czele prowadzonych badań i leczenia, wykonywanych dziś zespołowo. Zdaniem Kielanowskiego nie chodzi wcale o to, by był powierzchownie kształcony we wszystkich specjalnościach, jak to praktykowano w przypadku lekarzy ogólnych, ale musi być gruntownie wykształcony m. in. w zakresie fizjologii, fizjopatologii i diagnostyki ogólnej, a także psychologii, psychopatologii, deontologii lekarskiej, socjologii i innych nauk społecznych. Zasadniczym wymogiem powinna być umiejętność współpracy ze specjalistami, natomiast lekarz główny nie musi umieć wykonywać zabiegów. Porównuje go do dyrygenta orkiestry. Lekarz główny powinien być takim dyrygentem dużego zespołu specjalistów, kształconym dłużej niż oni i „starannie dobieranym spośród ludzi najbardziej wrażliwych, sumiennych, cierpliwych i opiekuńczych”⁸⁴⁶.

Ten przyszły lekarz powinien stać się opiekunem (spolegliwym opiekunem), powiernikiem i fachowym doradcą tych wszystkich, którzy się do niego zwrócą – wskazywał Kielanowski: „nie opuści chorego ani w momentach wielkich operacji, dokonywanych przez znakomitych specjalistów, ani w długim okresie rekonwalescencji, rehabilitacji i resocjalizacji, prowadzonych przez kolejnych specjalistów i nie opuści go także w ostatnich momentach jego życia, jakże dziś niestety często przez lekarzy omijanych”⁸⁴⁷. Zarysowana tu koncepcja przyszłego lekarza głównego stanowiła dla Tadeusza Kielanowskiego „marzenie o lekarzu kształconym humanistycznie, który by potrafił uczynić z wielkiej techniki terażniejszości, a szczególnie przyszłości nie istotę, ale narzędzie pracy medycyny”⁸⁴⁸.

⁸⁴⁴ W założeniach reformy lekarz rodzinny stał się jednym z najważniejszych ogniw nowego systemu. Miał zapewniać pacjentom ciągłą i systematyczną opiekę i odgrywać rolę lekarza pierwszego kontaktu, dysponując odpowiednim wykształceniem i kompetencjami wystarczającymi do diagnozowania i leczenia większości chorób, z którymi zgłaszają się pacjenci.

⁸⁴⁵ T. Kielanowski, *Marzenia o idealnym lekarzu w idealnym społeczeństwie*, op. cit.; por. T. Kielanowski, *Propedeutyka medycyny*, op. cit., s. 190.

⁸⁴⁶ T. Kielanowski, *Marzenia o idealnym lekarzu w idealnym społeczeństwie*, op. cit., s. 31.

⁸⁴⁷ Ibidem, s. 32.

⁸⁴⁸ Ibidem, s. 33.

4.5. Pacjent jako podmiot lekarskich działań

Medycyna w rozumieniu Tadeusza Kielanowskiego, to medycyna koncentrująca się na pacjencie⁸⁴⁹. W centrum uwagi stoi człowiek jako podmiot zainteresowań i działań medycznych, człowiek cierpiący, *homo patiens* – według określenia Viktora Frankla⁸⁵⁰. Zgodnie z etymologią słowa „pacjent” jego cechą istotną jest cierpienie, natomiast naczelnym celem lekarskiego działania jest niesienie możliwej ulgi. Publikacje Kielanowskiego dają wyraz przekonaniu, że zadaniem etyki lekarskiej jest zarówno troska o jak najwyższy poziom świadczonej choremu pomocy, ale również ochrona podstawowych dóbr osoby, która poddaje się lub objęta jest medycznymi działaniami. Konieczność troski o te dobra (zwykle utożsamiane z życiem i zdrowiem), o to, co cenne dla człowieka, zawierały się w fundamentalnym haśle *salus aegroti suprema lex* i mimo odmiennej interpretacji, nadal się w nim zawierają.

Co prawda, z punktu widzenia lekarza, zasadniczo, dobrem pacjenta jest zdrowie i życie, ale dla pacjenta dobro może znaczyć coś innego. On sam określa, co dla niego jest najcenniejsze. Jednak człowiek chory i cierpiący, nie koniecznie zdrowie czy nawet życie musi stawiać na pierwszym miejscu. (Na przykład świadkowie Jehowy nie wyrażający zgody na konieczną transfuzję krwi). Czasami ważniejsze mogą być inne dobra: godność, wolność czy wierność przekonaniom. Oczywiście lekarz jako fachowiec powołany jest do ratowania zdrowia i życia czy też przynajmniej łagodzenia cierpienia. Od tej zasady, bez pogwałcenia podstawowych reguł sztuki lekarskiej, zdaniem Kielanowskiego, odstąpić nie można, chociaż może rodzić i rodzi moralne dylematy.

„Dobrem człowieka musi pozostać to, co on sam za swoje dobro uważa”⁸⁵¹. Taka jest rzeczywistość – podkreślał Kielanowski – niezależnie od tego, czy się ją potępia, czy nie i nie wolno lekarzowi narzucać swojej woli i opinii. Rozeznanie dobra człowieka wymaga nie tylko chłodnej, obiektywnej oceny stanu zdrowia, ale uwzględnienia światopoglądu, wierzeń, a także w pewnym zakresie życzeń, które ograniczone są ostatecznie zasadą nieszkodzenia. W sytuacjach krytycznych, ciężkich stanach chorobowych uniemożliwiających dalsze życie dobrem chorego może być nawet, „albo bezbolesna śmierć, albo długotrwałe konanie w bólach i cierpieniu, jako że są ludzie, którzy pragną zachować pełną świadomość do ostatniej chwili życia”⁸⁵².

Dla Kielanowskiego konstytutywnym atrybutem bycia człowiekiem jest jego *autonomia*; to dzięki niej może jednostka „stanować o sobie”, tworzyć swoją tożsamość i kreować swój los. „Często powtarza się, że zdrowie jest największym skarbem człowieka – pisał Kielanowski – ale oprócz zdrowia musi człowiek, po to by się nie czuł nieszczęśliwy,

⁸⁴⁹ Bliskie rozumieniu Kielanowskiego jest określenie „medycyny ześrodkowanej na pacjencie” K. Engelhardta, głównego przedstawiciela nurtu medycyny fenomenologicznej. Zob. K. Engelhardt, *Pacjent w swojej chorobie*, op. cit.

⁸⁵⁰ Zob. V. Frankl, *Homo patiens*, Warszawa 1984.

⁸⁵¹ T. Kielanowski, *Wprowadzenie do nauki o etyce i deontologii lekarskiej*, op. cit., s. 9.

⁸⁵² Ibidem.

posiadać wolność osobistą, czyli prawo decydowania, prawo stanowienia o sobie”⁸⁵³. W jego ujęciu, ujęciu agnostyka religijnego, człowiek jest całkowicie odmienną jakością w świecie przyrody⁸⁵⁴ z racji swojego rozumu, wolności i wyższej uczuciowości. Ta jakościowa odmienność człowieka – wolnej osoby, stanowi o jej godności, a jej źródłem, według Kielanowskiego, jest możliwość samostanowienia wiążąca się ze sferą świadomości i wolności. Wynikają z tego liczne i poważne konsekwencje, m. in. zasada szacunku dla autonomii człowieka. Tylko konkretny człowiek jest dysponentem swojego życia, powinien o sobie stanowić i decydować. Ma prawo stanowić o swojej śmierci, ma prawo wiedzieć o niepomysłnym lekarskim rokowaniu i odmówić leczenia. Ma prawo do zdrowia i prawo do choroby. W związku z tym podkreślał, że „choć brzmi to paradoksalnie, musi człowiek posiadać, oprócz wszelkich wolności politycznych, społecznych, wolności przekonań i wypowiedzi, także wolność chorowania. Oznacza to, że nie wolno nam, lekarzom, uszczęśliwiać nikogo naszym działaniem niezgodnym z jego wolą, leczyć ani operować nawet wtedy, kiedy wiemy, że jest to nieodzowne dla ratowania życia. Wyjątki od tej reguły są nieliczne i muszą się opierać na niedwuznacznych prawach pisanych, w zasadzie na ustawach”⁸⁵⁵.

Człowiek sam jest, i powinien być, dysponentem swojego życia „jeżeli jest do tego zdolny, a więc dorosły, przytomny, świadomy swoich spraw”⁸⁵⁶. Jeżeli – konkluduje Kielanowski – każdy samodzielnie kieruje swoim życiem i nim dysponuje, a więc decyduje o swoim zawodzie, zamiłowaniach, życiu rodzinnym i nikt tego nie kwestionuje, to także ma prawo do decydowania o tym, czy w wypadku choroby będzie chciał się leczyć, poddać operacji czy też nie. Ostatecznie może decydować nie tylko o przebiegu swojego życia, ale w ogóle jego trwaniu⁸⁵⁷.

Każdy człowiek, niezależnie od tego kim jest i jakie pełni role społeczne, pragnie zachowania swojej godności i potrzebuje jej potwierdzenia, chociaż potrzeby w tej dziedzinie są bardzo zindywidualizowane. Przed lekarzem musi obnażyć swoje ciało i swoje wnętrze, i opowiadać o najintymniejszych i najtrudniejszych dla niego sprawach. Poszanowanie godności chorego człowieka okazuje się więc jednym z podstawowych obowiązków lekarza. Tym bardziej, że najczęściej ukazuje się lekarzowi w swojej słabości, w swoim zbolałym ciele lub udręczonej duszy i staje wobec niego bezbronny. Poszanowanie godności ma jednocześnie wymiar praktyczny, gdyż wpływa w zasadniczy sposób na proces terapeutyczny – pacjent traktowany przedmiotowo, jak zepsuty ludzki mechanizm, traktowany przez pracowników służby zdrowia jako zwykły klient z pewnością zupełnie inaczej będzie powracał do zdrowia, ze względu na istotne w leczeniu czynniki psychiczne. Ważną zasadą staje się więc tolerancja dla indywidualnych i różnorodnych postaw człowieka chorego. Kwestia ta nabiera szczególnego charakteru w ciężkich stanach chorobowych: „Dlatego nie

⁸⁵³ Ibidem, s. 8; por.: T. Kielanowski, *Prawo człowieka do stanowienia o sobie*, op. cit.

⁸⁵⁴ T. Kielanowski, *Prawo człowieka do stanowienia o sobie*, op. cit., s. 19.

⁸⁵⁵ T. Kielanowski, *Wprowadzenie do nauki o etyce i deontologii lekarskiej*, op. cit., s. 8.

⁸⁵⁶ T. Kielanowski, *Rewizja Hipokratesa*, op. cit., s. 10.

⁸⁵⁷ Ibidem.

wolno nam postępować schematycznie – mówił Kielanowski – lecz na odwrót, musimy szanować światopogląd i tak zwaną indywidualną filozofię życiową chorego i w żadnym wypadku nie możemy usiłować na nią wpływać”⁸⁵⁸.

Autonomia pacjenta i reguła szacunku dla jego autonomii stały się zasadniczymi wyznacznikami nowoczesnej etyki medycznej i leżą u podstaw współcześnie formułowanych praw pacjenta; były one fundamentem ruchu na rzecz tworzenia kart praw pacjenta⁸⁵⁹, jako reakcji na przejawy odhumanizowanej medycyny, wyrażającej się w tendencjach zwanych ideologią szpitalną. Zarówno autorzy chrześcijańscy, jak i odwołujący się do innych systemów etycznych (np. etyki Kanta czy utilitaryzmu) będą na kategorię autonomii zwracali szczególną uwagę. Twórcy koncepcji pryncypializmu – T.L. Beauchamp i J.F. Childress – sytuują tę kategorię na pierwszym miejscu wśród czterech podstawowych zasad *prima facie* etyki medycznej (są nimi: szacunek dla autonomii, nieszkodzenie, dobroczynność, sprawiedliwość)⁸⁶⁰.

Z. Szawarski pisał, że „w miarę jak człowiek uświadamiał sobie swoją autonomię moralną przestaczał się z przedmiotu leczenia w partnera procesu terapeutycznego, który wspólnie z lekarzem ustalał, co w danej sytuacji będzie dla niego najlepszym rozwiązaniem”⁸⁶¹. Na ten proces miały wpływ różne czynniki przemian kulturowych, między innymi rozwój liberalnych nurtów społecznych i filozoficznych koncepcji człowieka – fenomenologii, filozofii egzystencjalnej i personalizmu, które skupiając się na kondycji człowieka podkreślały autonomiczny charakter ludzkiego indywiduum. Wiąże się to ze szczególnie intensywną w latach osiemdziesiątych dyskusją dotyczącą kwestii paternalizmu lekarskiego przeciwstawianego autonomii pacjenta. Występowano w jej obronie, preferując oparcie się na relacjach partnerskich między lekarzem a pacjentem. Krytykowano przede wszystkim charakterystyczne dla paternalizmu, wprowadzie dobroczynne, ale autorytarne podejście do pacjenta, przejawiające się w działaniu lekarza, który podejmując się leczenia, w imię dobra pacjenta pomija lub ogranicza jego samostanowienie, przekreślając tym samym świadome jego uczestnictwo w terapii⁸⁶².

Tadeusz Kielanowski wcześniej już podejmował problematykę autonomii pacjenta, używając określenia „stanowienie o sobie”. Nigdy jej jednak nie absolutyzował w relacjach lekarz – pacjent. Jest zwolennikiem wyważonej postawy. Przede wszystkim chce widzieć pacjenta jako świadomego współuczestnika procesu leczenia, do którego należy ostateczna

⁸⁵⁸ Ibidem.

⁸⁵⁹ Ruch wokół tworzenia kart praw pacjenta rozpoczął się w USA, gdzie w 1973 r. Amerykańskie Towarzystwo Szpitalnictwa (Hospital Association) uchwaliło *Przepis o prawach dla pacjentów szpitalnych w USA (Bill of Rights)*. Zgodnie z tym prawem pacjent ma być traktowany jako partner. Podkreśla się w nim zwłaszcza obowiązki lekarza w zakresie udzielania wyjaśnień. Podstawowe znaczenie ma idea wyrażania zgody na działania lecznicze, dobrowolnie udzielanej przez pacjenta po otrzymaniu odpowiednich wyjaśnień (*informed consent*). Za: T. Brzeziński, *Etyka lekarska*, op. cit., s. 48.

⁸⁶⁰ Zob. T.L. Beauchamp i J.F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, Warszawa 1996.

⁸⁶¹ Z. Szawarski, *Wprowadzenie – dwa modele etyki medycznej*, op. cit., s. 15.

⁸⁶² Zob. np. T. Biesaga, *Elementy etyki lekarskiej*, op. cit., s. 68 nast.; K. Wroński i in., *Paternalizm w medycynie*, „Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska” 2008, nr 3, s. 349–352.

decyzja. Zaleca bliskie i otwarte relacje, ale nie są to relacje równorzędnych partnerów, zresztą nie mogą takie być z racji tego, że to lekarz sprawuje opiekę na mocy swej fachowości i doświadczenia. Jeżeli porównuje się podejście paternalistyczne do relacji rodzicielskich i podejmowania decyzji ojca w imieniu małego dziecka, to w przypadku Kielanowskiego takim obrazem może być relacja między rodzicem a dzieckiem już pełnoletnim, dorosłym, człowiekiem całkowicie niezależnym, któremu co prawda nie można już niczego nakazać, ale na którego można w sposób pozytywny wpłynąć, a ceni on rady, bo wie, że wynikają z troski. Kielanowski przejawia właśnie takie ojcowskie podejście: chodzi o troskę wobec chorego, atmosferę życzliwości, w której lekarz jest powiernikiem i doradcą i według swej wiedzy i umiejętności nie tylko doradza, ale nakłania różnymi sposobami do realizacji najlepszego sposobu leczenia. Zadanie lekarza nie może polegać tylko na przedstawieniu oferty możliwych działań medycznych.

Jednym z zasadniczych praw wynikających z autonomii pacjenta jest prawo do rzetelnej informacji o stanie jego zdrowia i proponowanym leczeniu. Na pozór wydaje się oczywiste, że od lekarza oczekuje się rzetelności w podawaniu informacji i w związku z tym lekarz musi mówić prawdę, gdyż wymaga tego świadomy udział pacjenta w procesie terapeutycznym. Na podstawie tej informacji może zgodzić się na proponowane leczenie lub odmówić. Poza tym prawdomówność jest jedną z naczelných zasad moralnych cenionych społecznie.

Sprawa się jednak znacznie komplikuje i ukazuje cały dramatyzm sytuacji w przypadku złego rokowania, ciężkiej i nieuleczalnej choroby, poważnego ryzyka. Czy lekarz powinien w takiej sytuacji mówić całą prawdę, czy powinien informować chorego o jego beznadziejnym stanie? Opinie na ten temat były (i właściwie są) podzielone. Zwykle wskazuje się, że wchodzi tu w konflikt: zasada szacunku dla autonomii pacjenta i zasada nieszkodzenia – gdyż tragiczna informacja może przysporzyć cierpień, pogrążyć w rozpacz, załamać. Zwolennicy ukrywania prawdy poza odwoływaniem się do obowiązku dbania o dobro pacjenta i nieszkodzenia, stawianych przed nakazem prawdomówności, odwołują się również do argumentu, że pacjent nie chce znać prawdy o swoim nieuleczalnym stanie⁸⁶³ oraz niemożliwości przekazania prawdy, gdyż lekarz nigdy sam nie jest jej do końca pewien, a też chory rzadko ją właściwie rozumie⁸⁶⁴.

Kielanowski, którego interesuje szczególnie ten trudny i niejednoznaczny aspekt, dodaje, że problem z mówieniem prawdy i jej częste ukrywanie wiąże się też z brakiem umiejętności rozmawiania z chorym o złym rokowaniu i o śmierci, gdyż „lekarz współczesny źle sobie radzi od momentu, w którym winien powiedzieć choremu, iż stan jego zdrowia będzie się odtąd na pewno pogarszał”⁸⁶⁵. Może to wynikać z braku umiejętności radzenia

⁸⁶³ Np. W. Biegański pisał w *Mysłach i aforyzmach...*: „Gdybym był ciężko i beznadziejnie chory, nie pytałbym mojego lekarza o wiedzę, lecz o serce. Wolałbym, żeby mi zamknięto powieki z nadzieją na ustach, aniżeli żeby mi powiedziano prawdziwą diagnozę – mój wyrok śmierci” (op. cit., s. 103).

⁸⁶⁴ Zob. R. Gillon, *Etyka lekarska. Problemy filozoficzne*, op. cit., s. 112 nast.

⁸⁶⁵ T. Kielanowski, *Medyczne i moralne problemy umierania i śmierci*, [w:] *W kręgu życia i śmierci*, pod red. Z. Szawarskiego, Warszawa 1987, s. 250.

sobie lekarza z trudną sytuacją. Kielanowski uważa, że generalnie powinna obowiązywać reguła mówienia prawdy, ze względu na autonomię pacjenta, który jest partnerem działań medycznych i w grę wchodzi kwestia jego dalszego losu czy też świadomej zgody odnośnie terapii. Ukrywanie informacji, również tej niepomysłnej, prowadzi do podważenia zaufania do lekarza – a „wszystko, co zaufanie podważa jest niedobre”⁸⁶⁶. Właśnie unikanie trudnej, bolesnej prawdy w kontaktach z pacjentem przyczyniło się wręcz do powstania krzywdzącego przeświadczenia, że lekarze kłamią.

Warto przytoczyć w całości brzmienie zasady 42 w projekcie kodeksu: „Lekarz obowiązany jest mówić choremu prawdę o rozpoznaniu, proponowanym leczeniu i rokowaniu. Rokowania poważne powinny być jednak podawane do wiadomości ogłędnie, a rokowania niepomysłne wolno zataić. Lekarz decyduje w każdym wypadku sam, kiedy powinien rodzinę chorego zawiadomić o złym rokowaniu. Lekarz powinien pamiętać, że pocieszenie chorego i jego rodziny jest wielką sztuką i pierwszym obowiązkiem, a doskonalenie się w tej sztuce trwa całe życie”⁸⁶⁷. Widać tu troskę o chorego i jego stan wewnętrzny. Jednak zasada ta, jak wspomniano wcześniej, budziła wówczas szereg kontrowersji, gdyż dominowało przekonanie, że należy przed pacjentem ukrywać niepomysłne rokowania, tak długo, jak tylko się da, głównie ze względu na ochronę jego psychiki. Wynikało to z dominującego nastawienia paternalistycznego. Prof. Bogusz, późniejszy współautor „Etyki i deontologii lekarskiej” w polemicznym artykule⁸⁶⁸ w „Służbie Zdrowia” pisał wówczas, że proponowany zapis wywołał „wiele niepokoju w świecie lekarskim”. Utrzymywano jednocześnie, że przede wszystkim należy poinformować najbliższą rodzinę o złym stanie chorego. Kielanowski stawiał na pierwszym miejscu samego chorego, ponieważ dotyczy to jego losu. W swoich wyjaśnieniach lekarz powinien być zawsze ostrożny i mieć na względzie, że to, co dla niego jest zwykłą, codzienną sprawą, dla chorego nieraz stanowi wyrok i tylko nieliczni chorzy znoszą heroicznie złe lekarskie prognozy.

W późniejszym okresie, również pod wpływem światowych tendencji, jeszcze bardziej skłaniał się do przekonania o potrzebie ujawnienia prawdy chorym nieuleczalnie i umierającym, stale podkreślając, że należy czynić to niezwykle umiejętnie, z ogromnym taktem i wyczuciem sytuacji, i jednocześnie przygotowując chorego do przyjęcia tej trudnej prawdy. Do tego niezwykle ważne jest poznanie pacjenta, rozeznanie jego stanu emocjonalno-duchowego. Umierający zdają sobie niezwykle często sprawę z swego stanu, chcą prawdy,

⁸⁶⁶ T. Kielanowski, *Czy lekarze kłamią?*, „Czas” 1975, nr 19, s. 18.

⁸⁶⁷ T. Kielanowski, *Kodeks deontologiczny polskiej służby zdrowia*, op. cit. Zob. aneks .

⁸⁶⁸ Zob. J. Bogusz, *Uświadamianie chorych o istocie choroby*, „Służba Zdrowia” 1961, nr 48. Natomiast w pracy *Chirurgia i etyka* prof. Bogusz pisał: „Kiedy chory domaga się natarczywie prawdy, twierdząc, że jest silny i znieśie każdą, choćby najgorszą wiadomość, w oczach Jego wyczytać można zawsze największy lęk i oczekiwanie na zaprzeczające słowo”. Kontynuując, Bogusz uzasadnia, że mówienie nieprawdy „we własnym interesie jest rzeczą godną potępienia, ale mówienie nieprawdy z altruistycznych pobudek, i to w interesie chorego – to już zupełnie inna sprawa”. W związku z tym, wyrażając powszechne wówczas stanowisko lekarzy, wskazywał, że skoro głównym celem lekarza jest troska o stan fizyczny i psychiczny chorego i wiadomo „że podanie do wiadomości chorego jakiegoś groźnego rozpoznania, np. raka, wpływa nań niekorzystnie, nie należy tego czynić”. Zob. J. Bogusz, *Chirurgia i etyka*, Kraków 1972, s. 25.

choć jej się boją, nie informowani rzetelnie „rozszyfrowują niezręczne wypowiedzi lekarza i tracą zaufanie”⁸⁶⁹.

Zwyczaj ukrywania prawdy – uzasadniał Kielanowski – odbiera możliwość korzystania z prawa do stanowienia o swoim losie, o sposobie spędzenia ostatnich miesięcy czy dni, a często także odbiera możliwość podjęcia decyzji dotyczących osobistych spraw⁸⁷⁰. Uczciwość w stosunku do pacjentów oczekujących informacji o ich stanie rzadko przynosi rzeczywistą szkodę, natomiast zatajenie prawdy może stać się później przyczyną największych zmartwień⁸⁷¹.

Należy podkreślić, że ostatnie zdanie zasady 42, mówiące o pocieszeniu chorego i zamykające proponowany zapis, wskazuje na rolę postawy lekarza wobec ludzkiego nieszczęścia, na rolę odpowiednio przeprowadzanej rozmowy, która mimo wszystko powinna nieść pociechę. Nie chodzi tu, jak często mówił Kielanowski, o zdawkowe pocieszenie, ograniczające się do kilku słów bez znaczenia. Umiejętność niesienia pociechy jest trudna i ustawicznie trzeba się w niej doskonalić, gdyż nie jest dana raz na zawsze, a każda sytuacja jest odmienna i nie można postępować schematycznie. W artykule „Prawda i pocieszenie”⁸⁷² wskazywał, że podstawową zasadą sztuki lekarskiej jest takie prowadzenie rozmowy z chorym, aby niezależnie, czy jest to pierwsze czy kolejne spotkanie, po każdym z nich pacjent czuł się lepiej niż przed nim. I dodawał, że nie jest dobrym lekarzem ten, kto nie rozumie, iż pocieszenie jest pierwszym lekarskim obowiązkiem, i kto nie potrafi tego dokonać. A każdy pacjent potrzebuje pocieszenia, niezależnie od tego czy jest tylko lekko chory, czy bardzo poważnie. Lekarza, który rozpoznaje u pacjenta chorobę nieuleczalną, grożącą śmiercią, zdaniem Kielanowskiego, „dotyczą dwa zasadnicze nakazy moralne: nakaz mówienia prawdy, obowiązujący każdego człowieka i nakaz pocieszania chorego człowieka, obowiązujący każdego lekarza”⁸⁷³. Pomiędzy tymi nakazami może istnieć teoretycznie sprzeczność, ale w praktyce lekarskiej konieczne jest pogodzenie ich ze sobą, a objawia się ono w trudnej sztuce rozmawiania z chorym, takiego prowadzenia dialogu, w wyniku którego pacjent może rzeczowo ocenić swoją sytuację, ale znajduje też otuchę i wsparcie w trudnej dla niego sytuacji. Mówienie prawdy nie powinno być w rozumieniu Kielanowskiego „wyrokiem bez odwołania i należy zawsze pozostawić choremu nadzieję, nie tracąc jej samemu”⁸⁷⁴. Prawda lekarska nigdy nie jest kategoryczna: „ślad nadziei istnieje zawsze”⁸⁷⁵ i zdarza się, że przebieg choroby jest inny, niżby to wynikało z rokowania opartego na lekarskim doświadczeniu – zarówno korzystny, jak i niestety niekorzystny.

⁸⁶⁹ Zob. T. Kielanowski, *Mówić prawdę! (Mówić prawdę...?)*, „Służba Zdrowia” 1984, nr 32, s. 3.

⁸⁷⁰ T. Kielanowski, *Prawo człowieka do stanowienia o sobie*, op. cit., s. 23.

⁸⁷¹ Zob. R. Gillon, *Etyka lekarska. Problemy filozoficzne*, op. cit., s. 112.

⁸⁷² T. Kielanowski, *Prawda i pocieszenie*, „Argumenty” 1976, nr 51.

⁸⁷³ Ibidem, s.4.

⁸⁷⁴ T. Kielanowski, *Mówić prawdę! (Mówić prawdę...?)*, op. cit., s. 3.

⁸⁷⁵ T. Kielanowski, *Prawo człowieka do stanowienia o sobie*, op. cit., s. 23.

Kielanowski z dystansem odnosił się do działań amerykańskiej psychiatry E. Kübler-Ross⁸⁷⁶, która w swojej praktyce w sposób bezpośredni i pełny wyjawiała chorym prawdę o nieuchronności ich bliskiej śmierci, opisując jednocześnie swoje obserwacje w głośnej książce „Rozmowy o śmierci i umieraniu”. Wskazywała tam, że po pierwszych burzliwych reakcjach i rozpacz następuje wyciszenie, pogodzenie się i akceptacja swojego losu, co prowadzi w konsekwencji do spokojnej śmierci. Kielanowski, doceniając wkład Kübler-Ross w rozwój problematyki tanatologicznej, zainteresowań przeżyciami człowieka bliskiego śmierci i kształtowanie podejścia wobec umierających, poddawał krytyce jej metodę. Zarzucał jej, że nie brała pod uwagę ogromnych różnic sposobu reagowania i odczuwania ludzi wynikających z różnych uwarunkowań, chociażby charakterologicznych, światopoglądowych, kulturowych, etc. Podkreślał też potrzebę uczciwości wobec ludzi już we wczesnych stadiach nieuleczalnej choroby, a nie dopiero w ostatnim okresie życia. Decydująca powinna być nade wszystko wola pacjenta do poznania pełnej prawdy, gdyż pacjent ma prawo do prawdy, jeżeli jej oczekuje. Nie ma natomiast obowiązku jej poznać⁸⁷⁷, pacjent ma więc prawo do bycia niepoinformowanym.

Podejście Kielanowskiego jest w pewnym sensie drogą środka, pomiędzy tendencją do przedstawiania niepełnej informacji, której zakres określa tylko lekarz i ukrywa niepomyślne rokowania, utrzymując w nieświadomości beznadziejnie chorych – a tendencją do bezpośredniego i wprost informowania chorych o ich ciężkim stanie. Droga ta wiąże się, w przypadku ciężkiej, nieuleczalnej choroby, ze sztuką jej podawania do wiadomości chorego. Sztuką, której lekarz musi się uczyć. Polega ona m. in. na zindywidualizowanym podejściu do każdego chorego, przez rozpoznanie jego stanu psychicznego, cech osobowości, jego wrażliwości, inteligencji i innych uwarunkowań, często wymaga psychoterapeutycznego przygotowania chorego i najczęściej powinno dokonywać się etapami – „tak jak lekarz dochodzi często powoli i stopniowo do rozpoznania, tak i pacjent może je czasem poznawać powoli i stopniowo”⁸⁷⁸.

Kielanowski dążył do tego, aby pacjent traktowany był w procesie terapeutycznym jako podmiot działań medycznych, dlatego podkreślał wagę jego zgody na określone interwencje medyczne – chodzi tu oczywiście o „u s w i a d o m i o n ą z g o d ę”, poprzedzoną poinformowaniem pacjenta o potrzebie, celu i sposobie przeprowadzenia zabiegu. Decyzja musi więc być dobrowolna i nie wymuszona, podjęta przez osobę wystarczająco zdolną do świadomego wyrażenia woli, czyli autonomiczną, i podjęta na podstawie odpowiedniej

⁸⁷⁶T. Kielanowski, *Mówić prawdę! (Mówić prawdę...?)*, op. cit., s. 3. Por.: T. Kielanowski, *Prawda i pocieszenie*, op. cit. s.4; T. Kielanowski, *Czy lekarze kłamią?*, „Czas” 1975, nr 19, s. 18.

Elisabeth Kübler-Ross (1926 – 2004) – amerykańska lekarka psychiatra, pochodzenia szwajcarskiego. Była pionierem badań nad śmiercią i psychicznymi stanami ludzi umierających. W przełomowej książce *Rozmowy o śmierci i umieraniu (On Death and Dying, 1969 r.)* przedstawiła psychologiczną teorię reakcji pacjenta na wiadomość o nieuleczalnej chorobie i bliskiej perspektywie śmierci. Wyróżniła pięć etapów, przez które przechodzi pacjent: zaprzeczenie, gniew, targowanie się (negocjacja), depresja, akceptacja. W uznaniu dorobku nadano jej ponad 20 tytułów *doktora honoris causa*.

⁸⁷⁷ Ibidem.

⁸⁷⁸ T. Kielanowski, *Prawda i pocieszenie*, op. cit., s. 5.

informacji i po jej rozważeniu⁸⁷⁹. Lekarzowi nie przysługuje jakieś bezwarunkowe prawo podejmowania działania leczniczego. Może je podejmować wyłącznie z upoważnienia lub na prośbę chorego, nawet jak najlepsze intencje lekarskie nie mogą dawać uprawnień do działania wbrew woli pacjenta, gdyż „dobrem człowieka-pacjenta musi pozostać to, co on za swoje dobro uważa”⁸⁸⁰, pisał Kielanowski.

Kwestię dobrowolności poddania się zabiegowi operacyjnemu regulowała „Ustawa o zawodzie lekarza” z 1950 r. wskazująca, że jego dokonanie wymaga zgody chorego. Ustawa dopuszczała dwa wyjątki: jeśli chory jest nieprzytomny i tym samym zgody wyrazić nie może, albo niezdolny do samostanowienia – a więc dziecko lub osoba ubezwłasnowolniona z powodu choroby psychicznej i wtedy zgodę w ich imieniu wyrażają odpowiednio rodzice lub opiekun prawny⁸⁸¹. We wszystkich innych wypadkach świadomy dorosły chory sam decyduje o sobie.

Kielanowski w projekcie kodeksu przedstawił szereg zasad związanych z zagadnieniem zgody i jej odmowy w odniesieniu w ogóle do leczenia, a także eksperymentu medycznego. Pierwsza z nich głosiła, że „Nikogo nie wolno leczyć ani operować wbrew jego woli. Wyjątek stanowią choroby zakaźne, alkoholizm i choroby psychiczne, przewidziane przez prawo” (zasada 44). Dalej będzie podkreślał, że podejmowanie działań medycznych wbrew woli chorego, bez względu na wynik leczenia lub operacji, jest ciężkim przekroczeniem zawodowym (z wyjątkiem przypadków przewidzianych prawem). Możliwe działania bez zgody pacjenta obejmowały wyjątkowe sytuacje wynikające z zagrożenia życia i zdrowia innych osób, mające na celu ochronę zbiorowości i wynikające z obowiązujących przepisów prawnych i ustaw⁸⁸² (inną, wyjątkową sytuacją, w projekcie było stosowanie dostępnych, ale niewypróbowanych sposobów leczenia, w przypadku ciężkich, nieuleczalnych stanów chorobowych – o czym w dalszej części). W stosunku do ustawy o zawodzie lekarza konieczność przyzwolenia pacjenta została u Kielanowskiego znacznie rozszerzona i dotyczyła nie tylko interwencji chirurgicznych, ale leczenia w ogóle, a wydaje się, że używa tu pojęcia leczenia w szerokim sensie, również na oznaczenie badań diagnostycznych z nim związanych.

Pacjent ma prawo do odmówienia proponowanego leczenia. Jednak w przypadku braku zgody pacjenta na określone działania medyczne, o których słuszności jest lekarz przekonany, nie może nad tym faktem przejść do porządku dziennego, nie może tego po prostu odnotować w historii choroby, lecz musi czynić starania, aby przekonać chorego. Szczególnie dramatyczna sytuacja zachodzi, kiedy rodzice nie zgadzają się na określoną terapię lub operację dziecka, w rozeznaniu lekarza najlepszą w danej sytuacji. Znalazło to oczywiście wyraz w regule projektu: „Powyższe zasady nie zwalniają lekarza od obowiązku dokładania największych wysiłków w celu przekonania chorych lub ich rodziców o konieczności

⁸⁷⁹ Zob. np.: R. Gillon, *Etyka lekarska. Problemy filozoficzne*, op. cit., s. 125.

⁸⁸⁰ T. Kielanowski, *Wprowadzenie do nauki o etyce i deontologii lekarskiej*, op. cit., s. 9.

⁸⁸¹ Zob. Ustawa z dnia 28 października 1950 r. o zawodzie lekarza. (Dz. U. Nr 50, poz. 458, art. 17)

⁸⁸² Były to wtenczas: ustawa o zwalczaniu chorób zakaźnych z 1953, dekret o zwalczaniu chorób wenerycznych z r. 1949, ustawa zwalczaniu gruźlicy z r. 1959.

prowadzenia leczenia lub dokonania operacji” (zasada 46). A w jednym z artykułów pisał jeszcze wyraziściej o konieczności nakłaniania chorego na niezbędne działania – „lekarz musi użyć wszelkich możliwych środków perswazji, aby przekonać chorego, musi się wysilić na inwencję, narazić nawet na przykrość ze strony chorego. Jeżeli chory wskutek odmowy i niepowodzeń nalegań lekarza umrze, lekarz powinien odczuć to jako osobistą klęską”⁸⁸³. Ta nieodzowność przekonywania nie ma nic wspólnego z wywieraniem presji i wynika jedynie z troski lekarza, fachowca w dziedzinie terapii i jego obowiązku dokładania wszelkich starań o poprawę stanu zdrowia pacjenta. Ostatnie słowo należy do chorego albo rodzica chorego dziecka. Decyzja podjęta świadomie i po rozważeniu jest wiążąca dla lekarza, niezależnie od jej skutków. Jednak lekarz nie ma prawa zrezygnować z dalszej opieki nad pacjentem, który nie zgadza się na proponowane leczenie, ale musi uczynić wszystko, co w takiej sytuacji uczynić może – Kielanowski ujmował to następująco: „Brak zgody chorego na proponowane przez lekarza leczenie nie zwalnia lekarza od obowiązku dalszej opieki nad nim. Jednakowoż w wyjątkowych wypadkach wolno lekarzowi za wiedzą i zgodą dyrektora szpitala wypisać chorego z wysoce specjalistycznego oddziału, po zapewnieniu mu dalszej potrzebnej opieki na innym oddziale lub w lecznictwie otwartym”(zasada 48).

W obrębie zagadnień związanych ze zgodą pacjenta w publikacjach i polemikach podejmował te, które wiązały się z problemem działań wbrew woli pacjenta i tzw. przymusu leczenia, a które wynikały z bieżących, faktycznie zachodzących sytuacji i toczonych dyskusji. W związku z koniecznością zabezpieczenia zdrowotnych interesów całego społeczeństwa, zbiorowość sankcjonuje różne rodzaje obowiązków poddawania się określonym działaniom medycznym, różne rodzaje przymusów⁸⁸⁴. W większości wypadków wiąże się to z bezpośrednim dobrem, zdrowiem jednostki. Najpowszechniejszymi obowiązkami poddania się zabiegom lekarskim, dotyczącymi każdego, są różne przymusowe szczepienia ochronne czy też badania profilaktyczne i kontrolne – a w celu ich wyegzekwowania stosuje się różne sankcje i kary, czyli formy przymusu pośredniego, który bywa czasem odbierany „jako wkraczanie w życie osobiste, jako łamanie prawa stanowienia o sobie, a więc jako ograniczenie wolności osobistej”. Kielanowski wskazywał, że i w takich przypadkach pojawiają się wątpliwości natury moralnej; niepokojąca jest natomiast tendencja do rozbudowywania sfery „medycznych obowiązków”, dlatego też „zwolennicy absolutnej, anarchicznej wolności jednostki, szermują chętnie groźbą

⁸⁸³ T. Kielanowski, *Rozważania na temat moralności służby zdrowia*, op. cit., s. 53.

W podobnym tonie, o konieczności przekonywania pacjenta, wyrażał się prof. Bogusz: „Perswazja, perswazja i jeszcze raz perswazja. Ale nie stosujemy gwałtu i przemocy [...] choć prawo zezwalałoby na to w wyjątkowych wypadkach. Siła perswazji lekarza, perswazji łagodnej, ale wnikliwej, jest zazwyczaj bardzo wielka”; J. Bogusz, *Etyka i chirurgia*, op. cit., s. 23.

⁸⁸⁴ W administracyjnym rozumieniu przymusu – w celu nakłonienia do zgody na poddanie się określonym działaniom – stosowany jest zwykle przymus pośredni (różnego rodzaju sankcje i kary), w wyjątkowych sytuacjach – przymus bezpośredni (jak bezpośrednia hospitalizacja lub tylko izolacja, np. przypadku chorób zakaźnych czy poważnych zaburzeń psychicznych).

medycznego totalizmu”⁸⁸⁵, którego obawa zaczęła się upowszechniać w krajach zachodnich, a do którego ten utrzymujący się kierunek może prowadzić.

Bardzo poważne problemy moralne powstają w wypadku przymusu leczenia, a w szczególności – poddawania się zabiegom operacyjnym. Na początku lat sześćdziesiątych rozgorzała na ten temat w Polsce publiczna dyskusja⁸⁸⁶, dotycząca przede wszystkim leczenia operacyjnego, wywołana poglądem znanego torakochirurga, prof. Rzepeckiego, stojącego na stanowisku, że wobec chorego na gruźlicę, odmawiającego zgody na leczenie operacyjne, które byłoby w jego przypadku wskazane, należy zastosować odpowiednie sankcje, jak pozbawienie przywilejów wynikających z ówczesnej ustawy przeciwgruźliczej (co oznaczało utratę prawa leczenia się na koszt państwa i utratę innych świadczeń). Kielanowski w polemicznej odpowiedzi w artykule „Nie grozić – nie komenderować”⁸⁸⁷ ujawniał zarówno negatywne konsekwencje praktyczne wynikające z tej konkretnej sytuacji (jak np.: możliwa rezygnacja chorego z leczenia z powodu braku środków finansowych lub ukrywanie się i niepodejmowania go w ogóle; ponadto w tym przypadku leczenie chirurgiczne nie jest zasadniczą metodą walki z gruźlicą na skalę społeczną) – jak i przytaczał kontrargumenty natury ogólniejszej. Wskazywał, że pozbawienie chorego praw do społecznej opieki z tego powodu, że „jest trwożliwy, małoduszny, niewykształcony”⁸⁸⁸ stanowiłoby bardzo niebezpieczny moralnie precedens, którego efekty trudno byłoby przewidzieć. Niepokojące, jego zdaniem, jest zmierzanie do coraz liczniejszych ustawowych obowiązków społecznych związanych z medycyną – różnego rodzaju przymusów – które Kielanowski nazywa zastępowaniem sztuki lekarskiej komenderowaniem⁸⁸⁹. Kiedy rzeczowa argumentacja zostaje zastąpiona nakazami i zakazami. O tym, że istniał tu autentyczny problem, świadczy również omawiany przez Kielanowskiego w jednym z artykułów⁸⁹⁰ (wyrażającym sprzeciw wobec prób podejmowania zabiegów operacyjnych wbrew woli pacjenta) kasus poszkodowanego, który uległ wypadkowi w czasie pracy, stracił zdolność do jej wykonywania. Nie zgadzał się on na operację, która miałaby przywrócić mu zdolność do pracy. W związku z tym pracodawca wystąpił do sądu, zarzucając mu postawę społeczną. W artykule przytaczał Kielanowski orzeczenie Sądu Najwyższego z 1961 r. w tej sprawie, rozstrzygające na korzyść poszkodowanego oraz głosę prawnika – doc. M. Sośniaka. Sąd orzekł, że „poszkodowany nie może być zmuszony do poddania się zabiegowi operacyjnemu, decyzja w tym przedmiocie należy wyłącznie do niego. Odmowa poddania się operacji nie może być uznana za działanie sprzeczne z zasadami współżycia społecznego”⁸⁹¹.

⁸⁸⁵Zob. np. T. Kielanowski, *Wprowadzenie do nauki o etyce i deontologii lekarskiej*, op. cit., s. 9.

⁸⁸⁶Na łamach „Służby Zdrowia” wypowiedało się wielu lekarzy: Rzepecki, Brokman, Bogusz, Kielanowski, Burak. Por. też J. Sawicki, *Przymus leczenia i eksperyment lekarski w świetle prawa*, Warszawa 1964.

⁸⁸⁷T. Kielanowski, *Nie grozić – nie komenderować*, „Służba Zdrowia” 1962, nr 15, s. 3.

⁸⁸⁸Ibidem.

⁸⁸⁹Ibidem.

⁸⁹⁰T. Kielanowski, *Przymus operacyjny w interesie społecznym?*, „Służba Zdrowia” 1962, nr 20, s. 2.

⁸⁹¹Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 15 marca 1961 r., 2 CR 867/59; za: ibidem.

Dla Kielanowskiego postanowienie to, będące wykładnią polskiego prawa, stanowiło prawny precedens w odniesieniu i do innych sytuacji, także przywoływanej wcześniej konfrontacji z prof. Rzepeckim⁸⁹².

Jeszcze drastyczniej przedstawiała się wówczas możliwość zastosowania przymusu operacyjnego wobec dzieci, kiedy rodzice nie wyrażają zgody na konieczny dla ratowania dziecka, według lekarskiego rozeznania, zabieg operacyjny. Pojawiały się w związku z tym opinie, że w takim wypadku należy przyznać lekarzom prawo dokonania operacji wbrew woli rodziców (m. in. H. Brokmana – wybitnego pediatry i przewodniczącego Rady Naukowej Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie). Kielanowski wyrażał tu zdecydowaną opinię, że o losach małego dziecka decydują wyłącznie rodzice i państwo może wkraczać jedynie tam, gdzie istnieje ze strony rodziców zła wola, a więc wykroczenie⁸⁹³. „Miłość rodziców – argumentował – nie jest nigdy przekroczeniem i nic jej nie zastąpi, nawet wtedy, kiedy są ciemni i niewykształceni. [...] Trzeba argumentować, wyjaśniać, tłumaczyć, błagać, a nie wołać milicjanta, straszyć prokuratorem albo stosować przemoc, choćby motywy takiego działania były najszlachetniejsze”⁸⁹⁴. Z reguły siła lekarskiej perswazji jest wystarczająca. W opublikowanym dwa lata wcześniej projekcie kodeksu deontologicznego formułował zasadę: „Nie wolno leczyć ani operować dzieci wbrew woli ich rodziców lub prawnych opiekunów. Wyjątek stanowią przypadki zaniedbywania dzieci, wymagające odebrania rodzicom lub opiekunom praw wychowawczych” (zasada 45). Natomiast w przypadku starszych dzieci (chodziło tu o dzieci, które ukończyły szkołę podstawową), wymagających w poważnej chorobie koniecznego leczenia – określał dalej – jeżeli wyrażają zgodę na leczenie lub proszą o nie, to w przypadku sprzeciwu rodziców, lekarz mógłby wystąpić do właściwych władz z wnioskiem o pominięcie ich nieuzasadnionego oporu⁸⁹⁵.

Podstawowym nakazem jest więc dla Kielanowskiego poszanowanie woli jednostki i postępowanie wyłącznie na podstawie jej przyzwolenia, uwzględniając jej rozumienie swojego dobra. Wyjątkowe odstępstwa powinny być ograniczone do nielicznych sytuacji ściśle określonych przez prawo.

Jedną z podstawowych zasad obowiązujących w relacji między lekarzem a pacjentem i jednocześnie zasadniczym prawem pacjenta jest zachowanie tajemnicy przez lekarza w sprawach związanych z leczeniem, której przestrzeganie jest warunkiem zaufania chorego. Obowiązywała ona co najmniej od czasów Hipokratesa i zawsze była istotnym

⁸⁹² Zarząd Główny Towarzystwa Chirurgów Polskich w 1962 r., odnosząc się do toczącej się dyskusji wydał oświadczenie, w którym pisano m. in.: „Chirurdzy polscy, biorąc pod uwagę podstawowe prawa jednostki decydowania o swym losie, uzależniając konieczność oparcia decyzji co do wykonania operacji na pełni wzajemnego zaufania chorego i lekarza, sprzeciwiają się wprowadzeniu jakichkolwiek form przymusu operacyjnego”. Cyt. za: J. Bogusz, *Etyka i chirurgia*, op. cit., s. 22.

⁸⁹³ Na podstawie kodeksu rodzinnego, sąd oczywiście mógł zawiesić prawa opiekuńcze rodziców w wypadku, gdyby chodziło o wyraźną ich złą wolę. J. Bogusz pisał, że „teoretycznie sytuacja taka jest możliwa, w życiu jednak z reguły chodzi o źle zrozumianą przez matkę miłość do dziecka; o lęk o życie dziecka”. Zob. J. Bogusz, *Etyka i chirurgia*, op. cit., s. 23.

⁸⁹⁴ T. Kielanowski, *Argumentować, a nie rozkazywać*, op. cit., s. 2.

⁸⁹⁵ T. Kielanowski, *Kodeks deontologiczny polskiej służby zdrowia*, op. cit. Zob. aneks.

elementem etyki lekarskiej. Jej dochowanie gwarantowane było przysięgami i przyrzeczeniami lekarskimi, a od czasu pojawienia się kodeksów deontologicznych, stanowiła jedną z bardzo istotnych reguł. Kielanowski ukazując zmienność tradycyjnych zasad etyki lekarskiej, wskazywał, iż konieczny i wciąż aktualny nakaz tajemnicy zawodowej zaczął współcześnie być ograniczany tyłu wyjątkami, że „ostały się z niego tylko resztki, już nie tajemnica, ale raczej dyskrecja”⁸⁹⁶. Podkreślał, że doskonale dostrzegął to już kilkadziesiąt lat temu Biegański, kiedy twierdził, że tajemnica lekarska należy do względnych, a nie bezwzględnych praw etycznych, bo „są zdarzenia, że lekarz tajemnicę zachować powinien, są inne, gdzie milczenie lekarza byłoby występkiem. Nie trzeba nigdy zapominać, że najwyższym prawem dla człowieka jest dobro powszechne: *Suprema lex – salus publica*”⁸⁹⁷.

Istotnie, hipokratesowa zasada „cokolwiek bym podczas leczenia czy poza nim w życiu ludzkim ujrzał czy usłyszał, czego nie należy rozgłaszać, będę milczał, zachowując to w tajemnicy” stała się jednym z niezwykle często dyskutowanych problemów, a jej zakres stawał się coraz bardziej problematyczny. Jednak już w samej przysiędze Hipokratesa zawarty jest jej względny charakter. Świadczy o tym wyrażenie „czego nie należy rozgłaszać” wskazujące, że niektóre informacje, z określonych powodów, mogą być ujawniane. Kielanowski podzielał stanowisko Tadeusza Brzezińskiego, podejmującego szeroko tę tematykę, który zwracał uwagę na to, że zmiana celu medycyny i zwrócenie się jej ku społeczeństwu, a nie tylko jednostce wymaga od lekarza relatywnego traktowania problemu tajemnicy lekarskiej i odstępowanie od niej tam, gdzie jej zachowanie mogłoby stanowić szkodę społeczną. Jednak zbytne tendencje do jej liberalizacji nie zawsze są uzasadnione⁸⁹⁸.

Prawne zasady zachowania tajemnicy lekarskiej regulowała ówczesna „Ustawa o zawodzie lekarza”⁸⁹⁹ określającą jednocześnie przypadki zwolnienia lekarza z jej zachowania. Kielanowski w projekcie kodeksu uzupełniał i rozszerzał ten ustawowy obowiązek. W jego sformułowaniu brzmi on następująco: „Lekarz winien zachować w tajemnicy wszystko to, co mogłoby szkodzić choremu lub jego rodzinie, nawet fakty mało istotne, na których ukryciu jednak choremu zależy. Lekarz winien dbać o to, by warunki pracy w jego zakładzie sprzyjały dyskrecji. Lekarzowi nie wolno ukrywać chorób zakaźnych ani zbrodni dokonanych na osobie chorego. Lekarz zwolniony jest z zachowania tajemnicy zawodowej w przypadkach przewidzianych przez prawo” (zasada 40). Przewidziane przez prawo sytuacje określały przede wszystkim te ustawy, które jednocześnie formułowały dopuszczalne działania lekarskie poza zgodą pacjenta, czyli dotyczące zwalczania chorób zakaźnych, gruźlicy i chorób wenerycznych. Natomiast na podstawie ustawy o zawodzie lekarza – przypadki dotyczące: postępowania procesowego, badań wykonanych na zlecenie

⁸⁹⁶ T. Kielanowski, *Rewizja Hipokratesa*, op. cit., s. 1.

⁸⁹⁷ W. Biegański, *Myśli i aforyzmy...*, op. cit., s. 103-104.

⁸⁹⁸ T. Brzeziński, *Tradycyjne zasady deontologii lekarskiej*, [w:] *Etyka i deontologia lekarska*, op. cit., s. 45 nast. Por. T. Brzeziński, *Etyka lekarska*, op. cit., s. 65 nast.

⁸⁹⁹ Zob. Ustawa z dnia 28 października 1950 r. o zawodzie lekarza. (Dz.U. 1950, Nr 50, poz. 458, art. 14)

upoważnionych instytucji oraz zwolnienia z tajemnicy przez samego zainteresowanego (lub jego prawnego zastępcy).

Warto zwrócić uwagę na sformułowanie Kielanowskiego wskazujące na potrzebę stworzenia odpowiednich warunków dyskrecji w pracy. W dawnej sztuce medycznej leczenie było oparte na tylko indywidualnych relacjach między lekarzem a pacjentem, lekarz był sam w posiadaniu tajemnicy i jej ujawnienie zależało wyłącznie od niego – od momentu instytucjonalizacji leczenia i coraz bardziej zespołowego charakteru działania współczesnej opieki zdrowotnej rozszerzył się krąg osób mających kontakt z chorym i jego dokumentacją, i dopuszczonych do tajemnicy lekarskiej. W związku z tym pojawiło się nawet pojęcie tajemnicy zbiorowej lub podzielonej⁹⁰⁰. Dlatego też, jak wynika z powyższej zasady, konieczne jest wytworzenie takich reguł współpracy, aby współuczestniczenie dużej grupy osób nie narażało chorego na ujawnienie szczegółów objętych tajemnicą⁹⁰¹. Dotyczy to kwestii sporządzania, przechowywania i obiegu dokumentacji lekarskiej, ale również odpowiednich i intymnych warunków badania pacjenta czy też przeprowadzania wywiadu lekarskiego.

Zagadnienie tajemnicy lekarskiej zawiera szereg niuansów, które najpełniej ujawniają się w odniesieniu do konkretnych sytuacji (jak np. problem zachowania tajemnicy wobec rodziny pacjenta, współmałżonka, szczególnie jeżeli chodzi o intymne sprawy, w stosunku do pracodawcy, etc.). Kielanowski w publikacjach nie podejmował analizy tych trudności. W każdym razie, dochowanie tajemnicy lekarskiej czy też pełnej dyskrecji jest dla niego bardzo ważną zasadą etyki lekarskiej, chociaż nie jest zasadą absolutną. Uzasadnienie dla niej wynika zarówno z szacunku dla pacjenta i jego prywatności, jak i ze względów pragmatycznych – jej zachowanie jest konieczne ze względu na dobro pacjenta. Z jednej strony ujawnienie wiadomości o chorobie czy jej szczegółach może przynieść mu krzywdę społeczną, obniżyć prestiż, etc., z drugiej – pewność jej dotrzymania przez lekarza ma wpływ na samo leczenie. Pacjent odkryje swoje najintymniejsze sprawy, jeśli będzie pewny zachowania ich w tajemnicy, lekarz zaś chcąc działać skutecznie powinien znać wszystkie szczegóły, ułomności fizyczne i psychiczne⁹⁰². „Pacjent straci do nas zaufanie, może zataić niektóre objawy chorobowe i ponieść uszczerbek na zdrowiu, jeśli nie będzie mógł w niektórych wypadkach liczyć na naszą bezwzględna dyskrecję – pisał Kielanowski i dodawał dalej – sprawa nie jest bynajmniej łatwa i wymaga koniecznie głębokiego przemyślenia”⁹⁰³.

Dylematy związane z zagadnieniami zgody i tzw. przymusu leczniczego oraz zakresem zachowania tajemnicy lekarskiej odsyłają do, leżącego u jej podstaw, problemu ogólniejszej natury – relacji między dobrem indywidualnym a interesem

⁹⁰⁰ Zob. T. Brzeziński, *Tradycyjne zasady deontologii lekarskiej*, [w:] *Etyka i deontologia lekarska*, op. cit., s. 52; Brzeziński przytacza pracę M. Sośniaka pt. *Cywilna odpowiedzialność lekarza*, Warszawa 1977.

⁹⁰¹ Zob. np.: T. Kielanowski, *Etyka socjalistycznej służby zdrowia*, „Służba Zdrowia” 1956, nr 3, s. 1.

⁹⁰² Zob. T. Kielanowski, *Zawodowa etyka lekarska*, op. cit., s. 178.

⁹⁰³ T. Kielanowski, *Etyka socjalistycznej służby zdrowia*, „Służba Zdrowia” 1956, nr 3, s. 1.

społecznym, tematyki, do której Kielanowski często będzie powracał. Był on zawsze rzecznikiem swobód obywatelskich, a możliwość stanowienia o sobie była dla niego jednym z podstawowych wyznaczników człowieczeństwa. Ale człowiek jest istotą społeczną, żyje w zbiorowości, która przez różne formy instytucjonalne organizuje współzycie i współpracę indywidualnych je tworzących – co było tak istotne dla nurtów socjalistycznych, bliskich również Kielanowskiemu. Ujawnianie przez niego tej opozycyjności między dobrem indywidualnym a publicznym, głównie w zakresie ochrony zdrowia, jest chyba wynikiem jego wewnętrznej próby uporania się z konfliktem między swobodami obywatelskimi a interesem społecznym, a także przestrogą przed zawłaszczeniem jednostki przez zbiorowość. Przypominając wprowadzoną u progu współczesności zasadę izolowania chorych na choroby zakaźne w wydzielonych szpitalach, która jego zdaniem stanowiła jeden z przełomowych momentów, pisał: „Nie *salus aegroti*, ale *salus publica* stawało się odtąd jakoby naczelnym prawem, a konflikt między interesem jednostki a interesem publicznym, znany z innych dziedzin życia, pojawił się w etycznej problematyce medycznej i sprawiał coraz więcej kłopotu”⁹⁰⁴.

W „Zawodowej etyce lekarskiej” najwięcej miejsca poświęcił właśnie problemom etycznym współczesnej medycyny związanym z tym zagadnieniem. Przedstawia tam między innymi następujące rozumowanie: skoro dobro społeczne, dobrobyt państwa, w znacznej mierze zależy od wkładu pracy i sprawności jego obywateli (w konsekwencji od zdrowia), stąd uzasadniona i konieczna jest troska każdego państwa o ochronę i właściwy wymiar zdrowia publicznego. Jednakże jego koszty systematycznie wzrastają, wzrastają też koszty świadczeń i rent dla osób niepełnosprawnych i przewlekle chorych. W społecznej służbie zdrowia kluczowe staje się więc umiejętne dysponowanie ograniczonymi środkami z budżetu – stąd słuszne postulaty oszczędności, społecznej kontroli i racjonalności w zarządzaniu finansami. Prowadzi to jednak czasem do różnych form nacisku wywieranego na chorych czy też postulatów stosowania sankcji wobec niepoddających się zabiegom, które miałyby teoretycznie przywrócić im sprawność. Dalej Kielanowski wyraża obawę, że może to prowadzić w efekcie do różnych przejawów nietolerancji, a ostatecznie nawet do prób legalizacji eutanazji wobec nieuleczalnie i ciężko chorych, eutanazji uzasadnianej ekonomicznie (oczywiście nieoficjalnie). Żeby w związku z tym przeciwdziałać mogącym się pojawiać tendencjom antyhumanitarnym „należałoby ujawnić i przedyskutować sprzeczności istniejące między interesem społecznym a interesem indywidualnym [...]. Zacząć trzeba od przyznania, że takie sprzeczności istnieją w każdym ustroju...”⁹⁰⁵. Ukazuje też, że hasło „prawo do zdrowia”, skądinąd będące ceną zdobyczą, jest jak najbardziej zgodne z interesem, pożytkiem społecznym, dlatego też należy je pogłębić głoszeniem hasła „prawo do choroby”, które stoi w opozycji do utylitarnej zasady społecznych korzyści i które gwarantowałoby właściwy stosunek do ludzi chorych, niezależnie od stopnia i trwałości ich choroby. W wyniku coraz bardziej społecznego wymiaru zdrowia rodzą się konflikty między interesem

⁹⁰⁴ T. Kielanowski, *Zawodowa etyka lekarska*, op. cit., s. 179.

⁹⁰⁵ Ibidem, s. 182.

publicznym a indywidualnym. Człowiek chory, powierzający swój los w ręce lekarza, chce go uważać za rzecznika swego dobra i pod tym warunkiem ufa lekarzowi, ale w rozumieniu dobra zbiorowego, jeżeli będzie ono kolidowało, a tym bardziej stanowiło jakiegokolwiek zagrożenie, to społeczność użyje różnych instrumentów (akty prawne i egzekwujące je organy wykonawcze), aby jednostkę sobie podporządkować.

Kielanowski, zwracając uwagę na konieczność ujawniania sprzeczności i racjonalnego podejścia do nich, proponuje, w pewnym zakresie, rozdzielenie funkcji w służbie zdrowia: wyraźniej określając kompetencje lekarza jako rzecznika dobra pacjenta i lekarza – rzecznika dobra publicznego. Lekarz praktyk, podstawowej opieki zdrowotnej czy klinicysta, powinien pozostać „bez względu na zmiany zachodzące w rozwijającej się sztuce i nauce lekarskiej, a także bez względu na zmiany organizacji świadczeń, rzecznikiem dobra pacjenta. Tam, gdzie trzeba dla dobra publicznego zastosować pewne przymusy (na przykład przymus szczepień lub izolacji), musi lekarz ordynujący dbać o to, aby spełnienie nakazu prawa odbyło się bez krzywdy chorego”⁹⁰⁶.

Obok tego musi istnieć lekarz będący rzecznikiem dobra publicznego, którego zadanie polegałoby przede wszystkim na dbałości o zdrowie całej zbiorowości, m. in. przez troskę o respektowanie zasad sanitarno-epidemiologicznych, badań profilaktycznych, popularyzację i rozwój oświaty zdrowotnej, promowanie prozdrowotnych postaw. Wskazywał, wzorując się na modelu francuskim, że lekarz pełniący tę funkcję nie powinien być lekarzem prowadzącym praktykę lekarską, przynajmniej w podległym mu rejonie. Rzecznikami dobra publicznego w służbie zdrowia, według Tadeusza Kielanowskiego, są wszyscy organizatorzy ochrony zdrowia, a więc począwszy od ministra zdrowia, kierowników poszczególnych poziomów wydziałów zdrowia, aż do pracowników stacji sanitarno-epidemiologicznych⁹⁰⁷. To rozróżnienie miało przyczynić się do transparentności działań oraz odpowiedniej współpracy, której istotą byłaby troska o dobro, czyli zdrowie tak jednostki, jak i zbiorowości. Organizator ochrony zdrowia ma na względzie całość i z tej perspektywy patrzy na konkretnego człowieka, lekarz – rzecznik interesu pacjenta, nie zapominając co prawda o całości – skupia się na ochronie dóbr powierzającego się jego opiece chorego, biorąc go pod swoją opiekę.

⁹⁰⁶ Ibidem, 185.

⁹⁰⁷ Ibidem.

4.6. Etyka badań naukowych

Moralna problematyka współczesnej nauki poruszana przez Tadeusza Kielanowskiego obejmuje zarówno ogólne zagadnienia związane z jej postępem i społecznymi konsekwencjami, jak i moralną specyfikę medycznej pracy badawczej.

Warto jednak odnieść się do tych ogólniejszych rozważań. Podejmował je m. in. w popularnonaukowym studium „Odpowiedzialność uczonych. Dylemat współczesnej nauki” wydanym w serii Biblioteki Wiedzy Współczesnej „Omega” w 1970 r. z okazji Międzynarodowego Roku Oświaty. Była to jedna z pierwszych powojennych publikacji dotycząca społecznej roli nauki i jej przedstawicieli i, mimo jej popularnonaukowego charakteru, stanowiła dość ważny przyczynek do refleksji. W pewnym sensie książka ta była rozwinięciem myśli wypowiedzianych publicznie po raz pierwszy w wykładzie podczas wspólnej inauguracji roku akademickiego wyższych uczelni Trójmiasta w październiku 1964 r. Wykład nosił tytuł „Jedność nauki i neo-antropocentryzm”⁹⁰⁸ i podejmował problemy, które współcześnie, wraz z ogromnym przyśpieszeniem nauki, ujawniały się z całą mocą. Szczególnie uwidoczniły się te dylematy w dziedzinie nauk przyrodniczych i wobec praktycznych, technologicznych zastosowań nauki. Motywem napisania pracy był niepokój wynikający z obserwowanych tendencji do bezkrytycznego gloryfikowania nauki, dostrzeżenie ambiwalencji postaw związanych z nadziejami pokładanymi w naukowych osiągnięciach, obawa przed nową wersją idei postępu oraz przed możliwymi, skierowanymi przeciw człowiekowi, nadużyciami nauki. Kielanowski podejmuje dyskusję z częstym w środowisku naukowym poglądem, że celem nauki jest tylko poznanie, a pracowników nauki nie obchodzą dobre lub złe dla następstwa prowadzonych przez nich badań i dokonywanych odkryć, gdyż wolność i zakres badań nie mogą być niczym ograniczane.

Stara się więc wykazać, że w zorganizowanym społeczeństwie ludzi wolnych nie może istnieć żadna potęga ani żadna władza niepodporządkowana interesom ogółu. Wolność nigdy nie usprawiedliwia anarchii, a granicą wolności nauki jest bezpieczeństwo ludzkości. „Uczeni oraz ich [...] wysoko kwalifikowani pomocnicy i współpracownicy, byli dotąd elitą każdego narodu i często jego dumą. Żeby tak mogło być nadal, żeby się już nigdy nie powtórzyły nadużycia nauki [...] wszyscy ludzie powinni zrozumieć, że poznawanie prawdy naukowej nie jest metafizycznym zadaniem człowieka i nie jest celem samym w sobie, ale podporządkowanym rozumowi sposobem utrzymania dalszego istnienia gatunku ludzkiego”⁹⁰⁹. Nauka współczesna przestała być przywilejem małej grupy specjalistów. Z racji badań zespołowych i ogromnych kosztów wymaga wielkich nakładów społecznych, ale za to jej osiągnięcia w niezwykły sposób zmieniają życie człowieka i kształtują kulturę. Głębokie zainteresowanie Kielanowskiego „Faustem” Goethego wiązało się z fascynacją wobec poznawczej ciekawości człowieka, które współcześnie realizuje się tak całkowicie odmiennie

⁹⁰⁸ Zob. T. Kielanowski, *Jedność nauki i neo-antropocentryzm*, „Gdańskie Zeszyty Humanistyczne” 1964, nr 12.

⁹⁰⁹ T. Kielanowski, *Odpowiedzialność uczonych. Dylemat współczesnej nauki*, Warszawa 1970, s. 10.

od romantycznej wizji średniowiecznego uczonego⁹¹⁰. Przez cały czas towarzyszy jej jednak pograżająca tego literackiego bohatera sokratejska „wiedza niewiedzy”, którą Kielanowski nazywa kompleksem Fausta⁹¹¹.

W „Odpowiedzialności uczonych”, analizując różne aspekty związane z nauką i jej społecznymi konsekwencjami, starał się Kielanowski wskazać na zasadnicze trudności, w które jest współcześnie uwikłana. Wyniki tego oglądu, który można by nazwać „raportem o stanie i konsekwencjach nauki współczesnej” nie prezentują się optymistycznie. Najważniejsze konkluzje brzmią następująco⁹¹²:

- Wraz z coraz szybszym rozwojem nauki, ogromną ilością poznanych faktów i rzeszą pracowników naukowych następuje, nieunikniona na tym etapie, specjalizacja i parcelacja dziedzin nauki. Niestety, zdobyta wiedza nie stanowi już uporządkowanego systemu, ale wręcz chaotyczne nagromadzenie faktów niedostatecznie ze sobą powiązanych. Za rozwojem ścisłych nauk przyrodniczych i technicznych nie nadążają nauki o człowieku, nauki humanistyczne, filozofia i etyka, która zajmując się swoimi teoretycznymi zagadnieniami (najczęściej metaetycznymi) nie dostrzega często autentycznych i aktualnych problemów zmieniającego się świata⁹¹³.

- Konsekwencje odkryć naukowych i ich zastosowań zmieniają szybko cechy środowiska, w którym żyje człowiek. Dokonujące się dzięki nauce zmiany warunków życia wydają się korzystne, ale pociągają za sobą następstwa nieprzewidziane, nie zawsze korzystne. Z drugiej strony adaptacja człowieka do nowych warunków środowiska bywa trudna i niezupełna, czego efektem są choroby, także w wymiarze społecznym. Tak więc obok następstw zamierzonych i korzystnych (komfortu życia, szybkiej komunikacji, uleczalności wielu chorób i in.) pojawiają się następstwa nieprzewidziane i zdecydowanie niekorzystne (choroby cywilizacyjne, nadmierny przyrost naturalny i głód w krajach trzeciego świata)⁹¹⁴.

- W historii nauki, przede wszystkim najnowszej, ujawniały się różnego rodzaju świadome jej nadużycia i kierowanie jej przeciwko człowiekowi, co również może nastąpić w przyszłości. Najdramatyczniejszym tego przykładem były doświadczenia lekarzy III Rzeszy na ludziach, szczególnie więźniach obozów koncentracyjnych, ale wiążą się z tym także badania nad doskonaleniem wszelkiego rodzaju broni, w szczególności broni masowej zagłady. Zwykle nadużycia mają związek z podporządkowaniem nauki ideologii, przemysłowi, korzyści materialnej czy własnej ambicji ją uprawiających⁹¹⁵.

- Podstawową supremacją we współczesnym świecie jest dominacja naukowa, a na arenie międzynarodowej liczą się te państwa, gdzie nauka i technologia stoją na wysokim poziomie. W związku z tym potęga nauki i uczonych nieustannie wzrasta. Jednocześnie stale rosną

⁹¹⁰ Ibidem, s. 20 nast.

⁹¹¹ T. Kielanowski, *Propedeutyka medycyny*, op. cit., s. 166.

⁹¹² Zob. T. Kielanowski, *Odpowiedzialność uczonych. Dylemat współczesnej nauki*, op. cit., s. 127 nast.

⁹¹³ Ibidem, s. 21 nast.

⁹¹⁴ Ibidem, s. 12 nast.

⁹¹⁵ Ibidem, s. 97 nast.

ogromne koszty nauki. Naukowcy żądają całkowitej wolności badań i coraz większych nakładów finansowych. Natomiast zwykle nie czują się odpowiedzialni za wyniki swoich prac i możliwe późniejsze zastosowania⁹¹⁶.

Przyczyny takiego stanu i uwarunkowań nauki są oczywiście niezwykle złożone. Dla Kielanowskiego jedną z zasadniczych było błędne rozumienie jej celu, jako całkowicie bezinteresowne poszukiwanie prawdy, motywowane samym zaspokojeniem ludzkiej ciekawości, które utrwaliło się w kulturze europejskiej⁹¹⁷, a jest, według niego, trwałym następstwem wyzwania się nauki nowożytnej z dawnego dogmatyzmu, głównie teologicznej proveniencji. Doprowadziło to jego zdaniem wręcz do fetyszyzacji i deifikacji prawdy⁹¹⁸, która ma ukierunkowywać dążenia autentycznego uczonego. Przekonanie to zdaniem Kielanowskiego jest zarówno nieprawdziwe, jak i niebezpieczne. Nieprawdziwe, gdyż potrzeby praktyczne⁹¹⁹ odgrywają w nauce rolę pozytywną i twórczą, a wiele odkryć zostało dokonanych na szeroko rozumiane „zamówienie” czy też z praktycznych potrzeb. Najlepszym tego przykładem jest medycyna, gdzie motorem odkryć jest chęć przyścia z pomocą ludziom cierpiącym. Niebezpieczeństwo fetyszyzacji prawdy naukowej polega m. in. na tym, że sytuuje ją poza dobrem i złem, w myśl zasady, że cel, jakim jest prawda, uświęca środki, bez względu na konsekwencje, bez względu na cierpienia innych ludzi, cierpienia zwierząt, etc. W efekcie nie rozpatruje się zwykle nauki w kategoriach moralnych i wskazuje się, że nie ma ona nic wspólnego moralnością. Wiąże się to z kolejną przyczyną – anarchicznie rozumianą wolnością w nauce, czyli przekonaniem wielu uczonych, że im „wszystko wolno, bo poszukują prawdy. Każdą cenę, płaconą za nową zdobycz, uważają za cenę godziwą...”⁹²⁰. Prowadzi także do całkowitego zwolnienia się z odpowiedzialności za prowadzone badania i ich wyniki. „Anarchizm” ten jest jedną z przyczyn rozbicia jedności nauki i jej systemowego ujęcia, które go z kolei utrwala.

Postawienie diagnozy i zwrócenie uwagi na przyczyny trapiących naukę dolegliwości musi prowadzić do odpowiedniej terapii. Chociaż Kielanowski nie ujmuje tego tak dosłownie,

⁹¹⁶ Ibidem, s. 128 nast.

⁹¹⁷ Bezinteresowność poznania naukowego i autonomia nauki szczególnie mocno była akcentowana w polskiej przedwojennej tradycji uniwersyteckiej. Np. przez Kazimierza Twardowskiego, twórcę filozoficznej szkoły lwowsko-warszawskiej, który podkreślał, że bezinteresowne poszukiwanie prawdy zapewnia nauce i jej instytucjom niezależność. W słynnym wykładzie, pozostającym aktualnym do dziś *O dostojności uniwersytetu* wskazywał m. in., że „Uniwersytet [...] musi odgradzać się od wszystkiego, co nie służy zdobywaniu prawdy naukowej, musi przestrzegać należytego dystansu między sobą a nurtem, którym mknie około jego murów – życie dnia potocznego, zgiełk ścierających się prądów społecznych, ekonomicznych, politycznych i wszelakich innych; wśród walk i zmagania się tych najrozmaitszych prądów Uniwersytet winien trwać niewzruszenie jak latarnia morska, która wskazuje swym światłem okrętom drogę przez wzburzone fale, lecz nigdy światła swego nie nurza w samych falach. Gdyby to uczyniła, światłoby zgasło, a okręty pozostałyby bez gwiazdy przewodniej”.

⁹¹⁸ T. Kielanowski, *Odpowiedzialność uczonych. Dylemat współczesnej nauki*, op. cit., s. 43 nast.

⁹¹⁹ T. Kielanowski wskazuje tu, że od najdawniejszych czasów to właśnie potrzeby praktyczne kierowały ciekawością człowieka i dążeniem do poznania swojego środowiska. Dlatego według niego nawet u źródeł europejskiej filozofii i nauki stoją dążenia praktyczne, a filozofia grecka, wbrew tradycyjnym ujęciom, nie jest wynikiem samego bezinteresownego poszukiwania prawdy.

⁹²⁰ T. Kielanowski, *Odpowiedzialność uczonych. Dylemat współczesnej nauki*, op. cit., s. 46.

to jednak jego publikacje mają na celu przeciwdziałanie niekorzystnym tendencjom – tak chyba należy odczytywać jego intencje. Uważa on, że do wielu zagadnień, głównie społecznych, związanych z nauką, trzeba podejść inaczej. Zasadniczą kwestią jest ukazywanie moralnego oblicza nauki. Nie jest ona przedsięwzięciem prywatnym i nie realizuje się w społecznej próżni, czy jak dawniej, w zaciszu gabinetu uczonego. W działalności naukowej moralnemu wartościowaniu – wskazywał Kielanowski – podlegają przede wszystkim intencje, cele. Natomiast następstwa, mogą być przypadkowe, niezamierzone i niezawinione⁹²¹.

Właściwym i ostatecznym celem wszelkiej działalności naukowej jest oczywiście dążenie do poznania tzw. prawdy obiektywnej. Jednakże głównym motywem badacza może być dążenie do prawdy utylitarnej, praktycznie przydatnej, albo też chęć poznania prawdy dla samego zaspokojenia ciekawości. Zdaniem Kielanowskiego jednak cele nauki nie powinny być tylko i wyłącznie teoretyczne, mimo że odkrycia dokonane przy okazji prowadzenia badań wyłącznie poznawczych zwykle prędzej czy później okazują się praktycznie ważne. Ze szczególną mocą podkreślał praktyczne znaczenie i wykorzystanie nauki.

Kielanowski poddawał krytyce wywodzące się z platońskiej tradycji utożsamianie prawdy i dobra (a takie tendencje odnajdował m. in. w postawach bezgranicznej wiary w możliwości nauki). Jako że wartości te przynależą do różnych obszarów – poznania i moralności – to należy uznać, że w tym sensie prawda naukowa sama w sobie jest amoralna⁹²². Jednak w rzeczywistości właściwie nie istnieje taka czysta prawda, całkowicie wolna od powiązań z praktyką. Kielanowski odwołuje się tutaj do marksistowskiego rozumienia prawdy, gdzie jej kryterium jest właśnie kategoria *praxis*. W artykule „Nauka i odpowiedzialność. Problem widziany oczyma lekarza” przyznaje również, że zasadniczy wpływ na jego podejście do nauki ma praktyka i pragmatyczne nastawienie lekarza klinicysty, w której praca badawcza połączona jest nierozdzielnie z działaniem – a w medycynie klinicznej to właśnie ono dostarcza bodźców i motywów do pracy naukowej, a także stanowi sprawdzian dla formułowanych tez⁹²³.

Jednym z zasadniczych poglądów Kielanowskiego dotyczących uprawiania nauki współczesnej, jest myśl wyrażona przez oryginalne pojęcie „neoantropocentryzm nauki”. Odrzucając antropocentryzm uzasadniany teologicznie, wskazuje na potrzebę nowego antropocentryzmu. Uważa, że „ludzkość sama jest kowalem swojego losu” i jest całkowicie odpowiedzialna za swoje dalsze trwanie na ziemi i za jego jakość, mimo że człowiek nie jest żadnym centrum wszechświata.

Ten nowy antropocentryzm głosi m. in., że „celem nauki jest nie tylko poznanie prawdy, ale także podporządkowanie jej człowiekowi, ponieważ prawda naukowa sama w sobie nie jest ani dobra, ani zła. Natomiast znajomość prawdy posiada dla człowieka

⁹²¹ Ibidem, s. 134.

⁹²² Ibidem, s. 124.

⁹²³ T. Kielanowski, *Nauka i odpowiedzialność. Problem widziany oczyma lekarza*, „Kultura” 1969, nr 27, s. 8.

ogromną wartość dopiero wtedy, kiedy mu służy”⁹²⁴ – czyli kryterium wartości moralnej prawdy naukowej jest jej pożytek. Podczas wspomnianego wykładu inauguracyjnego w 1964 r. mówił: „Chodzi więc o to, by prace uczonych hojnie finansowane i otaczane szacunkiem, całkiem świadomie służyły ludzkości; by uczeni przestali się upajać pojęciem amoralności prawdy, natomiast sami dbali o to, by wyniki ich pracy mogły wyłącznie ludzkości służyć, nigdy zaś i przez nikogo nie być użyte przeciw człowiekowi. Uczeni muszą się czuć odpowiedzialni za następstwa wdrażania w życie osiągnięć nauki, tak by owe następstwa nie rodziły cierpień ani sytuacji na pograniczu katastrofy⁹²⁵. Wskazywał tu jednocześnie, że jedną z zasadniczych dróg do tego wiodących jest odnalezienie jedności w nauce, odnalezienie wspólnego języka. Przedstawiciele różnych dziedzin muszą sobie uświadomić, „że jedność nauki nie wynika tylko z jedności materii i praw nią rządzących, do których poznania podążają różnymi drogami, ale z jedności celu, jakim jest los człowieka. Nie chodzi o ciasny praktycyzm ani utylitaryzm, chodzi o dalsze istnienie ludzkości, o postęp nie tylko techniczny, ale przede wszystkim moralny...”⁹²⁶.

Zdaniem Kielanowskiego u źródeł odpowiedzialności pracowników nauki leży kwestia czy i na ile naukowe prawdy, których poszukują, służą dobru człowieka i społeczeństwa. W uzdrowieniu nauki istotne znacznie ma ukazanie i zdanie sobie sprawy z tej odpowiedzialności. Przyjmuje, że problemem otwartym i dyskusyjnym jest dylemat, czy prawdy naukowe mają moralny sens dopiero po praktycznym ich zastosowaniu czy też również w jakiś sposób można się go doszukiwać w samym ujawnieniu ich przez uczonych. Wskazuje jednak, że „niektóre odkrycia zmieniły moralne oblicze świata przez sam fakt ich dokonania, bez jakichkolwiek prób praktycznego wykorzystania”⁹²⁷, jak chociażby w przypadku Kopernika czy Darwina.

Zasada odpowiedzialności za następstwa swojej pracy obowiązuje każdego człowieka, tym bardziej więc powinna obowiązywać przedstawiciele nauki, gdyż stanowią elitę intelektualną i dysponują ogromną potęgą. Zdaniem Kielanowskiego powinni być moralnie odpowiedzialni (poza oczywistą kwestią rzetelności swoich studiów) za bezpośrednie i pośrednie następstwa badań i odkryć, za ich treść, a nie tylko za motywy ich podejmowania i stawiane sobie cele, co ewidentnie podlega ocenie moralnej. Pisał, w związku z tym, że byłby skłonny obciążyć, w pewnym sensie, ludzi nauki „za wszystko, co czynią, za intencje ich prac, za wyniki przewidywane przez nich, a także za wyniki i następstwa nieprzewidywane, bo powinni umieć je przewidzieć, a przynajmniej starać się je przewidzieć”⁹²⁸.

Tak jak i dawniej, rozwój nauki zależy w znacznym stopniu od mecenatu finansującego badania. Zmienił się on jednak zasadniczo i stanowi go przede wszystkim

⁹²⁴ T. Kielanowski, *Odpowiedzialność uczonych. Dylemat współczesnej nauki*, op. cit., s. 129.

⁹²⁵ T. Kielanowski, *Jedność nauki i neo-antropocentryzm*, op. cit., s. 291.

⁹²⁶ Ibidem.

⁹²⁷ T. Kielanowski, *Nauka i odpowiedzialność. Problem widziany oczyma lekarza*, „Kultura” 1969, nr 27, s. 8.

⁹²⁸ Ibidem.

przemysł i rządy państwowe, żądające podejmowania zagadnień uznawanych przez nich za najważniejsze. W związku z tym zadaniem naukowców, i w ich interesie, jest przedstawianie propozycji i uzasadnianie potrzeb badawczych oraz wskazywanie przewidywanych korzyści z nich wynikających. Natomiast „prawem i obowiązkiem uczonych jest odrzucanie propozycji prowadzenia takich badań, których intencje uważają za niemoralne, choćby nawet sformułowanie problemu i hipotezy odpowiadało wszelkim kryteriom naukowej poprawności”⁹²⁹.

Zasada czyniąca człowieka odpowiedzialnym zakłada jego wolność, dlatego Kielanowski z naciskiem podkreślał, że uczyony musi być wolny, by móc ponosić pełną odpowiedzialność moralną, cywilną i karną za treści swojej pracy i za jej wyniki. Aby wymagać odpowiedzialności od pracowników nauki, muszą oni mieć swobodę badań i wypowiedzi. Nie chodzi tu jednak o wolność anarchiczną. Wolność ta polega na „prawie do swobodnego głoszenia treści i wyników własnych badań, na prawie do komentowania, zgodnie z własnym sumieniem, zdobyczy nauki, na prawie głoszenia tez naukowych i postulowania potrzeby własnych badań. Granicę wolności nauki, jak każdej wolności, stanowi nienaruszalność publicznego interesu ludzkości”⁹³⁰. Wolność poznawania i głoszenia prawdy naukowej, która współcześnie teoretycznie nie jest poddawana w wątpliwość – pisał w innym miejscu Kielanowski – „zaczyna się sama z wolna przeradzać w mistyczny dogmat. W sztukę dla sztuki. W dążenie do analitycznego poznawania cząstkowych, niepowiązanych ze sobą prawd. Brak moralnej, humanistycznej myśli przewodniej nauki, brak koordynacji działań i obojętność badaczy wobec wszystkiego, co przekracza ich wąskie dziedziny pracy, stały się przyczyną tragicznego faktu, że w okresie nazywanym epoką triumfu nauki dwie trzecie ludności świata głoduje, przyroda ulega dewastacji, a odkrycia naukowe bywają wykorzystywane do masowego zabijania. Uchylenie się uczonych od moralnej odpowiedzialności wynika z nieporozumienia, wynika z mylnego przekonania, że odkrycie nowej prawdy naukowej jest czymś zupełnie odmiennym od praktycznego zastosowania jej w życiu. Może było tak w przeszłości; dziś tak nie jest”⁹³¹. Jednak bez czynnej współpracy uczonych i ich wskazówek żadne odkrycie nie może być wprowadzone w życie (np. nadużycie energii atomowej przeciw człowiekowi w 1945 r. było dziełem samych odkrywców i uczonych, od inicjatywy aż po wykonanie). Dlatego w epoce, „w której żyjemy, epoce możliwości tworzenia nieograniczonego dobra, ale także nieograniczonego zła przez naukę, ludzkość ma prawo żądania od uczonych moralnej odpowiedzialności za całą ich pracę i za wszystkie ich czyny”⁹³². Wyjaśniając zaś sens nowej antropocentrycznej postawy wskazywał, że „neoantropocentryzm nie poddaje w najmniejszym stopniu w wątpliwość zasady wolności nauki i wolności badań, ale żąda od uczonych, by mając do dyspozycji nieograniczone wprost

⁹²⁹ Ibidem.

⁹³⁰ Ibidem, 136.

⁹³¹ T. Kielanowski, *Jedność nauki i neo-antropocentryzm*, op. cit, s. 290.

⁹³² Ibidem.

poła niezbadanej przyrody, rozumnie wybierali sobie tematykę badań. Nie żywioł, nie przypadek winien decydować o dalszym rozwoju nauki, ale rozum, którego kontroli trzeba poddać wszystkie dziedziny nauki i wszelkie szczeble pracy naukowej, od planowania, poprzez wykonywanie badań, publikacje, zastosowanie w praktyce i popularyzację”⁹³³.

Powyższe wypowiedzi, wskazujące na konieczność rozumnej kontroli rozwoju nauki, są elementem jej terapii i mają zapobiegać moralnym nadużyciom. Wiąże się to u Kielanowskiego z zagadnieniem planowania i kierowania nauką w nowoczesnych społeczeństwach, które przeznaczają ogromne fundusze na realizację badań naukowych. Wobec wciąż rosnących kosztów zagadnienie planowania staje się szczególnie trudne i ważne, gdyż decyduje o kierunkach rozwoju nauki i o jej poziomie. Potrzeba poddania badań społecznej kontroli i zasadzie jawności szczególnie ostro ukazała się zarówno po doświadczeniach II wojny światowej, jak i później w związku z próbami ze środkami masowej zagłady i inżynierią genetyczną⁹³⁴.

Planowanie konieczne jest zarówno ze względu na spójność i efektywność działań jak i realizację zasady służby człowiekowi. Nie ma ono nic wspólnego u Kielanowskiego z podporządkowaniem nauki instytucjom państwa, ale miało związek z akcentowaniem znaczenia systemu kolegialnych decyzji, gdzie głos ludzi nauki byłby wiodący. Zagadnienia te wykraczają w kolejne obszary i można je tu tylko zasygnalizować. Podkreślić jednak należy, że Kielanowski stał zdecydowanie na stanowisku wolności nauki, łącząc ją z zasadą odpowiedzialności, a jej granice widział w perspektywicznie rozumianym dobru człowieka. Pojęcie planowania i kontroli społecznej nie miały u Kielanowskiego nigdy odniesień politycznych i doraźnych interesów ideologicznych. Starał się on przede wszystkim ukazać te konieczne uwarunkowania współczesnej nauki i zwrócić uwagę na jak najlepsze racjonalne rozwiązania.

Ogólne refleksje Kielanowskiego nad nauką dotyczą przede wszystkim nauk medycznych, gdyż ich historia i społeczne interakcje były mu w oczywisty sposób najbliższe i stanowiły zasadniczy element do uogólnień i wniosków. Charakterystyczne cechy medycznej pracy naukowej, które mają swój wymiar moralny, Kielanowski omawia i poddaje pod rozagę w „Etyce i deontologii lekarskiej”, w rozdziale zatytułowanym „Moralna specyfika medycznej pracy badawczej”⁹³⁵. Wychodzi tu od uściślenia pojęcia medycznej pracy naukowo-badawczej. To uściślenie jest ważne ze względu na implikacje moralne. Liczne badania i odkrycia naukowe znajdujące zastosowanie w medycynie w celach terapeutycznych lub zapobiegawczych nie są badaniami medycznymi. O medycznym charakterze badań stanowi intencja podejmowanych prac naukowych, ich cel, którym jest w najogólniejszym sensie leczenie ludzi lub zapobieganie chorobom, a nie bezinteresowne

⁹³³ Ibidem, s. 129-130.

⁹³⁴ T. Kielanowski, *Moralna specyfika medycznej pracy badawczej*, [w:] *Etyka i deontologia lekarska*, op. cit., s. 118-119.

⁹³⁵ Ibidem, s. 119 nast.

poznanie prawdy dotyczące np. struktury i funkcjonowania ludzkiego ciała. Tak więc „medyczna praca naukowo-badawcza dąży do poznania prawdy służącej utrzymaniu zdrowia człowieka i leczeniu jego chorób. Prace niesłużące temu celowi nie są pracami medycznymi, choć ich wyniki i zdobycze mogą być, i nieraz bywają, przez medycynę wykorzystywane”⁹³⁶. Chodzi wobec tego o praktyczne konsekwencje poznania, co Kielanowski zdecydowanie podkreślał, wskazując na bezzasadność poglądów w teorii nauki umniejszających wartość tych dziedzin, dla których aspekt praktyczny, instrumentalny ma decydujące znaczenie. Specyfikę medycznych badawczych prac w stosunku do wszelkich innych, według niego, stanowi ich „jawny antropocentryzm i utylitaryzm”⁹³⁷.

Ocenie moralnej podlega właśnie ten praktyczny wymiar motywu, a kryterium oceny jest działanie na rzecz dobra człowieka w ogóle (jego zdrowia, życia, minimalizacji cierpienia i in.), a nie dobra partykularnego np. określonych grup społecznych. O moralnym obliczu medycznej pracy badawczej decyduje z jednej strony wartość moralna motywu (celu badań), a z drugiej – moralna poprawność środków, stosowanych metod badań prowadzących do tego celu. Wbrew maksymie Machiavellego – cel nigdy nie może uświęcać środków. Zagadnienie to w szczególności dotyczy eksperymentów medycznych z udziałem człowieka. Tak jak w przypadku innych nauk prawda naukowa sama w sobie nie zwiera kwalifikacji moralnych, natomiast badania, w odniesieniu do ich celu, przebiegu i formułowania wniosków, podlegają ocenie nie tylko ze względu na ich poprawność metodologiczną, ale wartość moralną, która w przypadku nauk medycznych jest wyjątkowo ważna.

Wynika z tego konieczność samoograniczeń badań na terenie medycyny ze względu na niezbędne tu respektowanie zasad moralnych. Tak więc ograniczeniom dyktowanym dobrem człowieka podlegają nie tylko metody, ale i tematy prac medycznych⁹³⁸. Kielanowski pisał „moralność motywu badań naukowych stanowi dziś już na pewno ograniczenie wolności wszelkich medycznych, a może także innych badań naukowych, a więc i wolności nauki [...]. Granicą wolności poszukiwań prawdy naukowej staje się dobro człowieka, a wolność anarchiczna, niczym nie ograniczona, oczywiście wolność badań, a nie interpretacji wyników będzie w przyszłości w taki lub inny sposób ograniczona i na pewno nie będzie anarchiczna”⁹³⁹.

Ze sferą motywacji wiąże się także wyróżniająca pracę naukową w medycynie „specyfika inspiracji”⁹⁴⁰, jak ją określa Kielanowski, odnosząca się już nie tyle do ogólnych celów prac naukowych, ile bardziej intencji badaczy. Inspiracją dla badań naukowych, według Kielanowskiego, może być wszystko to, co niejasne, tak w zakresie rozpoznania, jak i leczenia, a najcenniejszym bodźcem jest współczucie. Wielokrotnie podkreślał, idąc za Biegańskim, że lekarz, który interesuje się w sposób chłodny zjawiskiem choroby, który

⁹³⁶ Ibidem, s. 124.

⁹³⁷ Ibidem.

⁹³⁸ Ibidem.

⁹³⁹ Ibidem, s. 118.

⁹⁴⁰ Ibidem, s. 121.

chorym nie współczuje, nie jest dobrym lekarzem, a często staje się gorszym i mniej twórczym badaczem. A przecież zadaniem każdego lekarza jest szukanie sposobów przyniesienia ulgi pacjentom, zmniejszenia ich cierpienia⁹⁴¹. Zasadniczym warunkiem twórczych i sensownych pomysłów badawczych jest praca w stałym kontakcie z chorymi, niezależnie czy w lecznictwie otwartym, czy zamkniętym, a nie posiadanie dyplomu. Także lekarze specjalizujący się w naukach teoretycznych czy zagadnieniach ochrony zdrowia i organizacji służby zdrowia powinni mieć stały kontakt z praktyką lekarską⁹⁴². Jej brak grozi niebezpieczeństwem utraty właściwej dla lekarza perspektywy, jaką jest dobro chorego.

Konkretne decyzje badawcze pracowników nauki są oczywiście zwykle uwarunkowane różnymi pozamedycznymi motywami – ambicjami, karierą naukową, potrzebą uznania, korzyściami materialnymi (zwłaszcza, jeśli stoi za nimi przemysł farmaceutyczny). Kielanowski przestrzegał, że jeżeli pierwszoplanowym, czy wręcz jedynym motywem są kwestie pozamedyczne i działania badawcze wynikające z „zamówienia” to istnieje duże niebezpieczeństwo nierzetelności wniosków przedstawianych przez autora pracy⁹⁴³. Obowiązujące każdego pracownika nauki: rzetelność, skrupulatność pracy i nie pomijanie żadnych najmniejszych wątpliwości, w szczególności dotyczy prowadzących medyczne prace badawcze, z racji tego, że wyniki mogą wpływać na sposób lekarskiego postępowania w praktyce⁹⁴⁴.

Czynnikiem współdecydującym o moralnym obliczu medycznych badań naukowych jest przebieg i forma ich przeprowadzania, czyli stosowane metody. Zasadniczo chodzi tu o naukowe badania z udziałem człowieka⁹⁴⁵, często nazywane eksperymentem medycznym, bez czego trudno byłoby wyobrazić sobie medycynę współczesną. Aczkolwiek i dawniej każdy zabieg wykonany po raz pierwszy czy zastosowanie nowego leku był na początku eksperymentem, chociaż nie eksplikowano tej problematyki. Wraz z rozwojem nauk medycznych upowszechniły się badania i doświadczenia przeprowadzane na zwierzętach, jednakże okazało się, że nie są one wystarczające, gdyż mimo znaczącego podobieństwa i analogii, istnieją jednak poważne różnice w strukturze biologicznej i funkcjonowaniu organizmu człowieka i poszczególnych gatunków zwierząt.

⁹⁴¹ Ibidem; por. T. Kielanowski, *Propedeutyka medycyny*, op. cit., s. 22.

⁹⁴² T. Kielanowski wskazuje, że oderwanie od kontaktu z chorymi bywa czasem przyczyną błędów popełnianych przez administratorów służby zdrowia, czego przykładem mogą być tendencje do nakazowego stylu w ochronie zdrowia czy też prób stosowania różnego rodzaju przymusów. Zagadnienie to wykracza poza poruszaną tu problematykę, jednak jest dla Kielanowskiego bardzo ważne.

⁹⁴³ Zwracał tu również uwagę na problem związany z oceną dorobku naukowego, opierającej się na ilości publikacji, co stwarza niebezpieczeństwo niedostatecznej ich jakości oraz wybierania tematów łatwiejszych, a nawet powtarzania spraw omawianych już przez innych. Ibidem, s. 120.

⁹⁴⁴ Ibidem, s. 120; Kielanowski przytacza m. in. przykład dramatu związanego z preparatem Talidomid, kiedy w pracach oceniających pozytywnie jego wartość zabrakło informacji o niewykonanych badaniach. Preparat przeszedł rutynowe testy na toksyczność na zwierzętach, ale nie przeprowadzono badań na mutagenność.

⁹⁴⁵ Problematyka moralna dotyczy również doświadczeń na zwierzętach, ale Kielanowski tą tematyką się nie zajmował.

Doniosłość zagadnienia eksperymentu medycznego odkryto z całym dramatyzmem w wyniku ujawnienia, po zakończeniu II wojny światowej, prawdy o zbrodniczych doświadczeniach hitlerowskich lekarzy, głównie na więźniach obozów koncentracyjnych. Dokonało się to zasadniczo za sprawą procesu norymberskiego⁹⁴⁶, który poruszył całą opinię światową, ale jednocześnie ujawnił fakty innych, wcześniejszych doświadczeń medycznych z udziałem człowieka, które budziły wątpliwości natury moralnej⁹⁴⁷. Kielanowski wielokrotnie poruszał wątek zbrodniczych eksperymentów lekarzy III Rzeszy⁹⁴⁸. Wydarzenia, wobec których trudno było milczeć, wywarły silne piętno na jego wrażliwości lekarza i człowieka. Ukazały jednocześnie skomplikowaną problematykę moralną, związaną z warunkami prowadzenia doświadczeń na człowieku.

W 1947 r. Sąd Norymberski w uzasadnieniu wyroku wydał dokument w sprawie dopuszczalności doświadczeń na ludziach – wyrażony w formie 10 zasad i zwany w związku z tym „Dekalogiem Norymberskim” (lub Kodeksem Norymberskim). Stał się on podstawą późniejszych unormowań wyznaczających standardy w tym zakresie. Formułował on zalecenia dotyczące m. in. świadomej zgody uczestnika eksperymentu, jego bezpieczeństwa i ochrony, dobra i korzyści dla człowieka, kompetencji zespołu prowadzącego badania, możliwości wycofania się podmiotu badań i wstrzymania eksperymentu. Był on wyrazem wypośrodkowanego stanowiska wobec dopuszczalności bezpośrednio nieterapeutycznych eksperymentów pod ściśle określonymi warunkami. Bardziej rygorystyczną była np. koncepcja francuska, która jeszcze po Norymberdze uznawała takie nieterapeutyczne eksperymenty za działania nielegalne i przestępcze. Natomiast w doktrynie niemieckiej przeważało stanowisko o prawie lekarza do podjęcia eksperymentów na człowieku w każdym wypadku, gdy jest to uzasadnione interesem nauki lub społecznym⁹⁴⁹

⁹⁴⁶ Proces ten toczył się w Norymberdze przed Amerykańskim Trybunałem Wojskowym od października 1946 r. i zakończył się wyrokiem wydanym w dniach 19-20 sierpnia 1947 r. Na jego podstawie skazanych zostało 16 oskarżonych lekarzy (w tym 7 profesorów uniwersytetu), z czego siedmiu lekarzy na karę śmierci przez powieszenie, pięciu na karę dożywotniego więzienia, kilku na wieloletnie więzienie. Siedmiu lekarzy zostało uniewinnionych. Za: J. Bogusz, *Zasady deontologiczne związane z postępami wiedzy lekarskiej*, [w:] *Etyka i deontologia lekarska*, op. cit., s. 79.

⁹⁴⁷ obrońcy oskarżonych (m. in. prof. Karla Brandta – naczelnego lekarza III Rzeszy) zebrali wówczas materiał przedstawiający doświadczenia dokonywane głównie przez badaczy amerykańskich na więźniach, poddając tym samym w wątpliwość dobrowolną zgodę więźniów. Przedłożono obszerne studium opracowane przez prof. Luxemburga i dr. Halbacha pt. *Doświadczenia na ludziach w literaturze światowej*, będące wówczas najbardziej pełnym i systematycznym zestawieniem w tej materii. W czasie procesu doszło do poważnej różnicy zdań między biegłymi. Zob. J. Bogusz, *Zasady deontologiczne związane z postępami wiedzy lekarskiej* [w:] *Etyka i deontologia lekarska*, op. cit., s. 79; por.: J. Sawicki, *Przymus leczenia, eksperyment, udzielanie pomocy i przeszczep w świetle prawa*, Warszawa 1966.

⁹⁴⁸ Zob. m. in.: T. Kielanowski, *Prof. dr Karl Brandt – zbrodniarz wojenny*, „Służba Zdrowia” 1958, nr 6, s. 3; T. Kielanowski, *Potępienie zbrodnie*, „Służba Zdrowia” 1958, nr 18, s. 4; T. Kielanowski, *Przestępcy czy bohaterzy? (Lekarze – więźniowie sabotażyści z Dachau)*, „Argumenty” 1962, nr 42, s. 1 i 8.

⁹⁴⁹ Zob. J. Sawicki, *Przymus leczenia, eksperyment, udzielanie pomocy i przeszczep w świetle prawa*, op. cit., s. 195 nast. Książka Sawickiego była jednym z pierwszych obszerniejszych studiów nad prawną (ale także moralną) problematyką związaną z badaniami medycznymi z udziałem człowieka. Sawicki w sposób bardzo precyzyjny prezentuje zagadnienia związane z eksperymentem badawczym („biologicznym”). Praca nie uwzględniała jeszcze Deklaracji Helsińskiej, a jedynie projekt zasad sformułowany na XIV zjeździe Światowego Stowarzyszenia Lekarzy (WMA).

– aczkolwiek Kielanowski podkreślał, że to właśnie Niemcy mogą poszczycić się jednym z pierwszych aktów prawnych (z 1931 r.) mającym za zadanie zapobieganie możliwości błędu lub nadużycia w próbnym, eksperymentalnym stosowaniu nowego leku u człowieka⁹⁵⁰.

Pomimo tragicznych doświadczeń drugiej wojny światowej i wysiłków zmierzających do określenia warunków dopuszczalności doświadczeń medycznych z udziałem człowieka przeprowadzano nadal badania wywołujące wątpliwości natury moralnej. Szczególnie wiele zastrzeżeń i niepokoju zaczęły wzbudzać badania podejmowane na dzieciach w zakładach dla upośledzonych, psychicznie chorych w zakładach psychiatrycznych oraz na więźniach⁹⁵¹. Po siedemnastu latach, w 1964 r. w Helsinkach Światowe Stowarzyszenie Lekarzy (*World Medical Association*) uchwaliło zbiór zasad dotyczących przeprowadzania badań medycznych z udziałem ludzi zwany „Deklaracją Helsińską”, która od tej pory zaczęła pełnić i pełni nadal rolę swego rodzaju światowej konstytucji w tej dziedzinie, mimo wielości różnych dokumentów podejmujących i regulujących tę problematykę⁹⁵². Kilkakrotnie uległa ona zmianom redakcyjnym (ostatnia, obowiązująca nowelizacja pochodzi z 2008 r. i przyjęta została w Seulu na 59. Zjeździe WMA).

Problematyka badań z udziałem człowieka od początku prób jej regulacji wikłała się w liczne trudności. W związku z tym „Deklaracja Helsińska” z 1964 r. przyjęła i ugruntowała na bardzo wiele lat podział na eksperyment leczniczy (kliniczny) oraz eksperyment badawczy, charakteryzujące się odpowiednio „badaniami klinicznymi połączonymi z leczeniem chorych” i „badaniami klinicznymi prowadzonymi w celach nieterapeutycznych”. Rozróżnienie to zostało powszechnie zaakceptowane, znajdując odzwierciedlenie w różnych dokumentach deontologicznych i prawnych⁹⁵³. Za linię odgraniczającą oba rodzaje doświadczeń uznano cel, do którego zmierza. Eksperyment leczniczy ma w stosunku do pacjenta cel zdecydowanie diagnostyczny lub terapeutyczny i służy poprawie jego zdrowia, jest przeprowadzany w interesie konkretnego pacjenta. Eksperyment badawczy stawia sobie „cel czysto naukowy,

⁹⁵⁰ Było to pismo okólne Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, dotyczące „wytycznych dla leczenia według nowych metod oraz dla podejmowania doświadczeń naukowych na człowieku” z 1931 r. Jego treść kładła główny nacisk na konieczność uzyskania świadomej zgody osoby, u której ma być stosowany nowy lek dla dobra jej samej lub dla dobra nauki. Za: T. Kielanowski, *Odpowiedzialność uczonych*, op. cit., s. 102.

⁹⁵¹ Zob. J. Bogusz, *Zasady deontologiczne związane z postępowaniem wiedzy lekarskiej* [w:] *Etyka i deontologia lekarska*, op. cit., s. 81 nast.

⁹⁵² Do bardzo ważnych, międzynarodowych dokumentów należą m. in.: *Raport z Belmont z 1979 r.* oraz *Zasady dobrej praktyki badań klinicznych z 1996 r.* wydane przez Międzynarodową Konferencję ds. Harmonizacji (ICH).

⁹⁵³ *Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jednolity)* eksperymentowi medycznemu poświęca czwarty rozdział i w art. 21. stanowi: „1. Eksperyment medyczny przeprowadzany na ludziach może być eksperymentem leczniczym lub badawczym. 2. Eksperymentem leczniczym jest wprowadzenie przez lekarza nowych lub tylko częściowo wypróbowanych metod diagnostycznych, leczniczych lub profilaktycznych w celu osiągnięcia bezpośredniej korzyści dla zdrowia osoby leczonej. Może on być przeprowadzony, jeżeli dotychczas stosowane metody medyczne nie są skuteczne lub jeżeli ich skuteczność nie jest wystarczająca. 3. Eksperyment badawczy ma na celu przede wszystkim rozszerzenie wiedzy medycznej. Może być on przeprowadzany zarówno na osobach chorych, jak i zdrowych. Przeprowadzenie eksperymentu badawczego jest dopuszczalne wówczas, gdy uczestnictwo w nim nie jest związane z ryzykiem albo też ryzyko jest niewielkie i nie pozostaje w dysproporcji do możliwych pozytywnych rezultatów takiego eksperymentu

to znaczy pozbawiony w stosunku do obiektu doświadczenia jakiegokolwiek bezpośredniej wartości diagnostycznej lub leczniczej⁹⁵⁴; ma więc charakter czysto poznawczy i służy rozszerzeniu wiedzy naukowej. W praktyce występują najczęściej eksperymenty o charakterze mieszanym – lekarz przy sposobności zabiegów natury leczniczej zmierza równocześnie do osiągnięcia postępów w naukowym poznaniu. Zwykle przyjmuje się, że do uznania terapeutycznego charakteru doświadczenia wystarczy tendencja do jednoczesnego działania na korzyść osoby mu poddanej⁹⁵⁵.

Wydawało się, że rozróżnienie eksperymentu medycznego na leczniczy i badawczy, przyjęte w ustaleniach helsińskich (choć w redakcji z 2000 r. zrezygnowano z tego dychotomicznego podziału), pozwoli na uniknięcie przynajmniej niektórych trudności. Wątpliwości budziło jednak nie tylko definicyjne rozróżnienie tych działań, ale także określenie samej istoty i zakresu doświadczeń na ludziach i wszelkie kwestie natury medycznej, prawnej i moralnej. Wiele kłopotu sprawia również przyjęcie jednolitej terminologii wobec zróżnicowania typów i metod badań naukowych w medycynie⁹⁵⁶.

Kielanowski zagadnieniami związanymi z badaniami zajmował się najwięcej w okresie między procesem norymberskim, a wypracowaniem dokumentu helsińskiego. Zawsze podkreślał, że w naukach medycznych, wobec niewystarczalności doświadczeń na zwierzętach, nie można się wyrzec eksperymentowania z udziałem człowieka, które polega na wprowadzeniu do terapii nowych lub niedostatecznie wypróbowanych leków i zabiegów, a także eksperymentów natury przede wszystkim badawczej. Rezygnacja z nich prowadziłaby do zahamowania postępu w leczeniu i profilaktyce. Jednak tak jak w odniesieniu do medycyny w ogóle, tak w przypadku doświadczeń medycznych zasadniczą sprawą jest troska o dobro badanej osoby i musi przeważać nad wszelkimi innymi względami.

Dyskusję w Polsce nad tymi zagadnieniami wywołał m. in. artykuł Ludwika Flecka „W sprawie lekarskich doświadczeń na ludziach”⁹⁵⁷ z 1948 r., gdzie argumentował za koniecznością coraz szerszego eksperymentowania, wskazując na rosnące zapotrzebowanie na tego typu prace badawcze. Obejmowałyby one wiele różnorodnych zagadnień (np. z zakresu fizjologii, endokrynologii, patologii, toksykologii). „Doświadczenia na ludziach – pisał L. Fleck – robi się od dawna i wielu klasycznych bohaterów nowoczesnej medycyny robiło nieraz takie doświadczenia. Robili je na kolorowych tubylcach w koloniach, w cichych przytułkach dla sierot, w zamkniętych szpitalach dla obłąkanych i nieuleczalnych oraz

⁹⁵⁴ *Deklaracja Helsińska*, [w:] A. Tulczyński, *Deontologia lekarska. Wybrane materiały do seminariów*, Warszawa 1983, s. 169 nast.

⁹⁵⁵ Zob. J. Sawicki, *Przymus leczenia, eksperyment, udzielanie pomocy i przeszczep w świetle prawa*, op. cit., s. 192 nast.

⁹⁵⁶ K. Szewczyk wskazuje na cztery podstawowe przyczyny problemów terminologicznych i definicyjnych: trudności z odróżnieniem innowacyjnych procedur medycznych od samych badań naukowych, wielość i zróżnicowanie typów badań (np. badania dotyczące nowych leków, genetyczne, epidemiologiczne), etapowość i procesualny charakter badań nad poszukiwaniem nowych leków, metodologiczne zróżnicowanie badań. K. Szewczyk, *Bioetyka. Pacjent w systemie opieki zdrowotnej*, Warszawa 2009, s. 66 nast.

⁹⁵⁷ L. Fleck, *W sprawie doświadczeń lekarskich na ludziach*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1948.

w więzieniach. Niewiele się tylko o tym głośno mówi⁹⁵⁸. Rzeczywiście wokół moralnych i prawnych aspektów tego zagadnienia panowała jakby wstydliva zmowa milczenia – Fleck postulował, w związku z tym, jak najszybszą regulację i penalizację tej problematyki. Kielanowski odnosząc się do artykułu Flecka (obaj wtenczas byli pracownikami Wydziału Lekarskiego UMCS w Lublinie) i apelując o poważne zajęcie się sprawą doświadczeń z udziałem człowieka, wobec licznych trudności tej tematyki, wskazywał na konieczność poddania całego zagadnienia najpierw gruntownej dyskusji, która stanowiłaby przygotowanie do wypracowania zasad regulujących te kwestie. Proponował ponadto zwołanie ogólnopolskiego zjazdu, który winien także „odegrać rolę sumienia ludzi nauki, obciążonego ciężko, i to nie tylko zbrodniami lekarzy hitlerowskich”⁹⁵⁹.

Pierwszą w Polsce próbą opracowania lekarskiej deontologii określającej warunki badań i prób klinicznych z udziałem ludzi były zasady przedstawione w projekcie kodeksu deontologicznego Kielanowskiego. Nie miały one oczywiście żadnej mocy sprawczej, jednak w zdecydowany sposób przyczyniły się do zainteresowania i podejmowania tej problematyki, nie tylko w środowisku lekarskim, oraz uświadomienia jej wagi.

W pierwszym powojennym kodeksie etyki lekarskiej z 1967 roku zostały one omówione w zasadzie w jednym, za to obszernym punkcie⁹⁶⁰, jednakże dotyczącym tylko eksperymentu leczniczego. Nowelizacja kodeksu, w dziesięć lat później, poświęciła temu zagadnieniu już wiele miejsca uwzględniając zapisy „Deklaracji Helsińskiej” z 1964 r. wraz z późniejszymi uzupełnieniami. Między innymi wyraźnie odróżniała eksperyment leczniczy i badawczy, określany tu odpowiednio, jako zastosowanie nowej metody, albo w celu poprawienia zdrowia lub ratowania życia, albo w celu nabycia wiadomości naukowych⁹⁶¹ i formułowała odpowiednie reguły idące za przyjmowanymi w międzynarodowych dokumentach rozwiązaniami. W tym czasie brakowało natomiast zupełnie regulacji prawnych. J. Bogusz we „Wprowadzeniu do etyki i deontologii lekarskiej” z 1980 r., pod red. Kielanowskiego (a także jeszcze w drugim wydaniu tego podręcznika) pisał: „Nie jest wskazane ujmowanie tego już dzisiaj w ramy sztywnych przepisów prawnych czy ustawowych. To będzie mogło, oczywiście w razie potrzeby, nastąpić, ale dopiero później, gdy zarówno nauka, jak i praktyka wykażą słuszność lekarskich sformułowań. Pochopne bowiem ujmowanie w sztywne ramy przepisów prawnych mogłoby spowodować rozmiękanie się przepisów z rzeczywistością”⁹⁶². Dopiero od 1985 r. problem eksperymentu medycznego znalazł wyraz w polskim prawie. Do kodeksu karnego włączono nowy przepis (art. 23 a)⁹⁶³,

⁹⁵⁸ Ibidem, s. 1052.

⁹⁵⁹ T. Kielanowski, *W sprawie artykułu prof. dra L. Flecka o doświadczeniach lekarskich na ludziach*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1948, nr 43, s. 1292-1293.

⁹⁶⁰ *Zasady etyczno-deontologiczne Polskiego Towarzystwa Lekarskiego*, op. cit. (zasada III/5).

⁹⁶¹ *Zbiór zasad etyczno-deontologicznych polskiego lekarza*, op. cit. (zasada 30).

⁹⁶² J. Bogusz, *Zasady deontologiczne związane z postępowaniem wiedzy lekarskiej*, [w:] *Etyka i deontologia lekarska*, op. cit., s. 82.

⁹⁶³ Ustawa z dnia 10 maja 1985 r. o zmianie niektórych przepisów prawa karnego i prawa o wykroczeniach, Dz.U. 1985, Nr 23, poz. 100.

który określał m. in. granice legalności eksperymentu leczniczego i badawczego. S. Raszeja wskazywał, że „należy to wydarzenie uznać za ważne, gdyż brak takiej regulacji prawnej był bardzo niepokojący, stwarzał różne złudzenia i fałszywe przekonanie o autonomii lekarza w tym zakresie”⁹⁶⁴.

Jak już wskazywano, Kielanowski wiele uwagi w projekcie kodeksu deontologicznego poświęcił zagadnieniom eksperymentu medycznego i badaniom nad nowymi metodami i środkami leczniczymi. Jego intencją nie było wypracowanie szczegółowych zasad i warunków doświadczeń medycznych z udziałem człowieka, lecz wskazanie niektórych podstawowych reguł deontologicznych obowiązujących w tym zakresie. Dokumentem prezentującym zasadnicze reguły moralne i określającym granice dopuszczalności eksperymentu lekarskiego był przez prawie dwadzieścia lat „Dekalog Norymberski”, do którego Kielanowski nawiązywał. Dokument ten dotyczył jednak przede wszystkim eksperymentów badawczych mających na celu głównie poszerzenie wiedzy medycznej.

Kielanowski w artykule „Zagadnienia etyczne i deontologiczne związane z ubocznym działaniem leków”⁹⁶⁵ z 1963 r., zgodnie z ówczesnymi tendencjami, ale jeszcze przed ustaleniami helsinkami, wyraźnie odróżnia eksperyment o charakterze leczniczym i badawczym (posługuje się wtenczas często stosowanym określeniem „eksperyment biologiczny”⁹⁶⁶), który dopuszczalny jest tylko w bardzo ściśle określonych warunkach.

We wcześniejszym o kilka lat projekcie kodeksu deontologicznego nie używa jeszcze tej terminologii. Podejmuje w nim problematykę obejmującą różne aspekty przeprowadzania badań i prób medycznych, określanych tu jako: „doświadczenia naukowe” z udziałem zdrowych ochotników oraz „stosowanie nowych i niewypróbowanych dostatecznie środków medycznych”, które mogą mieć charakter wyłącznie terapeutyczny lub też poznawczy, albo przede wszystkim poznawczy, służący poszerzeniu wiedzy. Wtedy staje się eksperymentem naukowym *sensu stricto*.

W odniesieniu do chorych uczestników badań przyjmuje generalną regułę: „w wypadkach chorób, dających się wyleczyć przy pomocy środków lub zabiegów znanych i wypróbowanych, nie wolno lekarzowi w celach wyłącznie naukowych (podkr. autora) stosować środków nowych i niewypróbowanych” (zasada 49). Jak z tego wynika, w celach terapeutycznych, gdzie głównym motywem jest działanie na rzecz pacjenta, np. przez stosowanie nowych leków, wolno niejako przy okazji czynić uogólnienia i prowadzić obserwacje naukowe. Istnieją natomiast od tej reguły odstępstwa – jak głosi dalsza część tej

⁹⁶⁴ S. Raszeja, *Etyka badań naukowych*, [w:] *Wybrane zagadnienia z etyki lekarskiej z elementami prawa w medycynie*, pod red. J. Suchorzewskiej, M. Michowskiej, Gdańsk 2006, s. 138.

⁹⁶⁵ T. Kielanowski, *Zagadnienia etyczne i deontologiczne związane z ubocznym działaniem leków*, „Biuletyn Instytutu Leków” 1963, nr 3, s. 302-311.

⁹⁶⁶ J. Sawicki definiując w tym czasie pojęcie eksperymentu biologicznego na człowieku wskazywał, że „polega na planowo przedsięwziętych czynnościach wpływających na organizm ludzki w celu empirycznego potwierdzenia teoretycznych hipotez lub poznania prawideł przyrody, które w ogóle nie są znane lub poznane są tylko w sposób niedostateczny”. Za: J. Sawicki, *Przymus leczenia, eksperyment, udzielanie pomocy i przeszczep w świetle prawa*, op. cit., s. 191.

zasady, „w wypadkach uzasadnionych i wyjątkowych wolno to jednak czynić za zgodą takiego chorego, którego wykształcenie i inteligencja są dostateczne dla zrozumienia eksperymentu” – tzn. można eksperymentować w celach głównie naukowych. Kielanowski jednak dalej nie precyzuje, co należy rozumieć przez te wyjątkowe sytuacje.

Zasadniczą kwestią dla Kielanowskiego jest świadoma zgoda osoby podlegającej badaniom medycznym. Osoba ta musi być zdolna i mieć warunki do swobodnego wyrażenia zgody lub do odmowy, po szczegółowym przedstawieniu jej informacji o eksperymencie (na co kładł ogromny nacisk „Dekalog Norymberski”⁹⁶⁷). U Kielanowskiego kwestia jej wymogu jest zróżnicowana – w przypadku eksperymentów badawczych, jest ona bezwzględna koniecznością, a osoby poddane doświadczeniu muszą być w sposób pełny poinformowane także o celach badań i o ich uzasadnieniach społecznych lub naukowych (zasada 54). Natomiast w przypadku prób terapeutycznych uzależnione jest to od zaawansowania choroby pacjenta. W jego ujęciu w chorobach uchodzących za nieuleczalne „wolno stosować wszelkie nowe, a rozsądne środki i zabiegi, bez informowania o tym chorego, jednakowoż za wiedzą dyrektora szpitala, specjalisty wojewódzkiego lub innego przełożonego lekarza” (zasada 50). Tak więc można dopuścić eksperymentalne zastosowanie nowego środka u człowieka bez informowania i pytania o zgodę. Jak będzie wyjaśniał w innym miejscu – dotyczy to sytuacji, kiedy wyczerpano już wszystkie istniejące i znane sposoby leczenia, a stan chorego jest ciężki i nie wróży poprawy. Środek ten, wypróbowany wcześniej dostatecznie na zwierzętach, pozwala na przewidywanie jakiejś jego skuteczności – chociażby niewielkiej⁹⁶⁸. Wyjątek stanowią także sytuacje nagłe, w przypadku których lekarz zawsze postępuje zgodnie ze swoim sumieniem (zasada 51), we wszystkich innych – wymagane jest świadome rozeznanie i zgoda osoby, u której stosuje się nowe leki czy metody⁹⁶⁹.

Zasada 50. nasuwa jednak wiele wątpliwości, pomijając nawet kwestię, czy Kielanowski tę sytuację traktuje w kategoriach eksperymentu. Jest także sprzeczna z innymi jego poglądami. Szczególnie w późniejszych publikacjach wskazywał na autonomię chorego, na bezwzględne prawo człowieka do odmowy wszelkich form leczenia. Nie tylko brak potrzeby wyrażenia zgody, ale nawet brak informacji o podjętych działaniach, które są nowatorskie i mają znamiona eksperymentu i zawsze obarczone są ryzykiem, wykluczają prawo do samostanowienia. Świadczy to o pewnej ewolucji jego stanowiska. Proponowany tu zapis byłby wyrazem jeszcze bardzo paternalistycznego podejścia do chorego. Lekarz ma swobodę wyboru metody leczenia, nawet eksperymentalnego i w imieniu pacjenta stara się podjąć rozsądną decyzję. Dzisiejsze regulacje deontologiczne i prawne, niezależnie od formy

⁹⁶⁷ *Dekalog Norymberski* podkreślał absolutny wymóg bezpośredniej zgody i wykluczał zgodę upoważnioną, której zakres coraz bardziej poszerzały kolejne nowelizacje *Deklaracji Helsińskiej*. Tadeusz Kielanowski wątku zgody zastępczej nie podejmował.

⁹⁶⁸ *Ibidem*, s. 306.

⁹⁶⁹ Zob. T. Kielanowski, *Propedeutyka medycyny*, op. cit., s. 76.

studiów medycznych (eksperymentu) zawsze podkreślają konieczność pełnej informacji i odpowiednio wyrażonej zgody (w uzasadnionych przypadkach zgody zastępczej)⁹⁷⁰.

Obok zasadniczo, niezbędnej zgody osoby poddanej doświadczeniu, Kielanowski podkreślał konieczność wyrażenia zgody na doświadczenia medyczne przez odpowiednie ciało kolegialne (radę naukową instytutu badawczego lub radę wydziałową uczelni medycznej) stwierdzające ich naukowe uzasadnienie oraz poprawność. Wskazanie na potrzebę powoływania odpowiednich, jednakże niezależnych komitetów oceniających planowane badania i próby medyczne i pełniących nadzór nad założeniami i zgodnością z zasadami etyki, znalazło wyraz dopiero w zmienionej wersji *Deklaracji Helsińskiej* z 1975 r. w Tokio. W polskim kodeksie deontologicznym zapis dotyczący organów powoływanych w celu sprawowania pieczy nad przeprowadzanymi eksperymentami został wprowadzony w znowelizowanej wersji z 1977 r.⁹⁷¹. Rzecznikiem powołania odpowiednich komisji był m. in. prof. Kornel Gibiński, który przedstawiał również projekt systemu kontroli eksperymentów na ludziach. Jednym z pierwszych takich ciał kolegialnych w Polsce był powołany przez Senat Akademii Medycznej w Gdańsku „Zespół ds. deontologicznej oceny badań naukowych” działający w ramach Komisji Nauki od października 1978 r.⁹⁷² – w tym czasie Kielanowski był już na emeryturze.

Umieszczenie w projekcie kodeksu kilku zasad dotyczących medycznych badań naukowych z udziałem zdrowych ochotników wskazuje, że dla Kielanowskiego stanowiło to niezwykle ważki problem i ukazuje jego perspektywiczne podejście (pierwsze sformułowanie kodeksu deontologicznego z 1967 r. odnosiło się jedynie do eksperymentu leczniczego obejmującego tylko chorych). Wydaje się, że uwypuklenie tej problematyki wiązało się z różnymi i odmiennymi praktykami budzącymi moralne wątpliwości,

⁹⁷⁰ Obowiązująca obecnie w Polsce *Ustawa o zawodzie lekarza* z dnia 5 grudnia 1996 r. (Dz.U. 1997, Nr 28 poz. 152) wskazuje (Art. 24. 1.): „Osoba, która ma być poddana eksperymentowi medycznemu, jest uprzednio informowana o celach, sposobach i warunkach przeprowadzenia eksperymentu, spodziewanych korzyściach leczniczych lub poznawczych, ryzyku oraz o możliwości odstąpienia od udziału w eksperymencie w każdym jego stadium. (Art. 25. 1.) Przeprowadzenie eksperymentu medycznego wymaga pisemnej zgody osoby badanej mającej w nim uczestniczyć. W przypadku niemożności wyrażenia pisemnej zgody, za równoważne uważa się wyrażenie zgody ustnie złożone w obecności dwóch świadków. Zgoda tak złożona powinna być odnotowana w dokumentacji lekarskiej”.

Natomiast *Deklaracja Helsińska* (ze zmianami z 2008 r. w Seulu) podaje w pkt. 24., że „We wszystkich badaniach medycznych przeprowadzanych na ludziach, każdy potencjalny uczestnik musi być należycie poinformowany o celach, metodach, źródle finansowania, możliwych sprzecznościach interesów, instytucjonalnej przynależności badacza, oczekiwanych korzyściach i potencjalnym ryzyku związanym z eksperymentem, a także o dyskomforcie, jaki on ze sobą niesie. Potencjalny uczestnik musi być poinformowany o prawie do odmowy udziału w badaniu lub wycofania zgody na uczestnictwo w każdej chwili, bez żadnych konsekwencji”.

⁹⁷¹ Zasada 34 podawała: „nadzór nad założeniami, programem i zgodnością z zasadami etyczno-deontologicznymi stosowania nowych metod i leków w celu zdobycia wiadomości naukowych, sprawują powołane do tego organy”.

⁹⁷² Później, w 1982 r., minister zdrowia powołał Komisję Nadzoru nad Dokonywaniem Badań na Ludziach przy Radzie Naukowej MZiOS. Na podstawie ustalonego regulaminu ta komisja centralna powołała w 1985 r. komisje terenowe o tej samej nazwie, działające przy poszczególnych akademiach medycznych. Od 1991 r. w całej Polsce przemianowana została nazwa tej komisji na Komisję Etyki Badań Naukowych. Z kolei nowa Ustawa o zawodzie lekarza z 1996 r. wprowadziła nową nazwę – komisja bioetyczna, oraz inny tryb jej powoływania.

w szczególności w kwestiach dotyczących zasad doboru osób do badań i kwestii absolutnej dobrowolności. W zasadzie 52 zapisał: „Przeprowadzanie doświadczeń naukowych, dotyczących zapobiegania chorobom, żywienia, a nawet leczenia zespołów ludzkich, nie może odbywać się nigdy, nawet za zgodą zainteresowanych na żołnierzach w służbie czynnej, dzieciach wychowywanych w zakładach ani więźniach”.

Podejście Kielanowskiego do tej problematyki ukazuje także polemiczny tekst z 1957 r. skierowany do redakcji „Tygodnika Powszechnego”, w którym odnosił się do publikacji zatytułowanej „Instytut Sloan-Kettering czyli Świątynia Raka”⁹⁷³, którego autor omawiał doświadczenia na penitencjariuszach więzienia Columbus w USA, dobrowolnie godzących się na eksperyment medyczny dotyczący badań nad rakiem. Później okazało się, że były to doświadczenia niebezpieczne. Praktyka amerykańska dopuszczała wówczas eksperymentowanie w celach badawczych na osobach skazanych przebywających w więzieniach lub skazanych na karę śmierci, gdy wyrażą na to zgodę, ale także na dzieciach i umysłowo chorych, za zgodą ich opiekunów. Uzasadniając prawo do eksperymentowania na więźniach wskazywano, że osoby pozbawione wolności mogą ofiarować swój czas i siebie dla pożytku społecznego, co stanowi też okazję do zadośćuczynienia za popełnione winy. Ponadto okoliczność pobytu w jednym miejscu stwarza doskonałe warunki dla dokładnej obserwacji i ścisłej kontroli⁹⁷⁴.

Kielanowski uznając, że prowadzenie lekarskich doświadczeń na ludziach jest w obecnym stanie wiedzy nieuchronną koniecznością, zwracał jednocześnie uwagę, że zasadniczym pytaniem jest, na jakich warunkach i w odniesieniu do jakich ludzi jest ono dopuszczalne? „Człowiek poddany eksperymentowi – pisał – musi znać cel eksperymentu, doceniać jego potrzebę i posiadać pełną swobodę decydowania o swoim losie”⁹⁷⁵. Kielanowski starał się uzmysłwić, że żaden więzień nie posiada wymaganej autonomii, gdyż sam fakt przebywania w więzieniu i brzemień ciężącego na nim wyroku pozbawiają go nieskrępowanej wolnej woli i wolnej decyzji. Ponadto więzień zawsze ma nadzieję na jakieś złagodzenie więziennego reżimu, bądź samego wyroku, mimo braku jakichkolwiek obietnic oraz pozornej dobrowolności swojej decyzji. W związku z tym, dla moralnej przejrzystości – nie powinno się eksperymentować na więźniach. Podobnie przedstawia się ta kwestia w odniesieniu do żołnierzy w czynnej służbie i dzieci zakładów opiekuńczych, gdzie nawet nieświadomiona presja może skłaniać do decyzji uczestniczenia w medycznych doświadczeniach. Zasadą obowiązującą powinno pozostać, że żadnego doświadczenia nie można wykonywać na ludziach o ograniczonym możliwościach dysponowania swoim losem⁹⁷⁶. Prezentował też jasny pogląd w sprawie finansowego wynagradzania za udział w badaniach, które nie może

⁹⁷³ *Instytut Sloan-Kettering czyli Świątynia Raka*, [m.m.], „Tygodnik Powszechny” 1957, nr 40.

⁹⁷⁴ Zob. J. Sawicki, *Przymus leczenia, eksperyment, udzielanie pomocy i przeszczep w świetle prawa*, op. cit., s. 199; Sawicki podaje, że w 1948 roku w stanie Illinois powołano nawet specjalną komisję dla ustalenia reguł etycznych, dotyczących wykorzystywania więźniów dla medycznych doświadczeń naukowych, które to reguły zostały ogłoszone.

⁹⁷⁵ T. Kielanowski, *Doświadczenia medycyny a etyka*, „Tygodnik Powszechny” 1957, nr. 43, s. 7.

⁹⁷⁶ T. Kielanowski, *Propedeutyka medycyny*, op. cit., s. 77.

wiązać się z żadną gratyfikacją, ponieważ stanowiłoby poważny element presji i moralnie niedopuszczalnej zachęty, ograniczającej swobodną decyzję.

Eksperyment medyczny, jeśli jest jakąś ingerencją w organizm ludzki, niesie ze sobą zawsze pewien stopień ryzyka, niezależnie od tego, czy celem jest zbadanie struktury czy funkcji organizmu, czy też jego leczenie. Przyjmowaną ogólnie regułą jest zasada proporcjonalności między ryzykiem a korzyścią dla konkretnego chorego czy też dobra nauki i pożytku społecznego. Oczywiście niezwykle trudną do przewidzenia i „wyliczenia”, nie mniej bezwzględną koniecznością jest jego minimalizacja. Kielanowski wskazywał w związku z tym na potrzebę wypracowania określonych procedur i norm dotyczących klinicznego próbowania nowych środków. Wobec ich braku, jeszcze w artykule z 1963 r. pisał, że zasady stosowania nowych środków medycznych u ludzi „będące eksperymentowaniem na człowieku, muszą zostać poddane wnikliwej dyskusji nie tylko lekarzy, ale prawników i moralistów, a wyniku dyskusji powinny zostać opracowane normy postępowania, surowo przestrzegane”⁹⁷⁷. Ale Kielanowskiemu chodziło nie tylko o procedury, ale także o zwrócenie uwagi na odpowiedzialność lekarza przeprowadzającego próby kliniczne czy inne medyczne badania i o wyrobienie odpowiedniej wrażliwości moralnej i wyczulenie sumienia wobec osób poddanych doświadczeniu, przy zachowaniu lekarskiego prawa do rozsądnego ryzyka⁹⁷⁸. Podstawową regułą przeprowadzania eksperymentów medycznych musi pozostać ta, że doświadczeń w jakikolwiek sposób niebezpiecznych dla człowieka i jego życia w ogóle przeprowadzać nie wolno (mówiła o tym m. in. 54 zasada projektu). W przypadku prób z nowymi lekami spodziewana korzyść musi być przynajmniej porównywalna do efektów stosowania środków standardowych⁹⁷⁹.

W odniesieniu do badań niebezpiecznych w projekcie zawarł interesującą zasadę, podkreślającą wartość poświęcenia i podjęcia ryzyka w imię wspólnego dobra, niestety nieprzystającą już do dzisiejszych studiów i procedur. Mówiła ona, że „doświadczenia niebezpieczne może lekarz przeprowadzać tylko na sobie samym”, po uzyskaniu zgody odpowiednich ciał kolegialnych i przy braku sprzeciwu ze strony ministerstwa zdrowia (zasada 55)⁹⁸⁰. Kielanowski odwoływał się często do przykładów z historii medycyny, do heroicznych postaw lekarzy-badaczy⁹⁸¹, którzy eksperymentowali na sobie z pełną

⁹⁷⁷ T. Kielanowski, *Zagadnienia etyczne i deontologiczne związane z ubocznym działaniem leków*, op. cit., s. 305.

⁹⁷⁸ Ibidem.

⁹⁷⁹ Ibidem, s. 311.

⁹⁸⁰ Pełny tekst tej zasady brzmi: „Doświadczenia niebezpieczne może lekarz przeprowadzać tylko na sobie samym, a po uzyskaniu zgody Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej lub Rady Naukowej Instytutu Naukowego, zatwierdzonej przez Radę Naukową przy Ministrze Zdrowia i przy braku sprzeciwu ze strony Ministra Zdrowia”.

⁹⁸¹ Eksperymentowali na sobie głównie uczeni końca XIX i pierwszej połowy XX wieku, m. in.: bakteriolog, laureat nagrody Nobla - Ilija Miecznikow (zakażał się różnymi materiałami zawierającymi drobnoustroje chorobotwórcze); niemiecki higienista Max Pettenkofer; odkrywca prątka gruźlicy Robert Koch; Albert Calmette wypróbował na sobie nieszkodliwość szczepionki BCG; Jonasz Salk, by wykazać nieszkodliwość odkrytej szczepionki przeciw chorobie Heinego-Medina, zastosował ją po raz pierwszy u swoich dzieci. Inni badacze poddawali się zabiegom wypróbowanym dotąd tylko na zwierzętach: chirurg

świadomością możliwych następstw, ze śmiercią włącznie. Praktykę prowadzenia niebezpiecznych badań na sobie dopuszczał także norymberski dokument (w punkcie 5). Dla Kielanowskiego dobrowolna ofiara, zdolność do podejmowania czynów niezwykłych, zawsze była świadectwem wyjątkowości człowieka i jego wyrastania ponad świat przyrody. Dysponujący swoim losem człowiek może dokonywać czynów ofiarnych, jednakże nikt nie może ich oczekiwać.

Kiedy Kielanowski podejmował problematykę prac badawczych w medycynie era eksperymentu medycznego nabierała dopiero tempa. Obejmowała wówczas głównie próby nowych leków i umiarkowanie inwazyjnych metod zabiegowych i diagnostycznych. Kolejne lata przynosiły nowe możliwości oraz konieczność ich testowania i weryfikacji biomedycznych hipotez, co w następstwie stwarzało szczegółowe problemy natury moralnej i prawnej, ale także wiązało się i dotyczyło zagadnień ogólnofilozoficznych. Poważne trudności natury moralnej zaczęły budzić, badania rozumiane już nie tylko jako medyczne, ale jako biomedyczne, a więc badania dotyczące m. in.: struktury dziedzicznej człowieka (inżynieria genetyczna, zapłodnienie pozaustrojowe), dotyczące prenatalnego i płodowego życia człowieka (np. diagnostyka prenatalna), związane z transplantacją narządów na drodze allogenicznej i ksenogenicznej oraz badania związane z działaniami reanimacyjnymi⁹⁸². Badania ukierunkowane na dobro konkretnego pacjenta, według funkcjonującego określenia – terapeutyczne, zawsze budziły zdecydowanie mniej wątpliwości etycznych, aczkolwiek rosną one w przypadku zwiększania się lub przewagi motywacji czysto poznawczej i nastawienia badawczego oraz stosowania coraz bardziej skomplikowanych technologii i wzrostu ich inwazyjności.

Podejmowana przez Kielanowskiego pół wieku temu problematyka eksperymentu medycznego wpisywała się w proces wypracowywania deontologicznych i prawnych zasad. Podstawowe reguły zapisane w pierwszych międzynarodowych ustaleniach Kielanowski upowszechniał w Polsce przez projekt kodeksu lekarskiego i rozwijał w swoich wypowiedziach i publikacjach. W zasadniczej swojej warstwie pozostały one aktualne.

Współczesne ujęcia i rozwiązania, zawarte w międzynarodowych dokumentach (przede wszystkim w kolejnych nowelizacjach „Deklaracji Helsińskiej”) czy też w polskim prawodawstwie i obecnym „Kodeksie etyki lekarskiej”, są tylko kolejnym etapem rozwiązań próbujących poradzić sobie ze skomplikowaną problematyką badań naukowych w medycynie i naukach medycznych.

Interesująco przedstawiają się przemiany terminów i rozumienia badań medycznych z udziałem człowieka, co wato odnieść do kontekstu myśli Kielanowskiego. „Dekalog Norymberski” posługiwał się zarówno terminem „doświadczenie medyczne” oraz

August Bier – poddał się znieczuleniu lędźwiowemu nowokainą, Werner Forssmann – wprowadził sobie sam kateter gumowy przez żyłę łokciową do prawego przedsionka serca, pobierając stamtąd próbkę krwi, opracowując nowoczesną metodę diagnostyczną. Zob. T. Kielanowski, *Odpowiedzialność uczonych*, op. cit., s. 101 nast.

⁹⁸² Zob. np. S. Kornas, *Współczesne eksperymenty medyczne w ocenie etyki katolickiej*, Częstochowa 1986.

„eksperyment medyczny” mając na uwadze głównie działania badawcze. W szczególności upowszechniło się później pojęcie eksperymentu medycznego, który m. in. za sprawą „Deklaracji Helsińskiej” klasyfikowano jako terapeutyczny (lecniczy) lub badawczy, biorąc za kryterium podziału cel, ku któremu zmierza. Kolejny etap wiązał się z zastąpieniem określenia „eksperyment medyczny” terminem „eksperyment biomedyczny” (wiążący się z okresem intensywnego rozwoju nowoczesnych nauk o życiu), przy zachowaniu podziału na dwie jego formy: badawczą i leczniczą. Najnowsze tendencje, wiążące się w sposób istotny z kolejnymi redakcjami „Deklaracji Helsińskiej” odchodzą jednak od tego wyraźnego podziału. Wersja zapisana w 2000 r. w Edynburgu pozostawia jedynie określenie „eksperyment medyczny połączony z opieką medyczną (leczeniem)”, do którego odnosi się tylko kilka dodatkowych zasad. Jeszcze dalej idzie ostatnia redakcja z Seulu (2008 r.), która w ogóle rezygnuje z terminu „eksperyment medyczny” na rzecz bardziej neutralnego określenia – „badania medyczne”, a „badacza” zastąpiła po prostu słowem „lekarz”. W polskich dokumentach, zarówno w „Ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry” jak i „Kodeksie etyki lekarskiej”, zachowane zostało jeszcze pojęcie „eksperymentu medycznego” oraz podział na eksperyment leczniczy i badawczy. Pomijając kwestie szczegółowych rozwiązań, zdecydowanie bogatszych w wyniku rozwoju tej problematyki, godnym uwagi jest fakt, że podejście Tadeusza Kielanowskiego do zagadnień badań medycznych z udziałem człowieka jest bliskie duchowi ostatnich ujęć „Deklaracji Helsińskiej”, a także stosowanej tu terminologii.

5. Problematyka tanatologiczna

Problematyka śmierci i umierania stanowi najobszerniejszą część publikacji Tadeusza Kielanowskiego. Szczególne znaczenie w polskiej literaturze tanatologicznej miała przełomowa i ciesząca się dużą poczytnością książka „Rozmyślania o przemijaniu” z 1973 r. Publikacja doczekała się czterech wydań i szerokiego gronu czytelników. Kielanowski był znany właśnie dzięki tej książce, podejmującej ogólne zagadnienia śmierci i umierania z elementami filozoficznej refleksji. „Rozmyślania o przemijaniu” oraz artykuły o charakterze naukowym bądź bardziej popularnym publikowane w czasopismach specjalistycznych, społeczno-kulturalnych i popularnonaukowych sprawiły, że uznano wówczas Kielanowskiego za główny autorytet w dziedzinie tanatologii. Odegrał on czołową i inspirującą rolę w podejmowaniu tej problematyki w Polsce, a jego podejście do zagadnień tanatologicznych w sposób istotny uwarunkowane było praktyką lekarską.

Podejmowana przez niego problematyka jest bardzo różnorodna: od ogólnych refleksji nad śmiercią, przez problematykę bioetyczną, po szczegółowe propozycje w zakresie sztuki lekarskiej – i dotyczy postaw człowieka wobec śmierci, opieki nad umierającymi, cierpien terminalnych oraz moralnych zagadnień samobójstwa, eutanazji i przerywania ciąży. Problematyka tanatologiczna stanowi najczęściej obecnie przytaczaną lub komentowaną część dorobku Kielanowskiego⁹⁸³. Jego refleksja tanatologiczna przypada na okres światowego zainteresowania sprawami śmierci i kształtowania się tanatologii, jako naukowego dyskursu o śmierci i umieraniu.

5.1. Tanatologia i kierunki jej rozwoju

Swoisty renesans zainteresowania śmiercią w kulturze Zachodu ma swoje początki jeszcze w latach pięćdziesiątych, doprowadzając do przełomu w połowie lat sześćdziesiątych i osiągając apogeum dekadę później⁹⁸⁴. Zasadniczym jego przejawem był rozwój publikacji o szeroko rozumianej tematyce tanatologicznej i kształtowanie się nowej dziedziny nauki – tanatologii⁹⁸⁵. Ta refleksja nad śmiercią, stając się wręcz pewnego rodzaju intelektualną modą, była wynikiem złożonych procesów kulturowych, wśród których najistotniejszą rolę odegrało

⁹⁸³ Zob. np.: H. Szabała, *Niepokoje egzystencjalne Tadeusza Kielanowskiego*, „Kwartalnik Filozoficzny” 2000, t. 28, z. 3; A. Alichniewicz, *Tanatologia filozoficzna jako podstawa tanatologii lekarskiej*, [w:] *Umierać bez lęku. Wstęp do bioetyki kulturowej*, pod red. M. Gałuszki i K. Szewczyka, Warszawa – Łódź 1996; T. Sahaj, *Czym jest eutanatologia i eutanopedagogika? Próba eksplikacji*, [w:] *Problemy współczesnej tanatologii. Medycyna – antropologia kultury – humanistyka*, t. VIII, pod red. J. Kolbuszewskiego, Wrocław 2004; J. Halasz, *Tadeusza Kielanowskiego koncepcja eutanalogii – nauki o dobrym umieraniu*, referat na konferencji *Bioetyka w praktyce medycznej*, Lublin 2010 – w druku).

⁹⁸⁴ Zob. M. Vovelle, *Śmierć w cywilizacji Zachodu*, tłum. T. Swoboda i in., Gdańsk 2004; por.: Ph. Ariès, *Człowiek i śmierć*, tłum. E. Bąkowska, Warszawa 1992.

⁹⁸⁵ Odróżnić od niej trzeba specjalistyczną dziedzinę jaką jest tanatologia medyczno-sądowa. Zob. S. Raszeja, *Refleksje na temat tanatologii – klasycznego działu medycyny sądowej*, „Annales Academiae Medicae Gedanensis” 2005, nr 35.

zjawisko „kryzysu śmierci” nazwane przez Ph. Ariès mianem „śmierci odwróconej”, czy też „śmierci na opak”.

Z początkiem ery nowożytnej kończy się okres traktowania śmierci jako zjawiska naturalnego, a umieranie i ten porządek związany ze śmiercią został nazwany „śmiercią oswojoną”. Zaczyna się czas „śmierci zdziczałej”. Odwrócenie tych postaw to długi i powolny proces kulturowy, który osiąga swoje apogeum w połowie XX wieku i przejawia się usunięciem „śmierci z widocznej powierzchni życia”⁹⁸⁶. Było to wynikiem przemian, w których naukowy i technologiczny postęp w medycynie odegrał pierwszoplanową rolę, prowadząc do zjawiska określonego pojęciem „medykalizacji śmierci” (później powszechnie używanym). To przejście do „śmierci zdziczałej” wiązało się też z przeobrażeniami relacji między człowiekiem umierającym a jego bliskimi i otoczeniem od przełomu XIX i XX w.

Ariès wyróżnia trzy zasadnicze etapy, kolejne katastrofy burzące charakterystyczny dla XIX wieku model romantyczny „twojej śmierci” – patetycznej i „pięknej”. W pierwszej kolejności pojawiło się utożsamianie śmierci z chorobą i coraz częstsze utrzymywanie chorego w nieświadomości jego niepomysłnego stanu i odsuwanie go od rodziny⁹⁸⁷. Drugim etapem było upraszczanie ceremoniału śmierci i odrzucanie żałoby oraz wszystkiego, co w przestrzeni publicznej przypomina o śmierci. Trzeci etap polegał zaś na zawłaszczeniu śmierci przez technologicznie rozwiniętą medycynę. W połowie XX wieku, w związku z zastosowaniem respiratora i postępem technik reanimacyjnych, upowszechnił się swoisty „szpitalny styl” umierania. Nieuchronny koniec zaczął być oddalany w bezterminową agonię a śmierć przestała należeć do umierającego, jak wcześniej, ale zaczęła być zależna od wyposażonego w odpowiednią aparaturę lekarza. Coraz więcej ludzi u kresu życia przebywało w szpitalu i umierający ostatnie swe chwile coraz częściej przeżywali tutaj, a nie w domu, wśród najbliższych⁹⁸⁸. Prowadziło to do izolacji umierających, braku rozmowy o śmierci i wręcz do zatajania prawdy przed chorym o jego beznadziejnym stanie. W tym kontekście rodziła się i rozwijała współczesna refleksja o śmierci.

Od samego początku śmierć i jej tajemnica stanowiły ważną część filozofii. Dla wielu myślicieli była źródłem filozofowania, a niektórzy ujmowali filozofię wręcz jako przygotowanie do śmierci. W filozofii XX wieku refleksja dotycząca śmierci najczęściej była podejmowana w orientacjach fenomenologicznych, zwłaszcza w nurtach filozofii egzystencjalnej Sartre’a, Jaspersa, Camusa – przede wszystkim zaś Heideggera, który jest najczęściej przywoływany w różnych ujęciach poruszających problematykę śmierci. Jego określenie „trwogi” i „bycia-ku-śmierci” (*Sein zum Tode*) stało się paradygmatyczne.

Jednak na powstanie współczesnej tanatologii i sposoby jej późniejszego rozumienia miały wpływ dwie inne zasadnicze, bardziej empiryczne, tradycje tanatologiczne: anglosaska i francuska (czy też szerzej kontynentalna). Sam termin „tanatologia” miał już swoją historię.

⁹⁸⁶ Ph. Ariès, *Człowiek i śmierć*, op. cit., s. 564 nast.

⁹⁸⁷ Literackim, ale wzorcowym opisem tego zjawiska jest opowiadanie Lwa Tołstoja – *Śmierć Iwana Ilicza*.

⁹⁸⁸ Ibidem, s. 572 nast.

Został użyty po raz pierwszy w XVIII w. przez S. Anschela w dziele „*Thanatologia sive mortis naturam...*”⁹⁸⁹ dla określenia uniwersalnej dyscypliny naukowej, mającej za swój przedmiot zjawisko śmierci ujmowanej z perspektywy nauk medycznych i przyrodniczych.

Ta pierwsza, anglosaska tradycja, związana w zdecydowanej mierze z działalnością i publikacjami socjologów, psychologów i lekarzy, głównie psychiatrów, skupiała się na zagadnieniach związanych z sytuacją człowieka umierającego, z procesem umierania i przełamywaniem tabu śmierci. Stworzyła tym samym podstawy dziedziny zwanej tanatologią lekarską. Ukazało się wiele znaczących prac (A. Straus, B. Glaser, D. Sudnow – socjolodzy, H. Feifel – psycholog, E. Kübler-Ross, J. Hinton – psychiatrzy)⁹⁹⁰, które zainicjowały już w latach sześćdziesiątych XX wieku ogromny wzrost zainteresowania społecznego problematyką śmierci i umierania. Publikacje te wskazywały na potrzebę zreformowania dotychczasowej opieki sprawowanej nad umierającymi. Inspirującym i wywołującym szeroką dyskusję był głośny esej antropologa Geoffrey’a Gorera z 1955 r. pod znaczącym tytułem – „*Pornografia śmierci*”⁹⁹¹, w którym dowodził, że śmierć we współczesnej cywilizacji stała się tematem tabu, czymś wstydliwym i skrywanym, jak seks w epoce wiktoriańskiej. Jednocześnie wyróżnił podstawowe cechy współczesnego amerykańskiego modelu śmierci i umierania. Wątek ten podjęło następnie środowisko Feifela, wydając zbiorową pracę „*The Meaning of Death*”. Z kolei dziennikarka i eseistka Jessica Mitford, portretując nową *The American Way of Death* (1963 r.)⁹⁹², wystąpiła z krytyką komercjalizacji śmierci, śmierci „na sprzedaż”.

To właśnie w Stanach Zjednoczonych ujawniły się w pierwszej kolejności i z całą mocą diametralne przemiany postaw wobec śmierci. Zmiana stosunku do śmierci przeobraziła i samą śmierć. Ph. Ariès w dziele „*Człowiek i śmierć*” nazwie ją właśnie śmiercią odwróconą⁹⁹³. Temat śmierci i umierania zaczął być usuwany z przestrzeni publicznej. Vovelle wskazuje na cztery zasadnicze przyczyny prowadzące do marginalizacji kwestii związanych ze śmiercią:

- komercjalizację – włączanie spraw związanych ze śmiercią w sferę rynkową i konsumpcyjną,

⁹⁸⁹ *Thanatologia sive mortis naturam, causa, genera ac species et diagnosis disquisitiones*. Anselm ujmując zagadnienie śmierci nie tylko w odniesieniu do człowieka, ale do wszystkich istot żyjących, opierając się na arystotelesowskiej koncepcji duszy. Zob. J. Gajda-Krynicka, *Tanatologia jako dyscyplina naukowa? Logos śmierci*, [w:] *Problemy współczesnej tanatologii. Medycyna – antropologia kultury – humanistyka*, t. IX, pod red. J. Kolbuszewskiego, Wrocław 2005, s. 11.

⁹⁹⁰ D. Sudnow, *Passing On. The Social Organization of Dying*, Prentice Hall Inc., Englewood Cliffs NJ 1967. J. Hinton, *Dying*, Penguin Books, London 1967.

B. Glaser, A. Strauss, *Awareness of Dying*, Chicago 1965; *A Time for Dying*, Aldine, Chicago 1968.

H. Feifel (ed.), *The Meaning of Death*, McGraw Hill, New York, 1959. Za: A. Ostrowska, *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*, Warszawa 1997, s. 15.

⁹⁹¹ G. Gorer, *The pornography of death*, „*Encounter*” October 1955; Gorer w celu zanalizowania „nowego stylu” umierania podjął w 1963 r. w Anglii dalsze badania, których wyniki przedstawił w pracy *Death, Grief and Mourning* z 1965 r.

⁹⁹² J. Mitford, *The American Way of Death*, New York 1963.

⁹⁹³ Ph. Ariès, *Człowiek i śmierć*, op. cit., s. 564 nast.

- medykalizację – przejmowanie, w skutek zasadniczej hospitalizacji, opieki nad chorym i umierającym przez medycynę,
- rozpad struktur rodzinnych i wspólnotowych, w obrębie których realizował się rytuał związany ze śmiercią,
- zanik *sacrum* i wiążące się z tym zjawisko rozdzielania obszarów śmierci i religii⁹⁹⁴.

Z krytycznych analiz tych różnych postaw wobec śmierci i umierania w zurbanizowanej i liberalnej kulturze, zrodził się także praktyczny postulat zreformowania dotychczasowej opieki nad ludźmi będącymi w stanach agonalnych. Ze szczególnym oddźwiękiem społecznym i naukowym spotkały się badania i publikacje Elizabeth Kübler-Ross, która podjęła obserwacje przeprowadzając rozmowy z umierającymi, uświadamiając im bliską śmierć („On Death and Dying”, 1969 r.)⁹⁹⁵. Były one wyrazem potrzeby przerwania milczenia, które zapanowało wobec ludzi u kresu życia i nie chodziło tylko o problem prawdy czy uzasadnionego kłamstwa, ale o wysłuchanie umierającego i przywrócenie mu ludzkiej godności⁹⁹⁶. W tym samym okresie, w 1967 r., Cicely Saunders tworzy w Londynie pierwsze hospicjum, przy którym wkrótce powstało również centrum naukowe, instytucję specjalizującą się w opiece nad umierającymi. Wyniki swoich obserwacji publikuje w „Care of the Dying”⁹⁹⁷. Jednocześnie zagadnienia tanatologiczne stały się niezwykle ważnym elementem refleksji bioetycznej i częścią rozwijającej się wówczas, głównie w świecie anglosaskim, bioetyki.

A. Ostrowska, jako pierwsza w Polsce, podejmowała psychospołeczne zagadnienia śmierci i umierania (prowadząc także badania w USA). Wskazywała że, od lat sześćdziesiątych problematyka śmierci i umierania pojawia się coraz częściej zarówno w publikacjach naukowych, jak i popularnych, przy jednoczesnym wzroście zainteresowania opinii publicznej tymi problemami. Większość pojawiających się wtedy prac nastawiona była na problemy praktyczne, związane z realizacją specyficznych, coraz dokładniej określonych, potrzeb ludzi umierających i ich bliskich. Prace dotyczyły także konieczności sprawowania odpowiedniej, szeroko rozumianej opieki nad umierającymi i osieroconymi. Liczba ujawnionych trudności i problemów praktycznych przesłoniły na jakiś czas zainteresowania czysto teoretyczne⁹⁹⁸.

Druga tradycja – francuska, rozwijająca się w latach siedemdziesiątych, co wiązało się z późniejszym upowszechnianiem się na „starym kontynencie” nowych zjawisk związanych z postrzeganiem śmierci – realizowała się przede wszystkim jako zainteresowanie antropologią śmierci. Nie bez znaczenia był też wpływowy wówczas strukturalizm. Tradycja Starego Kontynentu skupiała się głównie na różnorodnych kulturowych kontekstach śmierci,

⁹⁹⁴ Zob. M. Vovelle, *Śmierć w cywilizacji Zachodu*, op. cit., 651 nast.

⁹⁹⁵ Książka została wydana w USA i w Wielkiej Brytanii. W Polsce ukazała się dziesięć lat później – E. Kübler-Ross, *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, tłum. I. Doleżał-Nowicka, Warszawa 1979.

⁹⁹⁶ Zob. M. Vovelle, *Śmierć w cywilizacji Zachodu*, op. cit., s. 711.

⁹⁹⁷ C. Saunders, *Care of the Dying*, London 1967.

⁹⁹⁸ A. Ostrowska, *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*, op. cit., s. 15.

jej obrazach funkcjonujących w zbiorowej świadomości, postawach wobec niej, obyczajach, ceremoniach żałobnych, sztuce funeralnej i in. Najczęściej prowadzono badania porównawcze tych obszarów. Znacząca rolę odegrały prace Luis-Vincenta Thomasa⁹⁹⁹, który uważany jest zwykle za fundatora tanatologii w jej dzisiejszym rozumieniu. Niezwykle ważne były również dzieła historyków, przede wszystkim przytaczane już monumentalne prace Philipa Arièsa i Michela Vovella. Jednocześnie i niezależnie od dokonującej się w USA kontestacji negatywnych zjawisk, francuscy historycy już w latach sześćdziesiątych zaczęli badać przeszłość postaw wobec śmierci¹⁰⁰⁰. Tradycja europejska w większej mierze związana była z żywą tu refleksją filozoficzną nad śmiercią, przejawiającą się w nurtach fenomenologiczno-egzystencjalnych. Chociaż trzeba zauważyć, że znaczącą rolę odgrywały wówczas także prace m. in. filozofa i socjologa Edgara Morin („L’home et la mort dans l’histoire”)¹⁰⁰¹ czy też Vladimira Jankélévitcha („La mort”)¹⁰⁰². „W tym złożonym przedsięwzięciu – wskazywał S. Cichowicz we wstępie do antologii „Antropologia śmierci”¹⁰⁰³ – *Tanatos* zostaje poddany najrozmaitszym scjentystycznym i dyskursywnym regułom reprezentowanym przez *logos* europejskiej humanistyki. Złożoność ta i różnorodność spowodowane są odmiennością metod i horyzontów poszczególnych dyscyplin, których dziedziny badawcze zachodzą na siebie w otoczeniu ludzkiej śmierci”. Charakteryzując początki tego dyskursu, M. Abiven pisał: „W tamtym okresie temat był jeszcze potraktowany abstrakcyjnie: jedna po drugiej ukazywały się analizy socjologiczne, historyczne, filozoficzne. Ale od jakichś czterech, pięciu lat [tj. od przełomu lat 70. i 80. – przyp. aut.] obserwuje się pewien postęp: pojawiają się prace, w których autorzy starają się podejść do problemu w sposób całkowicie konkretny i pozytywny. Co można zrobić, aby pomóc umierającym? Miejsce śmierci w ujęciu ontologicznym zajęła rzeczywistość, poprzedzające ją doświadczenie: etap umierania”¹⁰⁰⁴. Także i tutaj zaczęły pojawiać się prace, których autorami byli lekarze, obcujący na co dzień ze śmiercią, boleśnie odczuwający paradoksalność konsekwencji nowoczesnych możliwości medycyny i dostrzegający kulturowe przemiany wobec niej. Tytułem przykładu warto przytoczyć, znaną w Polsce książkę Jacquesa Bréhanta „*Thanatos. Chory i lekarz w obliczu śmierci*”¹⁰⁰⁵. Rozdrobnione początkowo światowe badania, dzięki uświadomieniu sobie wagi zjawiska oraz wymianie myśli, zaczęły kształtować się w bardziej jednolity nurt – określane tanatologią. Nurt ten łączy wspólny temat zainteresowań i rozmyślań, mimo różnorodności sytuacji umierania i kulturowych odniesień do śmierci. Tanatologia dzisiaj, w najogólniejszym sensie, rozumiana jest jako nauka zajmująca się fenomenem śmierci (jako faktem,

⁹⁹⁹ L.-V. Thomas, *Anthropologie de la mort*, Paris 1975.

¹⁰⁰⁰ Zob. M. Vovelle, *Śmierć w cywilizacji Zachodu*, op. cit., s. 46.

¹⁰⁰¹ E. Morin, *L’home et la mort dans l’histoire*, Paris 1970.

¹⁰⁰² V. Jankélévitch, *La mort*, Paris 1966.

¹⁰⁰³ S. Cichowicz, *Śmierć: gwałt na idei lub reakcja życia*, [w:] *Antropologia śmierci. Myśl francuska*, wyb. i tłum. S. Cichowicz i J. Godzimirski, Warszawa 1993, s. 6.

¹⁰⁰⁴ M. Abiven, *Accompagner la mort*, Novembre 1986, s. 465-466; cyt. za: S. Cichowicz, *Śmierć: gwałt na idei lub reakcja życia*, [w:] *Antropologia śmierci. Myśl francuska*, op. cit., s. 6.; Abiven w 1987 roku stworzył pierwszy oddział opieki paliatywnej w szpitalu uniwersyteckim w Paryżu.

¹⁰⁰⁵ J. Bréhant, *Thanatos. Chory i lekarz w obliczu śmierci*, Warszawa 1980.

jednostkowym zdarzeniem) i fenomenem umierania człowieka (jako aktem, procesem), i korzysta w swojej metodologii z danych nauk empirycznych oraz teoretycznych¹⁰⁰⁶. Zrodziła się ona – jak to ujmował S. Cichowicz – „nie tylko z reakcji intelektu, lecz również z odruchu serca; z intelektu i serca uczonej elity wypłynął protest przeciw masowemu uniepomnieniu śmierci ludzkiej”¹⁰⁰⁷.

W Polsce, nie podlegającą wątpliwości zasługą Kielanowskiego, było zainicjowanie refleksji i debaty o śmierci w jej wieloaspektowych przejawach, zarówno w zakresie popularyzacji zagadnienia, jak i zainicjowania medycznej i moralnej problematyki umierania, tanatologii lekarskiej. Efektem tego były zarówno publikacje, jak i organizowane konferencje. A projekt eutanalogii, jako nauki o dobrym umieraniu, nie tylko wpisywał się w światowe tendencje, ale je wyprzedzał. Refleksję tanatologiczną Kielanowski rozpoczął już w 1960 r. tekstem zatytułowanym „O majestacie śmierci” opublikowanym w „Argumentach”, a wkrótce w „Studiach Filozoficznych” (1963 r.) ukazał się ważny artykuł „Problem niepotrzebnego cierpienia” podejmujący zagadnienia cierpienia terminalnych i eutanazji. Po pewnej przerwie w drugiej połowie lat sześćdziesiątych, w okresie prac m. in. nad „Etiologią gruźlicy”, „Odpowiedzialnością uczonych” oraz działań związanych z popularyzacją idei telefonów zaufania, Kielanowski powróci do omawianego tematu, a zasadniczą częścią jego publikacji staną się zagadnienia śmierci i umierania. Pójdą one w dwóch zasadniczych kierunkach: przerywania milczenia wokół spraw związanych ze śmiercią i umieraniem (m. in. „Rozmyślenia o przemijaniu”) i doskonalenia opieki nad umierającymi (eutanalogia).

W pierwszej połowie lat siedemdziesiątych ukazały się także pojedyncze przekłady ważnych prac tanatologicznych:

- „Śmierć i umieranie. Postępowanie z człowiekiem umierającym”¹⁰⁰⁸ – pozycja dotycząca umierania i opieki w stanach terminalnych T. Kielanowski był naukowym recenzentem tłumaczenia i autorem przedmowy,
- „Człowiek wobec śmierci”¹⁰⁰⁹ – praca omawiająca różne aspekty śmierci: antropologiczno-kulturowe, filozoficzne, medyczne.

Oczywiście, aktywności Kielanowskiego towarzyszyły prace innych autorów. W 1974 r. ukazała się rodzima historyczna publikacja Juliusza Chróścickiego pt. „Pompa Funerbris”¹⁰¹⁰, dotycząca dziejów zwyczajów związanych ze śmiercią w kulturze staropolskiej. W tym okresie w środowisku lekarskim wątki tanatologiczne podejmowali między innymi: Magdalena Sokołowska – w wymiarze socjologii medycyny, Bogdan Kamiński – w ujęciu

¹⁰⁰⁶ P. Bortkiewicz, *Tanatologia* [w:] *Encyklopedia bioetyki*, op. cit., s. 453.

¹⁰⁰⁷ S. Cichowicz, *Śmierć: gwałt na idei lub reakcja życia*, [w:] *Antropologia śmierci. Myśl francuska*, op. cit., s. 6.

¹⁰⁰⁸ *Śmierć i umieranie. Postępowanie z człowiekiem umierającym*, pod red. L. Pearsona, tłum. B. Kamiński, Warszawa 1973.

¹⁰⁰⁹ A. Toynbee (i in), *Człowiek wobec śmierci*, tłum. D. Petsch, Warszawa 1973.

¹⁰¹⁰ J. Chróścicki, *Pompa Funerbris*, Warszawa 1974.

lekarzem¹⁰¹¹ czy też wybitny psychiatra i humanista – Antoni Kępiński¹⁰¹². Problematykę umierania, szczególnie pomocy człowiekowi umierającemu, poruszali także Julian Aleksandrowicz¹⁰¹³ i Andrzej Szyszko-Bohusz¹⁰¹⁴. Później przyszły dalsze szczegółowe badania dotyczące różnych aspektów śmierci. Warto zwrócić uwagę na podejmujące zagadnienia socjologiczne i psychologiczne studia Antoniny Ostrowskiej, która je opracowywała w USA i w Polsce¹⁰¹⁵.

Jeszcze w 1985 r. Piotr Müldner-Nieckowski, redaktor naczelny PZWL, pisał: „Od wielu lat grupka osób, której natchnienie i ton intelektualny nadaje Tadeusz Kielanowski, jeden z naszych najwybitniejszych lekarzy – filozofów i etyków, próbuje swoimi wystąpieniami poruszyć środowisko lekarskie i zaatakować je, wprowadzając do świadomości poglądy na temat tanatologii, czyli nauki o umieraniu i śmierci”¹⁰¹⁶. Oczywiście oddziaływanie Kielanowskiego nie ograniczało się tylko do środowiska związanego z medycyną, było niezwykle szerokie, czego przykładem są chociażby liczne wywiady, których udzielał w prasie¹⁰¹⁷, czy też fakt czterokrotnego wydania „Rozmyślań o przemijaniu”. Został on uznany za główny autorytet w dziedzinie tanatologii.

Kiedy Kielanowski postulował powstanie „skromniejszej” w zamierzeniach nauki o dobrym umieraniu, podejmującej różne szczegółowe zagadnienia – to w tym samym czasie na Zachodzie trwała debata nad możliwościami szeroko ujętej tanatologii jako dyscypliny naukowej, ale także niezwykle ważna refleksja bioetyczna, koncentrująca się na filozoficzno-moralnych problemach śmierci wyzwalanych przez postęp i osiągnięcia nauk biomedycznych. Te dyskusje i polemiki dotyczące kształtu tanatologii trwają nieprzerwanie. Wydaje się jednak ona trudna do ujęcia w obrębie jednolitej spójnej nauki, ponieważ nastęrcza ogromne trudności w metodologicznej systematyzacji.

Trudności te ujawniały się już w ujęciu Thomasa, który określał tanatologię na dwa sposoby¹⁰¹⁸: jako poznawanie istoty śmierci oraz jako zestawienie wielu dyscyplin, które mówią o śmierci. W tym pierwszym ujęciu tanatologia rozumiana jest jako dyscyplina naukowa o charakterze transdyscyplinarnym, jako próba docierania do samej istoty śmierci. Stanowi to u Thomasa cel, do którego należy zmierzać, stan postulowany i idealny, oznaczający taki stopień rozwoju i poziom refleksji, który czyniłby z tanatologii odrębną

¹⁰¹¹ Zob. np. M. Sokołowska, *Socjologia medycyny*, Warszawa 1980; B. Kamiński, *Człowiek wobec śmierci*, [w:] *Człowiek w obliczu śmierci...*, op. cit.

¹⁰¹² Zob. A. Kolek, *Sens życia i umierania. Antropologiczno-tanatologiczne aspekty myśli Antoniego Kępińskiego*, Kraków 2009.

¹⁰¹³ J. Aleksandrowicz, *Środowisko psychiczne chorego*, „Szpitalnictwo Polskie” 1971, nr 15.

¹⁰¹⁴ A. Szyszko-Bohusz, *O pomocy psychicznej człowiekowi ciężko choremu*, Kraków 1973, nr 230.

¹⁰¹⁵ A. Ostrowska, *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*, Warszawa 1997

¹⁰¹⁶ P. Müldner-Nieckowski, *Problem umierania i śmierci w praktyce lekarskiej*, „Problemy Dydaktyki Medycznej i Wychowania” 1985, nr 17, s. 137.

¹⁰¹⁷ M. in. w „Literaturze”, „Życiu Literackim”, „Argumentach”, „Tygodniku Morskim”, „Kamienie”, „Radarze”.

¹⁰¹⁸ Zob. L-V. Thomas, *Tworzenie tanatologii* [w:] *Wymiary śmierci*, wyb. i opr. S. Rosiek, Gdańsk 2002, s. 11. (L-V. Thomas, *Vers une tanatologie*, [w:] *La Mort en question. Traces de mort, mort des traces*, Paris 1991).

dyscyplinę z własnym przedmiotem badań, z własnymi metodami i własnymi wynikami teoretycznymi i praktycznymi¹⁰¹⁹. Stan ten jednak – jak podkreśla J. Gajda-Krynicka¹⁰²⁰ – może nie zostać nigdy zrealizowany. Drugie rozumienie tanatologii, jest wynikiem rozpoznania jej stanu faktycznego i próbą jej metodologicznej organizacji. Mimo że tanatologia znacznie poszerzyła zakres badań – zdaniem Thomasa – „nie jest ona niczym innym jak analizą, czy raczej rozszyfrowywaniem, wypowiedzi na temat śmierci. Prawdziwe byłoby zatem stwierdzenie, że póki żyjemy, śmierć istnieje dla nas tylko w obrazach, które sama nam sugeruje oraz w językach, których używamy do jej opisanie. Tanatologia nie jest jeszcze odrębną nauką z wyraźnie określonym przedmiotem badań, który mogłaby dekonstruować bądź rekonstruować, nie ma też własnej metody badawczej. Całą jej epistemologię trzeba dopiero stworzyć. Jak na razie tanatologia zadowala się inter- lub multidyscyplinarnym zestawianiem całej wiedzy o śmierci”¹⁰²¹. W pracy „Tworzenie tanatologii” Thomas wskazywał na najważniejsze dziedziny współtworzące tanatologię i na ich znaczenie dla tej nowej dyscypliny: filozofię i teologię, sztukę i literaturę, nauki biologiczno-medyczne, nauki humanistyczne i społeczne (wśród nich: lingwistyka, historia, antropologia społeczna i kulturowa, psychologia, ekonomia). Chociaż taka wielodyscyplinarność wydaje się być zjawiskiem zrozumiałym i pozytywnym – z racji wielości nauk o człowieku – to paradoksalnie w ten sposób współczesna tanatologia staje się jedynie opisem czy zestawianiem wiedzy o śmierci. Wiedzy pochodzącej z różnych dyscyplin, z których nie wynikają wnioski mogące stworzyć podstawy komplementarnej dyscypliny naukowej.

Czy w związku z tym jest możliwa tanatologia jako jednorodna nauka, która dla dyscyplin szczegółowych byłaby źródłowa? Opinie są tu podzielone i zajmujący się tą kwestią przytaczają odpowiednie racje. J. Gajda-Krynicka, podejmując te metodologiczne zagadnienia i nawiązując do ujęć francuskiego antropologa, rozważała trudności i perspektywy w ukonstytuowaniu się tanatologii. Wskazywała na nieprzekładalność różnych dyskursów o śmierci, które realizują się jako *logos* medyczny, antropologiczny czy też inny. Ta nieprzekładalność wynika zarówno z ich charakteru, jak i z tego, iż każdy mówi właściwie o czym innym¹⁰²².

¹⁰¹⁹ Ibidem, s. 369 (przypis 2.).

¹⁰²⁰ J. Gajda-Krynicka, *Tanatologia jako dyscyplina naukowa? Próba refleksji filozoficzno-metodologicznej*, [w:] *Problemy współczesnej tanatologii. Medycyna – antropologia kultury – humanistyka*, t. VIII, pod red. J. Kolbuszewskiego, Wrocław 2004, s. 9.

¹⁰²¹ L-V. Thomas, *Tworzenie tanatologii*, op. cit., s. 13; Thomas wskazuje na następujący kierunek rozwoju tanatologii: na obecnym etapie jest dziedziną wielodyscyplinarną, co oznacza stadium współistnienia rozmaitych sposobów opisu i interpretacji realizowanych w różnych dyscyplinach; zmierza do osiągnięcia poziomu nauki interdyscyplinarnej, na którym „zachodzi wzajemne nakładanie się strategii badawczych oraz wzajemne korygowanie i doskonalenie – pokojowa koegzystencja służy wzajemnemu wzbogacaniu”; ostatnim etapem powinno być wypracowanie tanatologii jako nauki transdyscyplinarnej.

¹⁰²² Zob. J. Gajda-Krynicka, *Tanatologia jako dyscyplina naukowa? Próba refleksji filozoficzno-metodologicznej*, op. cit., s. 11. „Tanatologia transdyscyplinarna musiałaby sprowadzić wyniki badań szczegółowych do wspólnego mianownika, a więc nie tylko sformułować pozytywną i niepodważalną definicję istoty śmierci we wszystkich jej aspektach, lecz także ustalić metody badań na tyle użyteczne,

Interesującym, ale paradoksalnym faktem i zasadniczą trudnością jest to, że „śmierć” jest nazwą, pozbawioną desygnatu, a tanatologia, w związku z tym, w zasadzie pozbawiona jest przedmiotu, stając się nauką „niemożliwą”¹⁰²³. Pojęcie „śmierć” odsyła jedynie do wielorakich jej przejawów. Ostatecznie odsyła jednak do niczego – jak pisała Gajda-Krynicka – i bywa rozumiane jako odniesienie do czegoś, co nie ma realnego bytu i jest nazwą pustą, lub też funkcjonuje jako odesłanie do Nicości, która wymyka się próbom ogarnięcia zarówno przez intelekt jak i wyobraźnię¹⁰²⁴.

Nie można sformułować jednej ogólnej definicji śmierci, niezależnie od ustaleń nauk przyrodniczych czy humanistycznych. Śmierć jest niedefiniowalna, a raczej wymyka się wszelkim definicjom, nie da się określić jej statusu ontycznego, ponadto jest niepoznawalna, nie ma swojej epistemologii, nie da się jej jednoznacznie usytuować w obszarze aksjologii i etyki. Co więcej, śmierć jest nieopisywalna, mimo wielości terminów, omówień, metafor, symboli i alegorii czy przedstawień ikonograficznych, w jakich się ją określa, czy wyraża.

Śmierć sama nie jest dostępna ani w doświadczeniu zewnętrznym ani w przeżyciu bezpośrednim, bo to doświadczenie jest jednocześnie kresem egzystencji i nie może zostać ujawnione i zakomunikowane. Jediną drogą postrzegania śmierci okazuje się doświadczenie śmierci „innego” lub ogląd różnych związanych z nią fenomenów wyrażających się w werbalnych i niewerbalnych przekazach o śmierci innych (obrzędy przejścia, rytuały, ikonografia, etc.). Ujmowanie śmierci przez jej przejawy, nie obejmuje jej samej, nie dociera do jej istoty.

Jednak poszukiwanie tożsamości tanatologii wzbogaca i samą refleksję o śmierci w jej wymiarze filozoficznym. Gajda-Krynicka, wskazując na niemożliwość realizacji projektu komplementarnej tanatologii¹⁰²⁵, która staje się rodzajem biblioteki wiedzy o różnorodnych aspektach śmierci, ukazuje perspektywę mogącą doprowadzić do ukonstytuowania się tanatologii ponaddiscyplinarnej odwołującej się do refleksji filozoficznej, gdyż ostatecznie „logos śmierci” jest „logosem filozoficznym”. To właśnie on może być właściwym

ogólne i weryfikowalne, by mogły funkcjonować w obszarze wszystkich dyscyplin szczegółowych, by mogły stanowić narzędzie i jednocześnie *experimentum crucis* zarówno w naukach przyrodniczych, jak i humanistycznych, które podejmują problem śmierci. W ścisłym związku z metodą pozostaje język – konieczność wypracowania uniwersalnego języka – kodu dla transdyscyplinarnego dyskursu o istocie śmierci”.

¹⁰²³ A. Alichniewicz, *Tanatologia filozoficzna jako podstawa tanatologii lekarskiej. „Twoja śmierć” i „bycie-ku-śmierci” a sztuka dobrego umierania* [w:] *Umierać bez lęku. Wstęp do bioetyki kulturowej*, pod red. M. Gałuszki i K. Szewczyka, Warszawa-Łódź 1996, s. 126: „Tanatologia wydaje się być nauką niemożliwą. Jej przedmiot – śmierć – nie pozwala się przecież uchwycić. Śmierć, jedyne zdarzenie bezsprzecznie konieczne, w doświadczeniu subiektywnym jest nieuchwytna. W doświadczeniu obiektywnym, zbiorowym rozmywa się zaś w wizerunek rytuałów, obrzędów i ceremoniałów umierania, pogrzebu i żałoby, które pomagają ją oswoić i złagodzić jej tragiczny wyraz, ale jednocześnie zakrywają jej istotę i czynią ze śmierci fenomen należący do kategorii estetyczno-kulturowych”.

¹⁰²⁴ J. Gajda-Krynicka, *Tanatologia jako dyscyplina naukowa? Logos śmierci*, [w:] *Problemy współczesnej tanatologii. Medycyna – antropologia kultury – humanistyka*, t. IX, pod red. J. Kolbuszewskiego, Wrocław 2005, s. 11.

¹⁰²⁵ Wynika to z problemów ze zdefiniowaniem przedmiotu tanatologii jako dyscypliny naukowej oraz z tego, że każda z dziedzin ją współtworzących posługuje się własnymi środkami badawczymi, metodologią i językiem opisu.

narzędziem interpretacji i przekładalności innych sposobów wypowiedzi o śmierci¹⁰²⁶. Potrzeba rozwijania zagadnienia tanatologii filozoficznej stanie się też coraz częściej przywoływana w polskich publikacjach. W. Kwiatkowski będzie ją rozumiał jako „hermeneutyczne odzyskiwanie śmierci”¹⁰²⁷, a A. Alichniewicz jako „ontologię progę”¹⁰²⁸. Tym samym spośród typów uprawiania tanatologii, dokonując pewnych uproszczeń, będzie się często wyróżniało jej zasadnicze postaci: tanatologię empiryczną (naukową), tanatologię filozoficzną oraz tzw. pseudotanatologię (pseudonaukę bazującą na fakcie niemożności bezpośredniego poznania śmierci, której modelowym przykładem jest słynne „Życie po życiu” R. Moody’ego czy też „Biologia śmierci” L. Watsona)¹⁰²⁹.

Rozumienie tanatologii następuje wielu trudności, a wraz z próbami systemowego jej ujmowania pojawiały się tendencje odśrodkowe, wyrażające się w przymiotnikowych dookreśleniach: tanatologia lekarska lub medyczna, tanatologia filozoficzna lub też – uszczegółowiających złożeniach: antropotanatologia, tanatopedagogika, psychotanatologia. Wydaje się, że termin „tanatologia” zwyczajowo jest używany w szerszym i węższym znaczeniu. Szerzej rozumiany – odnosi się do złożonej dziedziny wieloaspektowych badań dotyczących śmierci. Jedno z węższych pojęć dotyczy zagadnień bioetycznych, granicznych sytuacji ludzkiego życia – jako tanatologia medyczna i staje się częścią bioetyki¹⁰³⁰ (zgodnie z przywoływaną wcześniej definicją bioetyki T. Ślipki) i obejmuje skomplikowaną problematykę filozoficzno-moralną, poczynając od dylematów związanych z medyczną definicją śmierci, transplantologią, eutanazją, stosowaniem środków znieczulających itd. Przesuwanie się refleksji nad umieraniem i śmiercią w stronę bioetyki wiązało się z uzyskaniem przez tę dyscyplinę samodzielności badawczej oraz z postępem w medycynie, farmakologii i reanimacji, który zaczął rozmywać oczywistą do niedawna granicę między życiem i jego kresem¹⁰³¹.

Niezależnie jednak od sposobu rozumienia tanatologii, aktualnie w Polsce, można zaobserwować utrzymujący się wzrost zainteresowania problematyką śmierci, zarówno w aspekcie filozoficzno-antropologicznym jak i medyczno-moralnym. Widać też rozwój wiedzy jej dotyczącej, czego efektem jest wzrastająca liczba rodzimych publikacji i tłumaczeń oraz organizowanych konferencji¹⁰³². I to rodzi pytanie o przyczyny tego zjawiska: Czy jest

¹⁰²⁶ Ibidem, s. 14.

¹⁰²⁷ Zob. W. Kwiatkowski, *Tanatologia – nauka czy pseudonauka*, [w:] *Umierać bez lęku. Wstęp do bioetyki kulturowej*, op. cit.

¹⁰²⁸ Zob. A. Alichniewicz, *Tanatologia filozoficzna jako podstawa tanatologii lekarskiej. „Twoja śmierć” i „bycie-ku-śmierci” a sztuka dobrego umierania*, op. cit.

¹⁰²⁹ Zob. W. Kwiatkowski, *Tanatologia – nauka czy pseudonauka*, op. cit.; P. Bortkiewicz, *Tanatologia*, [w:] *Encyklopedia bioetyki*, op. cit.

¹⁰³⁰ Zob. np.: M. Adamkiewicz, *Oblicza śmierci. Propedeutyka tanatologii*, Toruń 2004, s. 11.

¹⁰³¹ Ibidem.

¹⁰³² Wśród ostatnich publikacji książkowych dotyczących śmierci m. in.: M. Adamkiewicz, *Oblicza śmierci. Propedeutyka tanatologii*, Toruń 2004; I. Ziemiński, *Metafizyka śmierci*, Kraków 2010; poza tym materiały pokonferencyjne oraz publikacje z zakresu bioetyki.

Antologie: *Wymiary śmierci*, wyb. i opr. S. Rosiek, Gdańsk 2002; *Śmierć. Antologia tekstów filozoficznych*, wyb. i wstęp T. Sahaj, Toruń 2008; *Wokół śmierci i umierania*, pod red. W. Galewicza, Kraków 2009.

ono objawem nowej fali zainteresowań czy też wynikiem przemian w polskiej kulturze? A może wynika z konieczności nadrabiania zapóźnień?

Przed kilkadziesiąt laty Kielanowski w zdecydowany sposób ożywił debatę o śmierci i umieraniu i wpłynął na inicjowanie badań. Jego refleksja tanatologiczna miała przede wszystkim wymiar praktyczny – przerwanie milczenia wokół śmierci służyło jej oswajaniu, ale zasadniczym celem było doskonalenie opieki nad umierającym człowiekiem i refleksja moralna nad problematyką kresu życia. Kielanowskiego interesuje śmierć jako fakt empiryczny. Niezależnie od filozoficznych analiz jest ona podstawowym faktem biologicznym, a umieranie – biologicznym procesem. Nie poszukuje w związku z tym istoty śmierci, ale skupia się na jej przejawach: stosunku człowieka do śmierci, jego strachu przed śmiercią, ale też na, rzadziej spotykanym, pragnieniu jej. Fenomen śmierci powoduje, że człowiek stara się jej przeciwstawiać, uciekając od niej, poszukując różnych form nieśmiertelności, czy też żywiąc złudne nadzieje na jej biomedyczne opanowanie.

Tłumaczenia: G. Scherer, *Filozofia śmierci. Od Anakasyndra do Adorno*, Kraków 2008; M. Vovelle, *Śmierć w cywilizacji Zachodu*, tłum. T. Swoboda i in., Gdańsk 2008, wyd. II.

Konferencje: Krajowa Konferencja *Problemy współczesnej tanatologii* – organizowana przez Wrocławskie Towarzystwo Naukowe (odbywa się od 1996 r. – i dominuje tu ujęcie antropologiczne; Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa *Życiodajna śmierć (pamięci Elizabeth Kübler-Ross)* – organizowana przez Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku oraz Zakład Etyki Współczesnej Uniwersytetu im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego (odbywa się od 2004 r., a dominuje tu ujęcie medyczne).

5.2. Człowiek wobec śmierci – majestat śmierci i jej groza

„Nie śmierci się boimy, ale myśli o niej” – słowa Seneki z „Listów moralnych do Lucyliusza” Tadeusz Kielanowski przytaczał wielokrotnie¹⁰³³. Egzystencjalny niepokój wobec śmierci jest zjawiskiem naturalnym, przerażającą jest myśl nie tyle o śmierci, jako zdarzeniu, lecz o samym procesie umierania, a walka z tym aspektem śmierci będzie istotnym elementem jego aktywności. Kilkudziesięcioletnia praktyka kliniczna, w okresie największych, głównie technologicznych przemian medycyny, ukazywała zasadnicze zmiany w jej możliwościach i jednocześnie ograniczeniach. Leczenie i opieka nad ludźmi umierającymi, najpierw na skutek gruźlicy – w zasadzie nieuleczalnej w pierwszych latach jego pracy, a potem coraz częstszych, prowadzących do zgonu, nowotworów układu oddechowego, stanowiły zasadnicze źródło głębokiej refleksji nad śmiercią. Zdecydowanie zmieniły się okoliczności. Coraz więcej ludzi w ostatnich stadiach choroby umierało w szpitalach, a nie w domu. Paradoksalnie więc, dzięki postępowi medycyny i zmianie modelu służby zdrowia, śmierć w szpitalu stawała się coraz częstsza (na początku lat siedemdziesiątych około 70-80 procent zgonów; proporcja ta kształtowała się podobnie na Zachodzie i w Polsce). Szpital dawał szansę na przedłużenie gasnącego życia dzięki specjalistycznej opiece, dzięki wciąż rozwijającym się metodom intensywnej terapii, monitorowania stanu chorego i wdrażania odpowiedniego sposobu leczenia. Ogromny postęp technik medycznych, upowszechnienie metod reanimacji nakierowanej na ratowanie życia, doprowadziło do zjawiska, które nosi nazwę „medykalizacja śmierci” (pojęcie spopularyzowane m. in. przez Ph. Arièsa) i które znalazło swój wyraz w filozofii opieki medycznej określanej jako „ideologia szpitalna”. Przedkładała ona wyleczenie z choroby, traktowanej wręcz jako samoistny byt i zadanie dla odpowiednich specjalistów, nad troskę o osobę pacjenta. W szczególności jednak zakładała, że śmierć jest najgorszą rzeczą, która może spotkać człowieka¹⁰³⁴ i rozumie ją jako przegraną medycyny i reprezentujących ją fachowców.

Bezapelacyjne osiągnięcia zaczęły ukazywać swoje drugie oblicze w wielu niepożądanych wymiarach. Zjawisko śmierci zaczęło być traktowane w obiektywnych kategoriach biologicznych i technicznych, co Kielanowski opisuje jako dehumanizację śmierci¹⁰³⁵. Umieranie stawało się coraz dłuższe i wypełnione cierpieniem. Czas śmierci zaczął się wydłużać zależnie od woli lekarza, a o jej momencie coraz częściej decydowało zaprzestanie procedur reanimacyjnych. Zdarza się, że to przedłużanie, często już agonii, staje się celem samym w sobie. W związku z tym człowiek przestaje umierać „własną śmiercią”¹⁰³⁶.

Czysto biologiczne rozumienie śmierci człowieka (a także przemiany w kulturze, związane z wulgaryzacją sfery śmierci), doprowadziły do dewaluacji jej majestatu – „śmierć

¹⁰³³ Zob. np.: T. Kielanowski, *Rozmyślenia o przemijaniu*, op. cit., s. 133.

¹⁰³⁴ Zob. M. Wilson, *Zdrowie, postawy i wartości*, op. cit., s. 35 nast.

¹⁰³⁵ Zob. T. Kielanowski, *O majestacie śmierci*, op. cit., s. 4.

¹⁰³⁶ *Kilka oddechów przed śmiercią. Rozmowa z prof. T. Kielanowskim*, rozm. przepr. W. Opacki „Życie Literackie” 1984, nr 44, s. 3.

straciła nie tylko metafizyczny, ale wszelki majestat¹⁰³⁷, pisał Kielanowski. Trafnie przewidywał u progu lat siedemdziesiątych, że „za kilka lat problem stosunku lekarza i nauki lekarskiej do zagadnienia majestatu życia i śmierci stanie się na pewno drastycznie aktualny. Byłoby dobrze, gdyby w tym czasie głęboka kultura humanistyczna lekarzy pomogła im odeprzeć zakusy takich tendencji, które by chciały degradować życie ludzkie do pojęć czystej biologii”¹⁰³⁸.

Te pejoratywne zjawiska przyczyniały się do potęgowania lęku przed śmiercią, która coraz częściej jawiła się jako długotrwałe męki konania – tym bardziej z przyrostem liczby przypadków chorób nowotworowych, których zdiagnozowanie najczęściej stawało się „wyrokiem śmierci”. Strach wobec nieuchronnego często jednak miesza się z nadzieją pokładaną w nauce i – jak zauważał Kielanowski – pogłębia „naiwną wiarę w możliwość wyleczenia każdej choroby”¹⁰³⁹, a choroba prowadząca do śmierci, jak i ona sama, przez wielu ludzi traktowana jest jako zjawisko w pewnym sensie przypadkowe, które w przyszłości nauka opanuje i pokona, co mogłyby sugerować autentyczne przeciwieństwo sukcesy w wielu dziedzinach medycyny.

Kielanowski, wielokrotnie i z naciskiem, podkreślał, że „medycyna nie walczy ze śmiercią”¹⁰⁴⁰ i czynić tego nie może, gdyż jest ona zjawiskiem naturalnym. W tym kontekście można powiedzieć, że walczy jedynie z przedwczesną śmiercią i powinna walczyć z cierpieniem umierania (co jednak przez wiele dziesięcioleci nie stanowiło istotnej jej troski)¹⁰⁴¹. Skupienie się medycyny na uleczalności, możliwości przywrócenia zdrowia, potęguje dramatyzm sytuacji ludzi beznadziejnie chorych, którzy często nie byli przyjmowani do szpitala, ponieważ rzekomo „nic już nie można zrobić”. Przeznaczone były one dla tych „których remont się jeszcze opłaca”¹⁰⁴²; Kielanowski ukazywał, że wiązało się to ze swoistego rodzaju, bardzo niebezpiecznym moralnie, wartościowaniem, zaczynającym się już na izbie przyjęć. Nazywa to wartościowanie „wulgarnym utylitaryzmem”, w myśl którego uleczalność choroby stawała się głównym lub wręcz jedynym kryterium przyjmowania chorego do szpitala¹⁰⁴³. Łączyło się to, a może doprowadziło, do szczególnej sytuacji, w której nieuleczalnie chorzy stali się ludźmi „straconymi”. Ważne stały się statystyki i absurdalne współzawodnictwo między szpitalami lub oddziałami w dążeniu do jak najmniejszej umieralności, najlepiej równej zero. Toteż nieuleczalnie chorych odsyłano do domu.

Innym, negatywnym wymiarem śmierci w szpitalu, jest fakt, że stała się ona śmiercią w osamotnieniu. Pacjent leżący w szpitalu i umierający wśród obcych ludzi jest już przez sam

¹⁰³⁷ T. Kielanowski, *O majestacie śmierci*, op. cit., s. 4.

¹⁰³⁸ T. Kielanowski, *Rewizja Hipokratesa*, op. cit., s. 10.

¹⁰³⁹ T. Kielanowski, *Rozmyślenia o przemijaniu*, op. cit., s. 7.

¹⁰⁴⁰ Zob. np.: T. Kielanowski, *Leczyć należy do końca*, „Problemy Rodziny” 1981, nr 4, s. 26; T. Kielanowski, *Rozmyślenia o przemijaniu*, op. cit., s. 21; T. Kielanowski, *Eutanatologia, czyli nauka o dobrej śmierci*, op. cit., s. 14;

¹⁰⁴¹ Zob. T. Kielanowski, *Leczyć należy do końca*, „Problemy Rodziny” 1981, nr 4, s. 28.

¹⁰⁴² Zob. T. Kielanowski, *Przedmowa do wydania polskiego*, [w:] *Śmierć i umieranie. Postępowanie z człowiekiem umierającym*, op. cit., s. IX.

¹⁰⁴³ Zob. T. Kielanowski, *Leczyć należy do końca*, op. cit., s. 26.

fakt wyosobnienia z rodzinnego środowiska, w pewnym stopniu odczłowieczony – wskazywał Kielanowski¹⁰⁴⁴. Śmierć w rodzinie jest wydarzeniem rzadkim, wielkim i wstrząsającym, śmierć w szpitalu – „czymś powszechnym, codziennym, przewidzianym i we wszystkich szczegółach organizacyjnie opracowanym. Pracownicy szpitalni, wypełniający czynności przed- i pośmiertne czynią to sprawnie, ale całkowicie obojętnie. Tak oczywiście być musi, ale czasem wydaje się, że tkwi w tym jakaś groza, inna niż groza religijnej pompy pogrzebowej, ale w jakiś sposób nie mniej przykra i poniżająca”¹⁰⁴⁵. Pacjent jawi się tu jako obiekt, przedmiot medycznych działań, a relacje między chorym a personelem stają się zarazem bardziej sformalizowane i zbiurokratyzowane.

Kielanowski był wnikliwym i krytycznym obserwatorem rzeczywistości. Podobnie jak autorzy amerykańscy z przełomu lat pięćdziesiątych i sześćdziesiątych zauważał przemiany dotyczące obyczajowości wiążącej się z postrzeganiem śmierci, które wyrażają się, w najogólniejszym sensie, w „ucieczce od śmierci”, polegającej na eliminacji jej ze świadomości indywidualnej i przestrzeni publicznej, rozpoczynającej się w środowiskach wielkomiejskich. Wśród przyczyn Kielanowski wskazywał przede wszystkim na, przywołane wcześniej, zjawiska zawłaszczenia śmierci przez medycynę, a z drugiej strony – na procesy kulturotwórcze, transformacje społeczne i światopoglądowe, laicyzację życia i rozluźnienie więzi rodzinnych. Pisze o tym w artykule „O śmierci i o polskim obyczaju”¹⁰⁴⁶. W przypadku Polski, przynależącej do bloku Wschodniego, przeobrażenia te kształtowały się oczywiście odmiennie niż w krajach zachodnich, tym bardziej że były uwarunkowane swoją specyfiką, na co zwracali uwagę już „klasyczni” autorzy jak Ariès i Vovelle. Poza swoistym napięciem między ideologią komunistyczną a tradycją katolicką dołączała się pamięć historyczna najnowszych i dawniejszych trudnych dziejów kultywowana w wielu środowiskach, mimo prób budowania całkowicie „nowego społeczeństwa”. Kielanowski wskazuje tu objawy „ucieczki od śmierci, od jej widoku i widowiska”, polegające na zmianie i redukcji rytuałów z nią związanych, powszechniejszym umieszczaniu ciężko chorych, umierających członków rodziny w szpitalu oraz kształtowaniu się sfery tabu śmierci.

Rozbudowany ceremoniał pogrzebowy i żałobny, zwracał uwagę Kielanowskiego jeszcze w okresie dzieciństwa, a w przeciągu swojego życia doświadczył zdecydowanego jego uproszczenia, które dokonywało się stopniowo od początku wieku; w szczególności w sferze dotyczącej celebracji żałoby i zewnętrznego demonstrowania smutku, poprzez określone zwyczaje – kondukty pogrzebowe, stroje, zachowania, czas jej trwania, etc. Swoisty kult bohaterstwa w Polsce (związany najpierw z okresem zaborów i narodowymi zrywami, a później – z dramatem II wojny światowej) jego zdaniem niósł w sobie kult śmierci, który być może ma wpływ na polską specyfikę jej świadomości¹⁰⁴⁷. Tendencja do umieszczania

¹⁰⁴⁴ T. Kielanowski, *O majestacie śmierci*, „Argumenty” 1960, nr 31, s. 4.

¹⁰⁴⁵ Ibidem.

¹⁰⁴⁶ Zob. T. Kielanowski, *O śmierci i o polskim obyczaju*, „Problemy” 1976, nr 8.

¹⁰⁴⁷ Ten temat podejmowała w dyskusji B. Krzywobłocka na I Konferencji Lekarzy i Humanistów w 1976 r. Zob. *Człowiek w obliczu śmierci...*, op. cit., s. 75-78.

umierających bliskich w szpitalu wydaje się wynikać nie zawsze z troski o dobro ciężko chorego, i jest kolejnym objawem „ucieczki od śmierci”.

Coraz częstszy fakt umierania poza domem w sposób zasadniczy łączył się z rozluźnianiem tradycyjnych więzi rodzinnych (zarówno jako przyczyna, jak i skutek) – dom, mieszkanie stało się miejscem dla żywych, tym bardziej, że nawet ciało zmarłej, bliskiej osoby, w okresie między śmiercią a pochówkiem, przestawało wracać do własnego domu. Owa liberalizacja więzi, atomizacja życia społecznego wraz z zanikaniem modelu rodziny wielopokoleniowej i budowaniem nowego modelu społeczeństwa robotniczego, wiązała się także z ówczesną stroną materialną życia w PRL – brakiem mieszkań i ich ciasnotą. Kielanowski również wskazywał na przyczyny wynikające z zupełnie innych warunków egzystencji i organizacji rodzinnego modelu, pracy zawodowej wszystkich dorosłych, co w konsekwencji wyrażało się zasadniczymi trudnościami sprawowania opieki w rodzinie nad cierpiącym człowiekiem u kresu jego dni. Wszystko to skutkowało brakiem doświadczenia śmierci najbliższych i nieoswajania się z nią samą. Dotyczyło to także dzieci, w dawniejszej kulturze przyzwyczajanych do widoku śmierci, ale także dorosłych, którzy nie uczestniczyli i nie przeżywali już chwili śmierci swoich najbliższych.

Ostatecznie tematy dotyczące śmierci były niechętnie poruszane w rozmowie czy publikacjach, usuwane ze świadomości – stawały się tabu. Paradoksalnie, media, telewizja, epatują obrazami śmierci, która jednak nie ma nic wspólnego z jej autentycznym doświadczeniem. „Śmierć na szklanym ekranie to śmierć bardzo nieprawdziwa”¹⁰⁴⁸, która odrealnia, która z jednej strony przyzwyczajają do widoku śmierci, ale przenosi ją w rejony abstrakcji, co jedynie przyczynia się do sprzecznych i nieracjonalnych postaw wobec niej, szczególnie ludzi młodych, tracących poczucie granicy między światem realnym i nierealnym. „Od śmierci prawdziwej – pisał Kielanowski – i wszelkich jej symboli ucieka człowiek współczesny jak może. Zlikwidował pogrzeby, zniósł symbole żałoby i nawet ze święta zmarłych w listopadzie zrobił ostatnio rodzaj dość wesołej zabawy ludowej...”¹⁰⁴⁹.

Kielanowski lubił przytaczać słowa trzynastowiecznego filozofa Rogera Bacona, który pisał że „straszniejsza jest pompa śmierci niż śmierć sama” (pompa mortis magis teret quam mors ipsa)¹⁰⁵⁰. Krytycznie w związku z tym odnosił się do rozbudowanego ceremoniału religijnego związanego ze śmiercią, zaczynającego się od ostatniego namaszczenia oraz prób nawracania i przekonywania do pojednania się z Bogiem na łożu śmierci, do czego w praktyce szpitalnej odnosił się z dużą niechęcią. Dlatego też zmiany wiążące się z redukowaniem religijnej obrzędowości oraz zewnętrznym manifestowaniem żalu po stracie najbliższych, przez zwyczaje związane z żałobą, uważał za zjawiska pozytywne. Niemniej, wiara religijna nadawała śmierci sens, rozumiejąc ją jako przejście do innej formy istnienia, chociaż często zwiększała jej grozę, ukazując możliwą perspektywę mąk wieczystych. To ona nadawała

¹⁰⁴⁸ T. Kielanowski, *O śmierci i o polskim obyczaju*, op. cit., s. 34.

¹⁰⁴⁹ Ibidem.

¹⁰⁵⁰ Zob. np.: ibidem, s. 35; T. Kielanowski, *Rozmyślenia o przemijaniu*, op. cit., s. 7.

śmierci majestat w jego wymiarze metafizyczno-religijnym. Laicyzacja, coraz częstszy zanik autentycznej wiary, czy też jej szczątkowe formy w jakąś bliżej nieokreśloną nieśmiertelność oraz upowszechniający się światopogląd materialistyczno-racjonalistyczny zaczęły śmierć ukazywać jako całkowitą pustkę. Majestat śmierci zaczął ulegać dekonstrukcji, a procesu tego dopełniło czysto biologiczne jej traktowanie w medycynie¹⁰⁵¹, stąd przywołana wcześniej konstatacja Kielanowskiego, że „śmierć straciła nie tylko metafizyczny, ale wszelki majestat”. Zjawisko to niesie ze sobą negatywne skutki w podejściu do umierających, dlatego, zdaniem Kielanowskiego, należy go odbudować na innych już, racjonalnych podstawach¹⁰⁵².

Publikacje tanatologiczne Kielanowskiego (podobnie jak działania) miały na celu realizację idei, aby „umierać mniej cierpiąc”. Generalizując, można ich tematykę sprowadzić do dwóch zasadniczych kwestii: przełamywania tabu śmierci i, dzięki temu, doskonalenia sposobów przynoszących ulgę umierającym. Ta ostatnia kwestia jest zadaniem najpilniejszym. „Rozmyślenia o przemijaniu” są próbą osławiania śmierci przez poddanie zagadnień kresu ludzkiego życia pod panowanie rozumu, racjonalne i otwarte podejmowanie tajemnicy i dramatu umierania, bo „powinniśmy nauczyć się myśleć o śmierci bardziej spokojnie i realnie”¹⁰⁵³. Stanowi to ważną drogę przywracania śmierci jej majestatu.

To racjonalne podejście ma za zadanie pogodzenie się z nieuchronnością śmierci i dążenie do odebrania jej choć części niepotrzebnej grozy – nie musi ona być straszna, gdyż możliwe jest „umieranie bez cierpień moralnych i fizycznych i należałoby wszelkimi sposobami dążyć do tego, żeby fakty te można było notować coraz częściej”. Drogą do osiągnięcia tego celu jest studiowanie zjawiska śmierci we wszystkich jej aspektach. „Rozmyślenia o przemijaniu”, pisane przez lekarza o bogatym doświadczeniu zawodowym i życiowym, ujmują zagadnienia śmierci i umierania z jego punktu widzenia, ale jak zwykle u Kielanowskiego, jest to ujęcie bardzo szerokie, odnoszące się do aspektów moralnych, obyczajowych, prawnych i filozoficznych. Chociaż, jak podkreśla, w zasadzie pomija aspekt filozoficzny i religijny, odsyłając do literatury im poświęconej, to jego refleksja porusza te wątki i co ważniejsze skłania do refleksji filozoficznej. Książka skierowana do szerokiego kręgu odbiorców, ma na uwadze postępujące procesy laicyzacyjne. Realizowała jego założenie spokojnego i realnego myślenia o śmierci, mówiła o niej w sposób wyważony, jasny i konkretny, odwołując się do faktów naukowych i lekarskich. Kielanowski nadał jej charakter rozmyślań nad sprawami wiążącymi się z kresem kondycji człowieka – godzenie się ze śmiercią wydaje się być tu pierwszoplanowe (choć np. T. Kotarbiński odczytywał ją jako zasadniczo poświęconą problemowi eutanazji¹⁰⁵⁴). Osławianie ze śmiercią realizuje się w poszczególnych częściach książki przez refleksje nad jej biologicznym podłożem,

¹⁰⁵¹ Zob. np. T. Kielanowski, *O majestacie śmierci*, op. cit., s. 1.

¹⁰⁵² Ibidem, s. 4.

¹⁰⁵³ *Śmierć i cierpienie, Rozmowa z prof. T. Kielanowskim*, rozm. przepr. A. Sibiłak, „Argumenty” 1974, nr 46, s. 4.

¹⁰⁵⁴ T. Kotarbiński, *Problemy eutanazji*, [w:] *Pisma etyczne*, pod red. P. Smoczyńskiego, Wrocław 1987, s. 519 (pierwodruk: „Literatura” 1975, nr 19).

rozumieniem śmierci i jej przyczyn w medycynie, ukazanie etapów umierania człowieka, refleksję nad bólem i cierpieniem umierania wraz z aspektami eutanazji i samobójstwa oraz nad pragnieniem nieśmiertelności.

Często pojawiającą się kategorią, w różnych jego tekstach, jest właściwe człowiekowi odczucie grozy śmierci i właściwe wszystkim organizmom żywym uczucie strachu przed śmiercią. Strach przed śmiercią jest zjawiskiem naturalnym i potrzebnym, wspólnym człowiekowi i innym organizmom żywym, a jego brak jest pewnego rodzaju kalectwem¹⁰⁵⁵, Ten strach związany z podstawowym instynktem życia chroni jednostkę przed niepotrzebną utratą życia, ale także przed narażaniem życia innych. Dlatego też człowiek stara się nie myśleć o własnej śmierci, bo jej się boi. „Boją się śmierci wszystkie zwierzęta i kto wie, czy nie boją się jej także rośliny, choć strach tych istot jest oczywiście inny od naszego. My, ludzie, wypieramy – mówiąc językiem freudowskim – do nieświadomości nasze uczucia strachu, ale tam istnieją one nadal przez całe życie”¹⁰⁵⁶. Ten panpsychizm Kielanowskiego wyraża jego przekonanie o jedności całego świata przyrody.

Wskazuje tu jeszcze na jeden paradoksalny aspekt: wszyscy wiedzą, że są śmiertelni, ale żyją tak, jakby w to nie wierzyli (jakby stosowali rozumowanie przewrotnego sylogizmu: ponieważ inni umierają, a ja nie jestem innym – więc nie umrę)¹⁰⁵⁷. Jest to z jednej strony objaw marginalizacji śmierci, ale też objaw naturalnej chęci życia i doznawania jego radości, co zdecydowanie przeważa u ludzi psychicznie zrównoważonych. Skłonność do rozważań na temat kresu własnego życia może świadczyć o zaburzeniu¹⁰⁵⁸. Dlatego też Kielanowski pisze, że „kto w pełni młodości lub w wieku dojrzałym, wolny od choroby i inwalidztwa rozmyśla o własnej śmierci, nie jest człowiekiem psychicznie zrównoważonym i powinien się poradzić lekarza”¹⁰⁵⁹. Ale jednocześnie dodaje, że chodzi tu o rozmyślanie natrętne i trwożliwe, a nie o refleksję, że kiedyś trzeba będzie umrzeć czy o rozważanie śmierci w kategoriach ogólnych. Także człowiek stary, „który wie o tym, jak każdy człowiek w tym wieku, że każda nowa piękna wiosna jest mu darowana – nie rozmyśla o śmierci. Na odwrót, starcy czynią nieraz projekty na przyszłość bliższą i dalszą...”¹⁰⁶⁰ i jeżeli myślą o niej, a są religijni, to bardziej w kategoriach nieśmiertelności.

W ostatnim rozdziale „Rozmyślań...” przywołuje potocznie stawiane pytanie o to, „czy śmierć jest straszna” – wskazując, że „pytanie powyższe jest oczywiście źle sformułowane, ale tak właśnie nieprecyzyjnie mówi się i słyszy na co dzień. Kto mówi, że boi się śmierci, nie precyzuje i chyba nawet nie myśli sam o tym, czego się boi: śmiertelnej choroby, świadomości bliskiej śmierci, samego umierania czy niebytu”¹⁰⁶¹.

¹⁰⁵⁵ *Kilka oddechów przed śmiercią. Rozmowa z prof. T. Kielanowskim*, op. cit., s. 1.

¹⁰⁵⁶ T. Kielanowski, *Rozmyślania o przemijaniu*, op. cit., s. 6

¹⁰⁵⁷ *Ibidem*.

¹⁰⁵⁸ *Ibidem*, s. 124.

¹⁰⁵⁹ *Ibidem*, s. 123.

¹⁰⁶⁰ *Ibidem*.

¹⁰⁶¹ *Ibidem*, s. 133.

Lęk przed śmiercią może przybierać różne formy i dotyczyć różnych jej aspektów¹⁰⁶². Kielanowski przywołując słowa Seneki rozumie, że najstraszniejsza jest sama myśl o śmierci, a śmierć – jak mówi starożytny stoik – „jest do tego stopnia poza wszelkim złem, że jest też poza wszelką obawą”¹⁰⁶³. Od naturalnego strachu przed śmiercią Kielanowski odróżnia więc odczucie grozy śmierci, które jest właściwe tylko człowiekowi. Kielanowski nie używa upowszechnionego przez egzystencjalistów pojęcia „trwoga” – w sensie egzystencjalnego lęku przed nieuchronnym i nieokreślonym. Atmosfera grozy śmierci jest zasadniczo wytworem kulturowym, strachem spotęgowanym przez ludzką świadomość w związku z wyobrażeniami dotyczącymi różnych aspektów śmierci. Ważny składnik grozy śmierci – według Kielanowskiego – współtworzą nadmierna celebrowanie śmierci, zwłaszcza jej formy religijne (umacniające bojaźń przed potępieniem) i epatowanie zewnętrznymi rytuałami. Potęguje je także owo zawłaszczanie śmierci przez medycynę, „medykalizacja” odbierająca człowiekowi jego śmierć. A także obrazy cierpienia terminalnych i brzydota udręczonego ciała i umierania.

To właśnie owe elementy, które współtworzą grozę śmierci, stanowią bezpośrednią przyczynę jej wypierania do nieświadomości, jej marginalizację w przestrzeni publicznej i zjawisko nazywane ucieczką od śmierci.

Poza drogą refleksji zaproponowaną w „Rozmyślaniach...” również w artykule „O śmierci i o polskim obyczaju” wskazuje na możliwe działania w kierunku odbierania śmierci części jej grozy. Ma na uwadze:

- rolę wychowania, w którym np. nie można izolować dziecka od spraw związanych ze śmiercią¹⁰⁶⁴,
- rolę medycyny – której wielkim współczesnym wyzwaniem jest doskonalenie sposobów niesienia ulgi umierającym. Chodzi tu także o reorganizację szpitali tak, aby umierającymi mogła się opiekować także rodzina,
- konieczność wypowiedzi i otwartej racjonalnej dyskusji o zagadnieniach śmierci i umierania, co powinno wiązać się także z popularyzacją wiedzy na ten temat oraz mądrym oddziaływaniem literatury, filmu, etc.

¹⁰⁶² Zagadnieniem „lęków tanatycznych” w Polsce zajmował (i zajmuje) się m. in. J. Makselon; zob. np.: J. Makselon, *Psychologiczne aspekty lęku przed śmiercią*, „Analecta Cracoviensia” 1986, nr 18, s. 145-166; *Struktura wartości a postawa wobec śmierci. Studium z tanatopsychologii*, Lublin 1983; *Lęk wobec śmierci. Wybrane teorie i badania psychologiczne*, Kraków 1988; R. Ochsmann w książce *Angst vor Tod und Sterben (Lęk przed śmiercią i umieraniem)* proponuje wyróżnić sześć sposobów ustosunkowania się wobec śmierci: a) lęk przed spotkaniem ze śmiercią – wyraża się w obawie przed kontaktem z osobą umierającą lub zmarłą, b) lęk przed śmiertelnością związany z troską o plany i zamierzenia, które zostaną udaremnione przez fakt śmierci oraz z obawami konfrontacji z cierpieniem bliskich, c) lęk przed końcem swego życia rozumianym jako definitywne zakończenie egzystencji, d) lęk przed fizycznym zniszczeniem związany z obawą o losy ciała po śmierci, e) lęk przed życiem po śmierci wywoływany przerażającą perspektywą braku pewności tego, co będzie po śmierci, f) lęk przed procesem umierania związany z wyobrażeniami na temat cierpienia jakie śmierci towarzyszy. Za: J. Jastrzębski, *Psychologiczny wymiar lęku przed śmiercią* [online] [dostęp 20 I 2010]. Dostępny w World Wide Web: <http://www.psychologia.net.pl>.

¹⁰⁶³ Seneka, *Listy moralne*, za: ibidem. Por.: *Thanatos, Rozmowa z prof. T. Kielanowskim*, rozm. przepr. W. Piasecki, „Kamena” 1977, nr 1, s. 13.

¹⁰⁶⁴ W Polsce na szerszą skalę tzw. tanatopedagogiką w późniejszym okresie zajmował się Józef Binnebesel.

Jedną z podstawowych kwestii osvajania śmierci i dekonstrukcji jej grozy jest dla Kielanowskiego uświadomienie zasadniczego faktu, internalizacja oczywistej prawdy o nieuchronności śmierci. Z tego powodu rozpoczyna swoją refleksję w „Rozmyślaniach...” od przypomnienia fundamentalnego prawa biologii, obejmującego wszystkie organizmy, o życiu, starzeniu się i śmierci osobniczej, jako warunku trwałości gatunków. Konstatacja jest oczywista – medycyna (czy też nauka w ogóle) ze śmiercią walczyć nie jest w stanie, może co najwyżej dążyć do tego, aby następowała ona w okresie starości człowieka; a także niewielki jest jej wpływ na opóźnianie procesów starzenia się ludzkiego organizmu¹⁰⁶⁵. Rozumienie śmierci i umierania musi odnosić się w szczególności do wiedzy i praktyki medycznej, gdyż to ona i jej reprezentanci ze zjawiskiem kresu życia ludzkiego obcuja nieustannie. Zwykle rozróżnia się, umownie, śmierć naturalną – spowodowaną chorobą, i gwałtowną – będącą wynikiem wypadku lub zbrodni. Kielanowski ukazuje więc związki między chorobą a śmiercią, opierając się na ujęciu choroby jako zaburzeniu homeostazy, naturalnych procesów regulacyjnych organizmu, które, z reguły, sprawne u ludzi młodych, słabną z wiekiem. Mechanizm choroby i śmierci jest podobny: mechanizmy regulacyjne są już niewydolne lub działające na nie bodźce są zbyt silne. Choroby nie są czymś sprzecznym z naturą, wizja świata bez chorób jest utopią. Każda śmierć następująca w wyniku choroby jest śmiercią naturalną, niezależnie czy dziecka, czy starca, a każda śmierć człowieka starego jest następstwem choroby – dlatego też powtarzał, że „każdy człowiek choruje nieuleczalnie, każdy musi umrzeć”¹⁰⁶⁶.

Tylko w pewnym sensie wiąże się to podejście z opisywanym przez Ariès’a, charakterystycznym dla dwudziestowiecznych przemian, utożsamianiem choroby i śmierci. Kielanowski nie będzie stał na stanowisku, że bezwzględnie, w każdej sytuacji i na każdym etapie, chorobę należy zwalczać za wszelką cenę. Często nie jest to już możliwe lub też prowadzi wyłącznie do zwiększenia cierpienia – gdy siły życiowe (mechanizmy regulacyjne i adaptacyjne organizmu) wyczerpały się lepiej pozwolić temu życiu „zgasnąć”¹⁰⁶⁷. Rozwijając ten „medyczny” wątek ukazywał, że nie tylko tradycyjnie rozumiana choroba może być przyczyną śmierci. Również urazy psychiczne mogą być przyczyną śmierci, zgodnie z rozumieniem człowieka jako jedności psychofizycznej. Emocje wywołane bodźcami psychicznymi powodują liczne zmiany stanów fizjologicznych, i zgodnie z koncepcją stresu Selye’go, mogą one doprowadzić do wyczerpania się zdolności obronnych ustroju. Możliwe jest nastąpienie śmierci wyłącznie na skutek niezwykle silnych bodźców psychicznych (czego przykładem jest zadziwiające zjawisko śmierci Voodoo, którą badali współtwórcy tzw. medycyny psychosomatycznej, np. Cannon i Kächele w latach 1942-1970)¹⁰⁶⁸. Wszystko

¹⁰⁶⁵ T. Kielanowski, *Rozmyślania o przemijaniu*, op. cit., s. 11-19.

¹⁰⁶⁶ Zob. np.: T. Kielanowski, *Problem niepotrzebnego cierpienia*, „Studia Filozoficzne” 1963, nr 2, s. 114.

¹⁰⁶⁷ T. Kielanowski przytacza wnikliwą obserwację Arystotelesa, z dzieła *O życiu i śmierci* o „lekkich chorobach w starości (która jest „gasnącym płomieniem”), sprowadzających śmierć”. Zob. T. Kielanowski, *Rozmyślania o przemijaniu*, op. cit., s. 27.

¹⁰⁶⁸ T. Kielanowski, *Rozmyślania o przemijaniu*, op. cit., s. 29.

to, wiedza biologiczna i medyczna, przeczy starej, krytykowanej przez Kielanowskiego, tezie Miecznikowa, który wierzył w całkowicie naturalną śmierć starca, naturalny „instynkt śmierci”, ujawniający się po długim i spełnionym życiu (jak senność po pracowitym dniu), a zjawia się rzadko, ponieważ wskutek chorób, mało kto dożywa tego „najśłodsze­go uczucia”¹⁰⁶⁹.

Największe lęki człowieka budzi świadomość umierania w cierpieniach: „przekonałem się jako lekarz – wypowiadał się Kielanowski w 1974 r.– że bardzo wielu ludzi boi się raczej umierania niż nieistnienia. I ja to rozumiem. Mam nawet lekarskie wyrzuty sumienia, że dotąd nie potrafiliśmy uczynić umierania znacznie lżejszym. Walczymy o bezbolesne porody, bezbolesne ekstrakcje zębów, a niemal ignorujemy zadanie odbierania umieraniu jego grozy! [...] Może gdyby ludzie wiedzieli, że ich umieranie nie będzie bolesne, mniej by się śmierci bali. Zatem chodzi o walkę o godność umierania”¹⁰⁷⁰. A w „Rozmyślaniach...” wskazywał, że wielu ludzi zapewnia, że nie boi się śmierci, ale cierpienia, które je poprzedza. Dodawał: „tak mówiący, będą się zapewne w jakimś momencie śmierci bali, może mniej od innych, a może tak samo, ale w swoich wypowiedziach są szczerzy i niewątpliwie mają racje, bo cierpienia poprzedzające śmierć są na pewno od samej od samej śmierci gorsze, a ponadto są one – w każdym znaczeniu tego słowa – niepotrzebne”¹⁰⁷¹. Dlatego dla Kielanowskiego walka z bólem i cierpieniem umierania będzie zasadniczym działaniem realizowanym poprzez projekt eutanalogii związanej z troską o rozwój opieki terminalnej i w tym będzie widział jedno z najważniejszych zadań medycyny współczesnej. Starał się przekonywać, że może istnieć dobra śmierć, ponieważ nie w każdym przypadku umieranie wiąże się z cierpieniami. Jeżeli jednak nie jest to osiągalne, a cierpienia są ciągle i przekraczają zdolność ich znoszenia, wskazywał na możliwe, aczkolwiek niezwykle trudne, przyjęcie bliskiej mu postawy stoickiej, wyrażonej przez Senekę: „Gdybym wiedział wszelako, że będę musiał znosić bóle stale, odejdę – nie dla samego bólu, lecz dlatego, że będzie mi przeszkadzał we wszystkim, co jest celem życia. Słaby to człowiek i tchórz, kto zadaje sobie śmierć z powodu bólu, ale głupi, kto żyje tylko po to, żeby znosił ból”¹⁰⁷². I chociaż nie jest to rozwiązanie, które należy powszechnie zalecać – to jednak zawsze istnieje „ostateczne” wyjście. Ta problematyka, zagadnienie samobójstwa i eutanazji, stanowiła dla Kielanowskiego poważne wyzwanie i zostanie podjęta w dalszej części pracy.

Lęk przed śmiercią, w rozumieniu Kielanowskiego, ma zasadnicze znaczenie w kształtowaniu się wiary w nieśmiertelność, która jest fundamentem genezy religii. Chociaż jest to jedna z najbardziej rozpowszechnionych opinii na temat źródeł religii, wydaje się, że zasadniczy wpływ na ujęcie Kielanowskiego miała koncepcja Freuda – z okresu „Przyszłości pewnego złudzenia” (drugorzędne miejsce odegrała tu idea zbiorowej neurozy,

¹⁰⁶⁹ Ibidem, s. 8-9.

¹⁰⁷⁰ T. Kielanowski, *Śmierć i cierpienie*, op. cit., s. 13.

¹⁰⁷¹ Ibidem, s. 58.

¹⁰⁷² Seneka, *Listy moralne*, cyt. za: ibidem, s. 84.

u podstaw której leżał kompleks Edypa i „pierwotne ojcobójstwo”). Koncepcja ta skupiała się na tej funkcji religii, która przynosiła pociechę człowiekowi udręczonemu okrucieństwem życia i skazaniem na śmierć. Wzrastająca z wiekiem religijność i oddawanie się religijnym praktykom oraz fakt, że osoby starsze i głęboko wierzące przejawiają mniejszy lęk wobec śmierci, a może nawet jej oczekują (co oczywiście nie jest regułą) – mogłyby według Kielanowskiego potwierdzać tę psychologiczną hipotezę¹⁰⁷³.

Ostatecznie jednak wiara w nieśmiertelność zasadniczo nie chroni przed strachem przed śmiercią (śmierci boją się także duchowni) – a idea nieśmiertelności okazuje się tylko złudzeniem. Jeżeli jednak religia pomaga człowiekowi w chwilach konania, to należy uznać jej indywidualną wartość¹⁰⁷⁴. Idea nieśmiertelności duszy – według Kielanowskiego – budzi wiele wątpliwości, a przede wszystkim jest niezgodna z danymi nauki. Przedstawia tu następujące rozumowanie: Nieśmiertelność ducha ludzkiego oznaczałaby dalsze trwanie świadomości człowieka po śmierci jego ciała, pod warunkiem poczucia świadomości swego „ja”, czyli rozpoznawania samego siebie. Natomiast poczucie to jest oparte na aktualnie odczuwanych wrażeniach zmysłowych i sumie pamięci wrażeń zapisanych w ciągu całego życia. Duch ludzki, pozbawiony nowych wrażeń zmysłowych, rozpoznawałby więc siebie tylko na podstawie dawnych wspomnień (wydarzeń już teraz bezsensownych i na pewno niegodnych wiecznego trwania). Kielanowski wskazuje, że rozumowanie to jest zresztą absurdalne, bo, zgodnie z danymi nauki, odczuwanie wrażeń wymaga istnienia narządów zmysłów – a, z kolei, pamięć wcześniejszych wrażeń jest związana z istnieniem nieuszkodzonych komórek mózgu (a może też być czasowo lub trwale niszczone u żywego człowieka za pomocą środków farmakologicznych lub zabiegów operacyjnych). Dlatego „istnienie świadomości ludzkiej, myśli ludzkiej, psychiki ludzkiej, czyli ducha, bez mózgu ludzkiego, bez zmysłów i ciała, jest postulatem religijnym, ale zarazem teorią nie do przyjęcia dla rozumującego racjonalnie i opierającego się na zdobyczach fizjologii człowieka”¹⁰⁷⁵. W opinii Kielanowskiego definicja śmierci mózgowej – utożsamiająca śmierć z nieodwracalnym zanikiem jego funkcji – doskonale potwierdza tezę o bezpodstawności przekonań o istnieniu jakiejś formy ludzkiej świadomości, a tym samym ducha, bez udziału mózgu – i Kielanowski skłaniał się do zdecydowania do koncepcji monistycznych w rozumieniu relacji między ciałem a umysłem (aczkolwiek nie odrzucał hipotezy, której zwolennikiem był T. Bilikiewicz – o możliwości istnienia jakiejś postaci „świadomości” komórkowej).

¹⁰⁷³Zob. T. Kielanowski, *Rozmyślenia o przemijaniu*, op. cit., s. 8.

Zajmujący się tym zagadaniem wskazują (np. S. Tokarski), że liczne dane przeczą tej hipotezie: wielu ludzi wierzy w piekło jako miejsce wiecznego potępienia, co nie daje się wyjaśnić w świetle przedstawianego przypuszczenia. Jeśli by tak było, to antycypowana śmierć rodzi wtórny strach przed możliwą karą (co prawda, ludzie tworzą na ogół pozytywny wizerunek własnej osoby i mogą sądzić, że wprawdzie miejsce wiecznego potępienia istnieje, ale ich potępienie nie spotka). Zob. S. Tokarski, *Psychologiczne źródła religijności*, [w:] *Podstawowe zagadnienia psychologii religii*, pod red. S. Głaza, Kraków 2006.

¹⁰⁷⁴Kielanowski stał na stanowisku, że kiedy cierpiący i umierający człowiek ma potrzebę kontaktu z kapłanem, to nie tylko należy to uszanować, ale starać się jego życzenie spełnić.

¹⁰⁷⁵T. Kielanowski, *Rozmyślenia o przemijaniu*, op. cit., s. 114-115.

Niemniej, niezależnie od filozoficznych i religijnych kontrowersji dotyczących możliwości istnienia niematerialnej duszy, faktem podkreślanym przez Kielanowskiego było to, że człowiek nieśmiertelności pragnie i nie potrafi sobie wyobrazić swojego nieistnienia¹⁰⁷⁶. To pragnienie nieśmiertelności – wg Freuda – kompensacja odczuwanej skończoności, przejawia się w rozmaitych formach (i to niezależnie od przekonań religijnych lub ich braku) – przede wszystkim w trosce o własne potomstwo, i jest rzeczywiście rodzajem materialnej jej formy: „Bo tak jak w nas żyją, w pewnym stopniu, nasi przodkowie, tak i my żyć będziemy w naszych dzieciach i wnukach. Według mnie jest to najlepszy rodzaj nieśmiertelności na jaki możemy sobie pozwolić”¹⁰⁷⁷.

Wyjątkową dbałość o utrwalenie swojego istnienia przejawiał człowiek od zarania dziejów, co wyrażało się w budowaniu grobowców, balsamowaniu zwłok, wyposażaniu zmarłego w atrybuty jego doczesnego życia, etc. Wszelkie współczesne obrzędy pogrzebowe mają na celu utrwalenie pamięci zmarłego, jego cnót i zasług. To pragnienie nieśmiertelności w szczególności warunkuje dynamizm ludzkiej kreatywności i twórczości, we wszelkich jej przejawach – artystycznej, naukowej, technicznej, społecznej. Co prawda kreatywności niedostępnej dla wszystkich, ale każdy człowiek na swój sposób pozostawia swoją część. Wartość życia – którą Kielanowski zdecydowanie odróżnia od zasług – w każdym przypadku jest ta sama (co ma zasadnicze znaczenie dla etyki lekarskiej, lekarz nie może wartościować indywidualnego życia). Nieśmiertelność osiągnana w dziełach jest istotnym elementem budowania kultury, ale należy mieć na uwadze, że jak powiadał Lao-Tsy, w jednej z ulubionych sentencji Kielanowskiego, „gdyby mędrcy nie umierali, świat by skamieniał”¹⁰⁷⁸. Obawa śmierci, przestrzegał Kielanowski, może przybierać i dewiacyjne formy – pomijając tzw. sławę herostratową – przykładem takiej aberracji może być krionika¹⁰⁷⁹, czy też naiwna wiara w wszechmoc nauki.

Publikacje Kielanowskiego spotykały się z zarzutem, szczególnie ze strony środowisk katolickich, odzierania śmierci z metafizyczności i traktowania jej w sposób naturalistyczny, sposób który wytwarza wokół niej atmosferę pustki. Jednak Kielanowski nie kwestionował wagi refleksji metafizycznej, ale w pewnym sensie za nią optował, stwierdzając: „istotnie w człowieku istnieje potrzeba metafizyki [...] – właśnie dlatego, że jesteśmy racjonalistami chcę, by to, co robimy miało sens i cel. Zadawanie sobie pytań o cel życia, istnienia – narzuca się ludziom krytycznie, racjonalnie myślącym. Nauka na to pytanie w ogóle odpowiedzieć nie umie. Filozofia egzystencjalna, bardzo jeszcze modna i chwytliwa, odpowiada cynicznie...”¹⁰⁸⁰. Uzasadniał też, że sam fakt obrony majestatu śmierci jest kontrargumentem wobec oskarżeń o naturalistyczną redukcję. Śmierci człowieka nie można sprowadzić tylko

¹⁰⁷⁶ Ibidem, s. 113.

¹⁰⁷⁷ *Czas przemijania. Rozmowa z prof. dr. T. Kielanowskim*, rozm. S. Malinowski, „Prawo i Życie” 1992, nr 44, s. 8.

¹⁰⁷⁸ T. Kielanowski, *Rozmyślania o przemijaniu*, op. cit., s. 128.

¹⁰⁷⁹ W 1968 r. jako pierwszy poddał się przedśmiertnemu (?) zamrożeniu amerykański psycholog J. Belford.

¹⁰⁸⁰ *O przemijaniu, samotności i nadziei. Rozmowa z prof. dr. T. Kielanowskim*, rozm. przepr. M. Woźniak, „Tygodnik Morski” 1974, nr 37, s. 4.

do wymiaru biologicznego i nie można porównywać ze śmiercią zwierzęcia. „Właśnie dla materialisty i racjonalisty – za którego Kielanowski się uważał – śmierć jest czymś ważnym, poważnym, godnym zadumy i szacunku. Dla fideisty śmierć jest końcem czegoś małego, początkiem czegoś ważniejszego. Dla materialisty śmierć jest definitywnym końcem czegoś tak niepowtarzalnego jak osobowość człowieka”¹⁰⁸¹. W „Rozmyślaniach...” konstatował – „majestat śmierci jest częścią majestatu życia, a człowiek i jego życie to dla materialisty, który nie wierzy w Boga, wartość najwyższa”¹⁰⁸². Ta najwyższa wartość wyznacza konieczność respektu i szacunku dla życia drugiego człowieka. W szczególny sposób obowiązuje lekarza, który jest, i powinien pozostać, obrońcą życia¹⁰⁸³. Ale nie jest wartością bezwzględną, co potwierdza fakt, że człowiek może cenić pewne ideały wyżej niż indywidualne przetrwanie, a „narażanie życia i świadoma ofiara w walce o wartości niematerialne, czyli ideały moralne, ideały altruistyczne – to cecha wyłącznie ludzka. [...] Ci, którzy zginęli nie opiszają już swoich uczuć, ale ci, którzy poświęcali życie, ale go nie utracili mówią zgodnie, że się śmierci nie bali, bo cel, do którego dążyli, był jedyną treścią ich myśli i uczuć”¹⁰⁸⁴.

¹⁰⁸¹ Ibidem.

¹⁰⁸² T. Kielanowski, *Rozmyślania o przemijaniu*, op. cit., s. 135.

¹⁰⁸³ Ibidem, s. 80.

¹⁰⁸⁴ Ibidem, s. 135-136.

5.3. Eutanalogia – nauka o dobrym umieraniu

„Śmierć człowieka – pisał Tadeusz Kielanowski – była, jest i na pewno będzie tematem dociekań filozofów, rozważań myślicieli i natchnienia poetów i malarzy. Lekarza natomiast nie interesuje śmierć, ale wyłącznie życie człowieka. Może go interesować umieranie, bo umierający człowiek żyje”¹⁰⁸⁵. Jednak to zainteresowanie umieraniem ze strony, nie tylko medycyny, jest zdecydowanie niewystarczające. Poddawał krytyce opieszałość nauki i sztuki lekarskiej względem ludzi beznadziejnie chorych i umierających oraz brak skupienia uwagi na ich losie, który, paradoksalnie, dzięki współczesnym możliwościom ratowania i utrzymywania życia staje się coraz trudniejszy ze względu na długotrwałe cierpienia. „Z tym, że śmierć jest nieunikniona, trzeba się pogodzić, ale wcale nie trzeba się godzić z tezą, jakoby umieranie musiało być okresem cierpień fizycznych i moralnych, bo takie są rzekomo prawa przyrody albo tak postanowił Bóg. Przede wszystkim nie powinien się z tym godzić lekarz”¹⁰⁸⁶.

Kielanowski, przerywając milczenie wokół tematów śmierci i umierania, nie godził się – zgodnie z przytoczoną wypowiedzią – z cierpieniem umierania, podejmując wielkie wyzwanie poprawy sytuacji ludzi u kresu życia. Wskazywał w związku z tym na konieczność powstania nowej nauki, którą sam nazwał „eutanalogia”¹⁰⁸⁷ (lub „eutanatologia”; zgodnie z grecką etymologią: *eu* – dobry, łagodny, *thánatos* – śmierć). Nauka ta podejmowałaby problematykę śmierci i służyłaby doskonaleniu opieki nad umierającymi.

Z postulatem wyodrębnienia tej dziedziny wystąpił w połowie lat siedemdziesiątych. Wypowiedzi dotyczące eutanalogii pochodzą głównie z 1974 r. i ukazały się w „Problemach” („Eutanatologia, czyli nauka o dobrej śmierci”), podczas wystąpienia na konferencji organizowanej przez środowisko „Etyki” w Jabłonnej („Medyczne i moralne problemy śmierci i umierania”, drukowane w „Etyce” w 1975 r.¹⁰⁸⁸) i w wywiadzie w „Argumentach” („Śmierć i cierpienie”). Wcześniej jednak ukazały się teksty poświęcone opiece nad człowiekiem umierającym, jak chociażby cykl w „Służbie Zdrowia” z 1971 r. zatytułowany „Leczenie terminalne”, napisany najprawdopodobniej po wizycie Kielanowskiego w utworzonym przez C. Saunders Hospicjum św. Krzysztofa.

„Skoro można uczynić umieranie mniej ciężkim, warto rozwijać odrębną specjalność medyczną – tzw. eutanatologię – naukę o dobrym umieraniu. Każdy lekarz winien ją

¹⁰⁸⁵ T. Kielanowski, *Eutanatologia, czyli nauka o dobrej śmierci*, op. cit., s. 16.

¹⁰⁸⁶ T. Kielanowski, *Medyczne i moralne problemy umierania i śmierci*, op. cit., s. 251.

¹⁰⁸⁷ Projekt eutanalogii Kielanowskiego w ostatnim czasie przypominał T. Sahaj – zob. T. Sahaj, *Czym jest eutanatologia i eutanopedagogika? Próba eksplikacji*, [w:] *Problemy współczesnej tanatologii*, op. cit. Do „eutanalologii” nawiązują również: A. Alichniewicz, *Tanatologia filozoficzna jako podstawa tanatologii lekarskiej*, [w:] *Umierać bez lęku. Wstęp do bioetyki kulturowej*, op. cit., s. 143 oraz M. Adamkiewicz, *Oblicza śmierci. Propedeutyka tanatologii*, op. cit., s. 38. Referat na temat: *Tadeusza Kielanowskiego koncepcja eutanalogii – nauki o dobrym umieraniu*, przedstawiłem na konferencji *Bioetyka w praktyce medycznej*. Por. przypis 983, na str. 272.

¹⁰⁸⁸ T. Kielanowski, *Medyczne i moralne problemy umierania i śmierci*, „Etyka”, 1975, nr 14 (toż. [w:] *W kręgu życia i śmierci*, op. cit., s. 243-251).

opanować. Należy przeto nauczać jej w Akademiach Medycznych!”¹⁰⁸⁹, mówił w wywiadzie „Śmierć i cierpienie”. Co oznacza tu pojęcie „dobrego umierania”, czy umieranie może być „dobre”? Zdaniem Kielanowskiego, może – w takim znaczeniu, jak mówimy o dobrym dzieciństwie czy w ogóle dobrym życiu. „Dobre umieranie” to dla niego umieranie bez cierpień fizycznych i moralnych, godne człowieka rozstanie ze światem. Te bardzo ogólne i proste sformułowania będą źródłem licznych jego analiz, wniosków i propozycji konkretnych rozwiązań. W „Eutanatologii, czyli nauce o dobrej śmierci” nazwa projektowanej dziedziny pojawia się tylko w tytule artykułu. Nie podejmował tu żadnych metodologicznych kwestii związanych z eutanatologią, po prostu poruszał zagadnienia i problemy, które wiążą się z faktem śmierci oraz opieką i relacją wobec umierających, tym samym, ukazując obszary zainteresowań nauki o dobrej śmierci.

Próbę bliższego określenia eutanalogii podejmował w artykule „Medyczne i moralne problemy umierania i śmierci”, który przedstawiony na konferencji „Etyka a problemy zdrowia i rehabilitacji” wzbudził bardzo żywiołową dyskusję¹⁰⁹⁰. Po analizie sytuacji umierających i beznadziejnie chorych, wskazującej m. in. na konieczność rewizji pewnych pojęć i zmiany podejścia, wskazywał: <<Coraz wyraźniej rysuje się potrzeba powstania i rozwoju nowej dziedziny nauk lekarskich, dziedziny nauki o objawowym leczeniu ludzi umierających, czyli leczeniu terminalnym. Ambicją medycyny powinna być umiejętność łagodzenia cierpień terminalnych w takim samym stopniu, w jakim łagodzi się dziś bóle przedoperacyjne, operacyjne i pooperacyjne, co ostatnio czyni się przecież znakomicie. Sądzę, że nazwa nauki o dobrym umieraniu mogłaby poprawnie brzmieć – „eutanalogia”. Problematyka eutanalogii byłaby bardzo bogata i nie ograniczałaby się do studiowania metod farmakologicznych i psychoterapeutycznych. Wiele spraw przekraczałoby zawodowe kwalifikacje lekarza. Sądzę, że nieodzowna byłaby współpraca filozofa z lekarzem, zarówno w wytyczaniu drogi badań, jak i dyskusowaniu pojęć i postaw>>¹⁰⁹¹.

Eutanalogia, zajmująca się empirycznym faktem śmierci, jest dla Kielanowskiego dziedziną interdyscyplinarną łączącą medycynę z filozofią i naukami humanistycznymi, przynależy jednak do obszaru nauk medycznych. Lekarz i filozof reprezentują wspólnotę badawczą, o odmiennych formacjach intelektualnych, zatroskaną o los człowieka u kresu życia. Celem tej nauki jest praktyka – sztuka łagodzenia cierpień terminalnych. Powinna w związku z tym odwoływać się do metod klinicznych, empirycznych oraz filozoficznego opisu kondycji człowieka. A. Alichniewicz, odnosząc się do powyższego fragmentu, słusznie zwraca uwagę na pojęcia „droga” i „postawa”, które otwierają nową perspektywę dla tanatologii lekarskiej – „należy bowiem przede wszystkim porzucić drogę oferowaną przez scjentyistyczny model śmierci – zwiódła nas ona przecież na manowce zmedykalizowanej i ostatecznie zdziczałej śmierci. Filozofia proponuje inną drogę, zarysowaną przez ogład

¹⁰⁸⁹ T. Kielanowski, *Śmierć i cierpienie*, „Argumenty” 1974, nr 46, s. 5.

¹⁰⁹⁰ Zob. *Etyka a problemy zdrowia i rehabilitacji*, „Etyka”, 1975, nr 14, s. 117.

¹⁰⁹¹ T. Kielanowski, *Medyczne i moralne problemy umierania i śmierci*, op. cit., s. 250.

fenomenologiczny i hermeneutykę śmierci, drogę rozumienia własnej i cudzej śmiertelności. Droga ta z kolei wskazuje właściwą postawę – postawę rozumiejącego pochylenia nad umierającym”¹⁰⁹². Dla Kielanowskiego odejście od czysto biomedycznego traktowania śmierci, które niesie ze sobą dewaluację jej majestatu, jest szczególnie ważne, a kreowanie postaw „rozumiejącego pochylenia się nad umierającym” (to określenie A. Alichniewicz bardzo dobrze oddaje podejście Kielanowskiego) powinno, w przypadku przyszłych lekarzy, stanowić istotny element programu uczelni medycznych, co wielokrotnie i z naciskiem podkreślał. Nie mniej ważne są jednak i pojęcia – ich krytyczna analiza i uporządkowanie – teoria i wiedza oparte na doświadczeniu i poddane kontroli rozumu. Między współcześnie uprawianą medycyną a filozofią musi odbywać się nieustanny dialog, konfrontowanie i wypracowywanie stanowisk. Dyskusja musi mieć nie tylko teoretyczny sens – jej efektem powinno być praktyczne działanie, kształtowanie postaw i zachowań, które muszą także podlegać osądowi. Nie tylko medycyna bez filozofii (i w ogóle komponentu humanistycznego) schodzi z właściwej drogi, stając się jednostronna, ale także filozofia, tracąc kontakt z problematyką medyczną – traci kontakt z rzeczywistością.

Pomimo wielości publikacji dotyczących umierania i moralnej problematyki śmierci Kielanowski w sposób systematyczny nie przedstawił całościowego projektu eutanalogii, wskazując bardzo ogólnie na jej kształt. Nie mniej z lektury tekstów wyłania się zasadnicza tematyka tej dziedziny (zarysowana ogólnie w artykule „Eutanatologia – czyli nauka o dobrej śmierci”). Poza doskonaleniem metod leczenia terminalnego (farmakologiczno-zabiegowych i psychoterapeutycznych) obejmowałaby m. in.: elementy filozofii człowieka, teorię cierpienia, zagadnienia śmierci i umierania, teorię i praktykę opieki i postępowania wobec nieuleczalnie chorych i umierających w powiązaniu z zagadnieniami etyki, systematyzację podglądów i pojęć związanych ze śmiercią człowieka (definicja śmierci, eutanazji i in.). Eutanalogia, poruszając się wokół tych zagadnień, powinna zmierzyć się i w racjonalny sposób podejmować dyskusję nad moralnymi problemami, które rodzi postęp nauk medycznych – dlatego też zasadniczą sprawą jest współpraca z filozofią. W ten sposób łączy się ona z szeroko ujmowaną przez Kielanowskiego etyką lekarską – a w dzisiejszym rozumieniu, z bioetyką. Przede wszystkim musi przemyśleć, chociażby tak istotne zagadnienia, jak:

- obowiązujący wciąż paradygmat „uleczalności” i skupienie się wyłącznie na przywracaniu zdrowia,
- kwestie granic cierpienia,
- pojęcie „świętości życia” i problem jego wartościowania,
- definicję śmierci człowieka¹⁰⁹³.

Kielanowski, wprowadzając nowy termin, chciał odróżnić „naukę o dobrym umieraniu” od tanatologii – ogólnej nauki o śmierci. Jego projekt różni się np. od szeroko

¹⁰⁹² Zob. A. Alichniewicz, *Tanatologia filozoficzna jako podstawa tanatologii lekarskiej*, [w:] *Umierać bez lęku*, op. cit., s. 143.

¹⁰⁹³ Zob. T. Kielanowski, *Medyczne i moralne problemy umierania i śmierci*, op. cit.

zakrojonej wizji stworzenia gałęzi nauki wielo- lub ponaddyscyplinarnej tanatologii, jak widział to Thomas. Przedmiotem zainteresowania Kielanowskiego jest przede wszystkim samo umieranie, ujmowane jako możliwość łagodnego przejścia, a celem – wieloaspektowa pomoc umierającym i opieka nad nimi. Podejście jest więc pragmatyczne, pomijając swoistość tej dziedziny, zgodne z jego ideą neoantropocentryzmu. Nie podejmuje właściwie zagadnień metodologicznych – wydaje się, że w jego rozumieniu, tak jak można budować niezależną etykę lekarską, tak można stworzyć eutanalogię, która mimo, a może dzięki związkowi z filozofią, unikałaby sporów światopoglądowych, a ujmowałaby śmierć jako fakt empiryczny.

Eutanalogia, dziedzina o wymiarze praktycznym, jest przede wszystkim lekarską sztuką dobrego umierania. Ale Kielanowski ma, jak można sądzić, na uwadze również jej szersze rozmięcenie – jako współczesną *ars moriendi*¹⁰⁹⁴, która ma wymiar terapeutyczny – przez popularyzację jej idei można zmniejszać grozę śmierci i ją racjonalizować, a pełniąc rolę „wychowawczą”, kształtuje odpowiednie postawy. Autor „Rozmyślań o przemijaniu” mówi nawet o „psychoprofilaktyce śmierci”¹⁰⁹⁵, przygotowującej człowieka do myśli o niej jako o zjawisku nieuchronnym, z którym trzeba się liczyć i pogodzić. To co nieuniknione „nie musi być straszne. Na odwrót – może być pogodne, spokojne, bezbolesne. Utopia. Może tak...”¹⁰⁹⁶.

Proponowana przez Kielanowskiego nazwa eutanalogii nie przyjęła się, być może kojarząc się z powszechnym rozumieniem eutanazji, jako zabójstwa z litości motywowanego współczuciem – a ponadto upowszechniło się też określenie „tanatologia lekarska”. Zresztą Kielanowski później tego terminu właściwie nie używał, ale idei nauki o dobrym umieraniu pozostał wierny do końca. Promowana przez niego eutanalogia z pewnością leży u źródeł polskiej tanatologii lekarskiej, jako że to on właśnie zainicjował refleksję nad śmiercią, refleksję tanatologiczną w różnych jej aspektach, a przez liczne wypowiedzi inspirował do podejmowania tej tematyki. Jednak i tanatologia lekarska jest różnie pojmowana (podobnie jak sama tanatologia). Często kojarzona jest np. z teorią opieki paliatywnej bądź bywa zaliczana do bioetyki – jako jej część dotycząca sytuacji granicznej życia ludzkiego. Nie stanowi, w związku z tym, jednolitej dyscypliny i wciąż wydaje się być bardziej postulatem do zrealizowania.

Szukając źródeł i przesłanek nauki Kielanowskiego o dobrym umieraniu wskazać należy na:

- jego wieloletnią praktykę kliniczną, doświadczenie i niezgodę na ogrom cierpienia chorych, w szczególności w związku z rozwojem chorób nowotworowych;
- kontakty z hospicjum św. Krzysztofa w Londynie i twórczynią nowoczesnej koncepcji opieki hospicyjnej – dr C. Saunders (hospicjum wizytował w 1971 r. – a być może i wcześniej, natomiast C. Saunders była w Polsce w 1978 r.);
- rozwijającą się wówczas intensywnie na Zachodzie literaturę tanatologiczną;

¹⁰⁹⁴ Zob. A. Alichniewicz, *Tanatologia filozoficzna jako podstawa tanatologii lekarskiej*, op. cit., s. 142.

¹⁰⁹⁵ T. Kielanowski, *Psychoprofilaktyka śmierci*, „Służba Zdrowia” 1971, nr 36, s. 3.

¹⁰⁹⁶ T. Kielanowski, *O majestacie śmierci*, „Argumenty” 1960, nr 31, s. 1.

- jego rozumienie medycyny, której chciał przywrócić humanistyczne oblicze, gdyż postęp naukowo-techniczny wiążący się z niezwykle cennymi zdobyczami, jednocześnie doprowadził do jednostronnego, materialno-przyrodniczego traktowania człowieka.

Centrum uwagi eutanalogii stanowi człowiek wobec śmierci, człowiek cierpiący, który, o ile jest zdolny, ma prawo stanowić o sobie i o swoim życiu. Człowiek, który nie chce cierpieć niepotrzebnie, lecz odejść bezboleśnie (wyklęta w poprzednich wiekach śmierć nagła i niespodziewana – jak wskazywał Ariès – stała się współcześnie śmiercią najczęściej upragnioną¹⁰⁹⁷). Zasadniczym zaś sensem eutanalogii jest przeciwdziałanie i łagodzenie niepotrzebnego cierpienia¹⁰⁹⁸, oznaczające przede wszystkim cierpienia poprzedzające śmierć, cierpienia terminalne.

Wiedza o umieraniu, o jego przebiegu, etapach stanowić musi podstawową część eutanalogii i jest zasadniczo wiedzą medyczną, a także psychologiczną – opisującą i analizującą przeżycia, odczucia, lęki. Kielanowski zwracał uwagę na potrzebę zrozumienia procesu umierania, które przebiega w niezwykle zindywidualizowany sposób i w którym co prawda można wyróżnić pewne etapy, jednak „typowe” umieranie nie istnieje. „W rzeczywistości bywa umieranie zjawiskiem bardzo różnym, w zależności od choroby, od wieku człowieka umierającego i od wielu innych okoliczności”¹⁰⁹⁹, a na każde umieranie trzeba patrzeć jak na bardzo ważną, może najważniejszą część życia konkretnego człowieka. Niezależnie od przekonań światopoglądowych należy dążyć do przywrócenia szacunku wobec śmierci, gdyż majestat śmierci jest częścią majestatu życia. W istocie chodzi tu o troskę o godność umierania. W związku z tym Kielanowski wskazuje na konieczność wypracowania kryterium „jakości śmierci” – odnoszące się do okoliczności – czy chory umierając, bardzo cierpiał, czy też umierał pogodnie, przytomnie, bez cierpień fizycznych i duchowych, czyli dobrą śmiercią.¹¹⁰⁰ Pojęcie „jakości śmierci” jest jednym z interesujących określeń wprowadzonych przez Kielanowskiego, jednak, poza „Eutanatologią, czyli nauką o dobrej śmierci”, nie rozwijany w innych publikacjach.

Celem eutanalogii jest doskonalenie sztuki niesienia ulgi w cierpieniach u kresu życia, które nazywał wręcz „leczeniem umierania” – i stanowi ją objawowe leczenie farmakologiczno-zabiegowe wraz z psychoterapią i opieką terminalną. Ta ostaną wiąże się z opanowaniem umiejętności rozmawiania z chorym, z badaniem i rozpoznaniem ustalającym właściwy rytm leczenia przeciwbólowego, właściwą pielęgnacją pacjenta oraz kontaktami z rodziną. Zdaniem Kielanowskiego „leczenie umierania”, sztuka łagodzenia cierpień beznadziejnie chorych, rozpoczyna się od przerwania zmywu milczenia. Przywrócenie śmierci godności wymaga świadomego jej przeżywania. Rozpoczyna się więc od decyzji w dwóch istotnych kwestiach: informacji o stanie pacjenta i rokowaniu oraz miejscu przeżycia ostatnich

¹⁰⁹⁷ Zob. Ph. Ariès, *Człowiek i śmierć*, op. cit., s. 576.

¹⁰⁹⁸ T. Kielanowski, *Problem niepotrzebnego cierpienia*, op. cit., s. 113 nast.

¹⁰⁹⁹ T. Kielanowski, *Rozmyślenia o przemijaniu*, op. cit., s. 21.

¹¹⁰⁰ T. Kielanowski, *Eutanatologia, czyli nauka o dobrej śmierci*, op. cit., s. 16.

dni chorego¹¹⁰¹. Kiedy rozważał te zagadnienia, jak wskazywano wcześniej, istniała tendencja do ukrywania przed chorym prawdy o złym rokowaniu i w Polsce nie rozwijał się jeszcze ruch hospicyjny, a miejscem śmierci mógł być dom lub szpital. Istotne jest tu, że wychodząc od zasady autonomii pacjenta i poszanowania jego godności, uzasadnia, iż decydującą powinna być wola chorego, bo o jego życie i cierpienie tu chodzi. Z wielkim szacunkiem odnosił się do powstałego w 1967 r. Hospicjum św. Krzysztofa w Londynie i upowszechniał metody jego pracy. Jednakże początkowo miał wątpliwości, co do tworzenia takich wyspecjalizowanych placówek dla beznadziejnie chorych. Ale w latach osiemdziesiątych włączył się w ideę stworzenia pierwszego stacjonarnego hospicjum w Krakowie i był członkiem stowarzyszenia, które je tworzyło, a z wielką aprobatą odnosił się do formy hospicjum domowego, powstającego nieco później w Gdańsku.

Zanim zaczęły tworzyć się hospicja, chciał zreformować przede wszystkim opiekę nad umierającym w szpitalu, ponieważ „nieprawdą jest, że u beznadziejnie chorego w okresie terminalnym nic już nie można zrobić. Na odwrót można zrobić bardzo dużo, można jego cierpienia bardzo znacznie łagodzić, a nieraz całkiem zwalczyć”¹¹⁰². Umierający musi być w szpitalu pacjentem uprzywilejowanym, któremu poświęca się nie mniej, jak to zwykle praktykowano, lecz więcej czasu i nie może przestać interesować lekarza z racji swej nieuleczalności. Zadaniem nauki o dobrym umieraniu, w rozumieniu Kielanowskiego, było doprowadzenie do „humanizacji śmierci w szpitalu” nie tylko przez zmianę postaw i form opieki, ale także przez reorganizację placówki, rewizję rygorystycznych wówczas regulaminów, czy właściwe rozwiązania architektoniczne szpitali¹¹⁰³. Postulowane zmiany miały zapewnić m. in. odpowiednie miejsce, w celu umożliwienia rodzinie czuwania przy bliskim, „gdyż wciąż pokutuje parawan lub separatka, w której chory jest sam”¹¹⁰⁴.

Problem ujawnienia prawdy nieuleczalnie chorym i umierającym, omawiany wcześniej, należy przypomnieć także w kontekście eutanalogii. Stanowisko Kielanowskiego było wyrazem troski o pacjenta, rozważnym i delikatnym. Chory ma prawo do prawdy, ale nie ma obowiązku jej znać, a najistotniejszy jest sposób przekazania jej przez lekarza, co powinno dokonywać się podczas odpowiednio przeprowadzanej rozmowy, po przygotowaniu do jej przyjęcia i z wyzwoleniem jakiejś formy nadziei. Kielanowski, mimo że krytycznie oceniał metodę E. Kübler-Ross w wyjawianiu chorym prawdy o bliskiej śmierci (choć wydaje się, że ta opinia była niezupełnie uzasadniona – Kübler-Ross uświadamiała bliskość śmierci w długich rozmowach, a nie w sposób obcesowy i nieliczący się przeżyciami chorych)¹¹⁰⁵, to podkreślał jej zasługi w zainicjowaniu badań nad psychologią umierania. Choć jej

¹¹⁰¹ T. Kielanowski, *Eutanatologia, czyli nauka o dobrej śmierci*, op. cit., s. 16.

¹¹⁰² T. Kielanowski, *Leczyć należy do końca*, „Problemy Rodziny” 1981, nr 4, s. 28.

¹¹⁰³ W swojej Klinice Kielanowski zniósł ograniczenia dotyczące odwiedzin rodziny tylko w określonych godzinach lub dniach.

¹¹⁰⁴ Ibidem, s. 29.

¹¹⁰⁵ Krytykę Kielanowskiego potęgował też fakt, że Kübler-Ross swoim autorytetem udzielała poparcia pseudonaukowym publikacjom Moody’ego „Życie po życiu” i jego późniejszym działaniom. Zob. T. Kielanowski, *Mówić prawdę! (Mówić prawdę...?)*, op. cit., s. 3

schemat reakcji pacjenta na wiadomość o nieuleczalnej chorobie i perspektywie śmierci – zaprzeczenie, gniew, targowanie się, depresja, akceptacja – poddawany był wielokrotnie krytyce, również z powodów niedoskonałości warsztatu badawczego czy niekonsekwencji, to zyskał dużą popularność.

Kielanowski posługując się szerokim rozumieniem leczenia rozumiał je jako każde lekarskie działanie podejmowane w celu sprawienia ulgi człowiekowi cierpiącemu fizycznie lub moralnie¹¹⁰⁶. Za niewłaściwą uważał tendencję do nazywania „postępowaniem objawowym” tych metod, które nie przynoszą zdrowia, ale tylko łagodzą symptomy choroby. Leczenie terminalne winno obejmować wszystkie aspekty łagodzenia cierpień, a ponieważ człowiek jest całością psychofizyczną należy stosować terapię farmakologiczno-zabiegową i psychoterapię terminalną. Osiągnięcie celu, uśmierzenie cierpień, wymaga stosowania obu tych form łącznie.

Szczególną uwagę poświęcał psychoterapii – gdyż wobec przyrodniczo-technicznego postępu medycyny jej aspekt humanistyczny uległ degradacji. Psychoterapia terminalna w najprostszej formie jest codzienną, długą rozmową z umierającym, a często może ograniczać się do cierpliwego i rozumiejącego wysłuchiwanie pacjenta. Podstawową jest tu zasada ukazywana przez C. Saunders – „czuwaj ze mną”. Chory nigdy nie powinien być sam¹¹⁰⁷, dlatego tak ważne jest współdziałanie z rodziną. Kielanowski wystąpił z ciekawą propozycją obowiązkowych dyżurów studentów medycyny przy umierających celem kształtowania wrażliwości, odpowiednich postaw i umiejętności.

Tadeusz Kielanowski wypracowuje i wskazuje podstawowe reguły psychoterapii terminalnej:

- dostosowanie jej treści i formy do indywidualnych cech pacjenta, jego osobowości, przekonań, wykształcenia i in.,
- systematyczność,
- poszanowanie przekonań światopoglądowych i religijnych,
- odpowiedzialność lekarza prowadzącego za program psychoterapii (mogą zostać włączeni zawodowi psychologowie czy też wspomagający wolontariusze, ale Kielanowski był przeciwnikiem rozdzielania funkcji na lekarza „ciała” i lekarza „duszy”).

Istotnym jest wzbudzenie w chorym jakiejś nadziei – „nadziei na poprawę stanu zdrowia, ale czasem nadziei na jakiś rodzaj nieśmiertelności pojętej bardziej lub mniej metafizycznie”.¹¹⁰⁸ Oddziaływanie psychoterapeutyczne nie sprowadza się do samej rozmowy. Zdaniem prof. Kielanowskiego często większą rolę odgrywa sama postawa lekarza oraz pielęgniarki, wyrażająca cierpliwość, współczucie, zainteresowanie. „Nie jest teoria psychoterapii terminalnej trudna. Bardzo trudna jest natomiast jej praktyka. Jest to sztuka,

¹¹⁰⁶ T. Kielanowski, *Psychoterapia terminalna*, „Problemy Dydaktyki Medycznej” 1975, nr 3, s. 83.

¹¹⁰⁷ Ibidem, s. 69.

¹¹⁰⁸ T. Kielanowski, *Eutanatologia, czyli nauka o dobrej śmierci*, op. cit., s. 18.

którą opanować powinien każdy lekarz, ale sztuka, w której osiągnięcie mistrzostwa mało komu się udaje”¹¹⁰⁹.

Warunkiem udanej, i w ogóle możliwej, psychoterapii jest uprzednie złagodzenie bólu, co jest celem leczenia farmakologicznego i zabiegowego. W teorii i praktyce farmakologicznej walki z bólem Kielanowski korzystał wiele z doświadczeń Hospicjum św. Krzysztofa. Pokazywały one, że u chorych terminalnie można umiejętnie stosować różne narkotyki, nie obawiając się uzależnienia, a środki przeciwbólowe należy podawać w takim rytmie, by ból nie pojawił się w ogóle. (Stosowanie specyfiku dopiero, gdy chory skarży się na ból, prowadzi do ciągłego lęku przed jego nawrotem, a to może być cierpieniem jeszcze dotkliwszym¹¹¹⁰). W latach siedemdziesiątych Kielanowski w Klinice Gruźlicy i Chorób Płuc AMG przeprowadzał badania nad stosowaniem heroiny (za zgodą ministerstwa zdrowia) w przyniesieniu ulgi cierpiącym w chorobach nowotworowych¹¹¹¹. Wskazywał, że należy jednak przemyśleć do jakiego poziomu możemy stosować środki oszłamiające i ograniczające świadomość, ponieważ, jak pokazuje praktyka kliniczna „wysoko cenią życie i chcą czasem intensywnie przeżywać ostatnie jego tygodnie niektórzy ciężko chorzy ludzie, znający rozpoznanie choroby, na którą cierpią i w pełni świadomi zbliżającego się końca”¹¹¹². Decyzją chorego jest czy i na ile chce świadomie przeżywać swoje ostatnie dni.

Kielanowski był przekonany, co doskonale potwierdził późniejszy rozwój metod hospicyjno-paliatywnych, że właściwie sprawowana opieka i uśmierzanie cierpień umierających – a więc praktyczna realizacja nauki o dobrym umieraniu – może być alternatywą wobec działań eutanatycznych, ponieważ, jak ukazuje doświadczenie: „ludzie wolni od cierpień nie proszą o zadanie im śmierci, i nawet wiedząc, co ich czeka, cenią sobie ostatnie tygodnie i dni tak, jakby to był piękny wieczór po długim i pogodnym dniu. Może więc doskonalenie sztuki łagodzenia cierpień terminalnych stanowi właściwe rozwiązanie, a nie ułatwianie samobójstwa”¹¹¹³.

W 1985 r., u schyłku działalności publicystycznej Kielanowskiego – P. Müldner-Nieckowski, nawiązując do jego wieloletniej aktywności, w artykule „Problem umierania i śmierci w praktyce lekarskiej” rozpatrywał bieżącą sytuację opieki nad umierającymi i rozwoju tanatologii lekarskiej w Polsce. Poddawał krytyce opieszałość i pewną bezradność w stwarzaniu warunków godnego umierania, brak koncepcji i systemowego podejścia do problemu umierania i śmierci. Apelował o podjęcie konkretnych działań: „Zaczynać. [...]”

¹¹⁰⁹ T. Kielanowski, *Psychoterapia terminalna*, op. cit., s. 85.

¹¹¹⁰ Ibidem.

¹¹¹¹ Zob. R. Tybusz, K. Ruszel, T. Kielanowski, *Heroina w terapii nieuleczalnie chorych*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1974, nr 26, s. 1129.

¹¹¹² Kielanowski podawał przykłady z własnych lekarskich obserwacji: „Dwaj nieprzeciętnie inteligentni lekarze w wieku niewiele ponad trzydziestu lat, J.Ch., chory na najcięższą gruźlicę płuc i inny, jeszcze młodszy lekarz J.L., dotknięty nieuleczalnym nowotworem złośliwym, zrezygnowali na wiele tygodni przed przewidywaną przez nich trafnie śmiercią z wszelkiego leczenia, także przeciwbólowego, nasennego i innego objawowego”. Zob. T. Kielanowski, *Primum vivere – deinde philosophari*, op. cit., s. 8.

¹¹¹³ T. Kielanowski, *Uciec od cierpień terminalnych*, „Problemy Dydaktyki Medycznej i Wychowania” 1985, nr 17, s. 7.

Nic bowiem do dziś nie zrobiono, aby cokolwiek zacząć. Ani w szkole lekarskiej, ani w praktyce podyplomowej, ani w urządzeniach szpitali, ani w oświacie medycznej, mimo wielu publikacji, mniejszych i większych, nie powstało nic ponad małe towarzystwo opieki nad umierającymi w Krakowie pod auspicjami Kościoła. Nic się nie szerzy w społeczności lekarskiej. Nadal funkcjonuje stereotyp śmierci w szpitalu, z dala od rodziny wśród plastrów, rurek plastikowych, monitorów. [...] Ludzie starzy wręcz boją się szpitala, bo tam się w zasadzie tylko umiera”¹¹¹⁴. Jednocześnie, opierając się na ujęciu Kielanowskiego, rozumiejąc tanatologię jako rodzaj obowiązku i filozofii, wskazywał na jej składowe: teorię cierpienia, teorię umierania, teorię postępowania w chorobie terminalnej, teorię uczenia się opieki nad człowiekiem umierającym, koncepcję rekonstrukcji służby zdrowia pod kątem tanatologii. Zwraca także uwagę, że tanatologia powinna doskonalić teoretyczne zaplecze związane z systematyzacją pojęć i poglądów na tematy związane ze śmiercią¹¹¹⁵.

Propozycja eutanalogii Kielanowskiego poprzedzała ruch opieki nad człowiekiem umierającym i w zasadniczy sposób go inspirowała. Powstanie specjalności medycyny paliatywnej i nowoczesne metody walki z bólem, rozwijający się od wielu lat ruch hospicyjny i cała współczesna opieka paliatywno-hospicyjna wskazują na ogromny postęp w tych dziedzinach, który dokonał się w ciągu dwudziestu lat od czasu wystąpień Kielanowskiego. Tanatologia dzisiaj bada śmierć w jej różnych wymiarach i wyraża się w wielu odmianach. Mimo upływu czasu projekt Tadeusza Kielanowskiego ma znaczenie nie tylko historyczne, ale zawiera przemyślenia i wskazania, które nie straciły na aktualności i mogą stanowić inspirację przede wszystkim w sferze podstawowych zasad nauki i sztuki opieki nad umierającym. Lektura tekstów skłania do rozważań i wyciągnięcia wniosków o potrzebie ciągłego ponawiania dyskusji wobec rozwoju nauk biomedycznych, ale również humanistycznych.

¹¹¹⁴ P. Müldner-Nieckowski, *Problem umierania i śmierci w praktyce lekarskiej*, op. cit., s. 141. Opublikowany w 1985 r. tekst nie uwzględniał jeszcze gdańskiej inicjatywy hospicjum domowego z 1984 r.

¹¹¹⁵ Ibidem, s. 145 nast.

5.4. Wybór śmierci – moralna problematyka granicznych stanów życia

Graniczne i dramatyczne zdarzenia – samobójstwo, eutanazję, a także aborcję – łączy fakt przerwania życia i poprzedzającej go decyzji, podejmowanej albo przez sam podmiot działania, albo przy współudziale innych osób lub wyłącznie na mocy ich decyzji motywowanej różnie rozumianym dobrem. Trudna problematyka granicznych stanów życia analizowana dziś jest w ramach bioetyki. Tadeusz Kielanowski podejmował ją w całym powojennym okresie swojej działalności.

Kielanowski, rozważając powyższe zagadnienia podkreślał poważne przemiany, które dokonywały się w obrębie stosunku człowieka do życia i śmierci na przestrzeni dziejów. W starożytności wolno było zabijać słabe lub nieprawidłowo ukształtowane noworodki – nie tylko w Sparcie. Dostyc powszechną praktyką było przerywanie ciąży, mimo zdecydowanie negatywnego stanowiska Hipokratesa, co zostało wyrażone w przysiędze jako zakaz jej dokonywania przez lekarzy. Hipokrates natomiast nie zalecał podejmowania się leczenia chorych dotkniętych chorobą źle rokującą, zagrożonych śmiercią. Szczególny wyraz znalazło to u Platona w koncepcji idealnego państwa – uważał leczenie ludzi ciężko chorych „wewnątrz na wskroś zbolałych” za niecelowe: „jeśli ciała będą mieli liche, tym pozwole się umrzeć, a których by dusze były złej natury i nieuleczalne, tych będą sędziowie skazywali na śmierć”¹¹¹⁶. Samobójstwo natomiast bywało uznawaną formą zakończenia życia, czasem honorową, również w kręgu kultury śródziemnomorskiej – a nie tylko w kulturach wschodu. Zasadnicza zmiana nastąpiła pod wpływem religii i filozofii chrześcijańskiej, dzięki której szacunek dla życia stał się podstawową zasadą¹¹¹⁷. Kierując się nakazami miłości bliźniego i miłosierdzia zaczęto zalecać opiekę nad każdym chorym i każdym umierającym, niezależnie od stanu i rokowania, co spełniały najpierw zakony, a potem zostało przejęte przez organizującą się opiekę medyczną¹¹¹⁸.

Jednak XX wiek, ze swoimi osiągnięciami i klęskami, ze zdobyczami medycyny i cierpieniem, które ona także niesie, ukazuje coraz częstszą sytuację, w której człowiek stoi wobec wyboru śmierci. Dlatego też – według Kielanowskiego – konieczna jest nieskrępowana refleksja. Otwierając pierwszą z Konferencji Lekarzy i Humanistów w Gdańsku w 1976 r., mówił: „Żyjemy na szczęście w epoce, w której wolno szczerze i jawnie mówić o wielu sprawach stanowiących do niedawna tabu, próbujemy więc szukać odpowiedzi na pytanie: – Kto jest dysponentem ludzkiego życia, kto o nim stanowi? Istota nadprzyrodzona? Przeznaczenie? Los? Czy człowiek sam? Na pewno człowiek sam. Jeżeli jednak człowiek sam ma prawo stanowienia o sobie i swoim życiu, to jakie są tego konsekwencje dla zawodu lekarza i dla innych ludzi, którzy by chcieli pomóc cierpiącemu, przynieść mu ulgę, i gdzie leży granica, której nikomu nie wolno przekroczyć dla wspólnego dobra? [...] Granicą, której

¹¹¹⁶ Platon, *Państwo*, Warszawa 1990, s. 172.

¹¹¹⁷ Poza pewnymi odosobnionymi przypadkami – jak w okresie wczesnego chrześcijaństwa wśród donatystów, zalecających wręcz samobójstwo.

¹¹¹⁸ Zob. np.: T. Kielanowski, *Rozmyślenia o przemijaniu*, op. cit., s. 71 nast.

nie wolno przekroczyć, jest zadanie śmierci, bo człowiekowi wolno dysponować swoim, ale nigdy cudzym życiem”¹¹¹⁹.

5.4.1. Samobójstwo

Człowiek jest jedyną istotą żywą, która wie o tym, że umrze, jak też „całkiem na pewno wiadomo, że on jeden wśród wszystkich istnień jest zdolny do powzięcia decyzji pozbawienia się życia i spełnienia tego czynu”¹¹²⁰ – konstatował Tadeusz Kielanowski. Samobójstwo w świecie zwierzęcym nie istnieje, a opisy poszczególnych zdarzeń o samobójstwach popełnianych przez zwierzęta są wynikiem antropomorfizacji, jedynie człowiek zdolny jest do przypisywania jakimś pragnieniom wartości wyższej od własnego życia¹¹²¹.

W posłowie do książki Brunona Hołysta „Samobójstwo – przypadek czy konieczność” – pierwszej polskiej tak obszernej i oryginalnej pracy na ten temat – dodawał: „Tylko człowiek, tylko *homo sapiens* jest zdolny do pokonania oporów biologicznie najstarszego instynktu, zwanego samozachowawczym, i do zadania sobie samemu, świadomie i często po namyśle – śmierci. To nie instynkt, chroniący życie osobnicze i życie gatunku wszystkich roślin i zwierząt zawodzi, bo człowiek się śmierci boi i broni się przed nią; [...] Mimo tego strachu popełnia jednak człowiek samobójstwo wtedy, kiedy bardziej od śmierci boi się dalszego życia, bo mu się wydaje, bo przewiduje albo nawet wie na pewno, że jego życie będzie moralną lub fizyczną męczarnią i tylko śmierć może go od niej wybawić”¹¹²². Samobójstwo, jako akt całkowitej zagłady, pozostaje w zasadniczej sprzeczności z podstawowym dążeniem człowieka do zachowania swego istnienia. Traktowane jako rodzaj dobrowolnej śmierci – wydaje się wynikiem wyboru, powziętej decyzji. Rodzi się jednak wątpliwość, na ile jest to rezultat świadomego aktu i przemyślanej decyzji? Hołyst, ujmując samobójstwo w schemat procesu decyzyjnego, wskazywał, że w wielu przypadkach powzięcie decyzji zakończenia życia jest wyborem pomiędzy sytuacją, której człowiek nie umie sprostać a stanem, w którym nie będzie musiał podejmować żadnych wysiłków związanych z regulowaniem swojego stosunku do otaczającego go świata: „jest to zatem – na prawach paradoksu – decyzja unikania decyzji i wyborów jako procesu towarzyszącego człowiekowi przez całe życie”¹¹²³. Wybór ten, gdzie tak wiele różnorodnych czynników i emocji odgrywa rolę, nie jest w zasadzie wyborem między życiem a śmiercią, ale między „określonym” życiem a śmiercią, która wydaje się jedyną gwarancją wyłączenia się z niego. Najczęściej to tragiczne rozstrzygnięcie nie jest poprzedzone rozważeniem możliwości życia w inny sposób. Powzięcie decyzji o samobójczej śmierci uzależnione jest od oceny przyszłości – pisał Kielanowski – „od osądu,

¹¹¹⁹ T. Kielanowski, *Prawo człowieka do stanowienia o sobie*, [w:] *Człowiek w obliczu śmierci...*, op. cit., s. 21-22.

¹¹²⁰ T. Kielanowski, *Rozmyślania o przemijaniu*, op. cit., s. 82.

¹¹²¹ T. Kielanowski, *Samobójstwo*, „Problemy” 1973, nr 12, s. 20.

¹¹²² T. Kielanowski, Posłowie, [w:] B. Hołyst, *Samobójstwo – przypadek czy konieczność*, op. cit., s. 459.

¹¹²³ B. Hołyst, *Samobójstwo – przypadek czy konieczność*, Warszawa 1983, s. 9.

a osąd z kolei od cech indywidualnych, inteligencji, charakteru, wieku, wychowania, temperamentu i bardzo wielu okoliczności niedostatecznie poznanych. Dlatego niedostatecznie poznanych, że niemal do końca dziewiętnastego wieku nie badano fenomenu, jakim jest samobójstwo, obiektywnie, za pomocą metod dostatecznie ścisłych, wypracowanych przez medycynę, psychologię, prawo i socjologię¹¹²⁴. A było tak ponieważ samobójstwo w powszechnej opinii zasługiwało na potępienie jako grzech albo tchórzostwo, co utrudniało jego analizowanie, „mogące przecież być czymś w rodzaju usprawiedliwiania”¹¹²⁵.

Tadeusz Kielanowski, podejmując problematykę samobójstw w połowie lat sześćdziesiątych, dostrzegał indywidualne tragedie ludzi i wielki problem społeczny, który od połowy XX wieku systematycznie wzrastał i stawał się coraz bardziej niepokojący. Celem jego działań było przeciwdziałanie zaczynającej się rozwijać także i w kraju fali samobójstw. Co prawda Polska miała wówczas jedne z niższych wskaźników samobójstw¹¹²⁶, ale problem zdecydowanie narastał. Kielanowski przytaczał następujące dane usiłowanych i dokonanych samobójstw: 1960 r. – 2 151 przypadków, 1970 r. – 4 322, 1977 r. – 4 928¹¹²⁷. Przypominając, że rzeczywista liczba prób samobójczych jest wielokrotnie wyższa, najostrożniej od pięciu do dziesięciu razy (dzisiaj niektórzy autorzy szacują, że jest piętnastokrotnie wyższa¹¹²⁸) podkreślał wagę problemu. Niemiarodajność statystyk wynika z wielu przyczyn, w szczególności z ukrywania nieskutecznych zamachów (ale także, w przypadku lekarzy, z zasłaniania się tajemnicą lekarską). Stąd ogromne zaangażowanie w organizację telefonów zaufania i popularyzacja ich idei, gdyż widział w nich skuteczne narzędzie zapobiegania przynajmniej części samobójstw. W zasadzie wszystkie artykuły czy felietony podejmujące zagadnienie samobójstwa będą ukazywały tę ideę, a z kolei te, które dotyczyły telefonu zaufania, będą odnosiły się do śmierci samobójczej. Publikacji tych jest kilkanaście, z obszerniejszych można wymienić: „Anonimowy przyjaciel”, „Samobójstwo”, „Los uratowanych”, „Telefony zaufania w profilaktyce samobójstw”¹¹²⁹, a także rozdział w „Rozmyślaniach o przemijaniu”. Publikacje Kielanowskiego mają charakter ogólny. Nie prowadził szczegółowych badań socjologicznych czy psychologicznych, a jego teksty są wynikiem obserwacji, literatury, doświadczeń w organizacji telefonu zaufania i refleksji

¹¹²⁴ T. Kielanowski, *Posłowie*, [w:] B. Hołyst, *Samobójstwo – przypadek czy konieczność*, op. cit., s. 459.

¹¹²⁵ Ibidem.

¹¹²⁶ W 1967 r., kiedy rozpoczynał działalność gdański telefon zaufania rocznik statystyczny podawał następujące wskaźniki samobójstw, w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców: Węgry – 30, Austria – 23, RFN – 21, a z niższych wskaźników, Polska – 9, Włochy – 5.

¹¹²⁷ Według danych Milicji Obywatelskiej – zob. T. Kielanowski, *Rozmyślania o przemijaniu*, op. cit., s. 97. Por.: B. Hołyst, *Samobójstwo – przypadek czy konieczność*, op. cit., s. 128 nast.

Natomiast wg danych GUS (na podstawie świadectw zgonu) liczba samobójstw zakończonych śmiercią wynosiła: 1951 – 1310 (5,1 na 100 tys.), 1960 – 2374 (8,0), 1970 – 3661 (11,2), 1980 – 4495 (12,6), 2000 – 5841 (15,1). Za: M. Jarosz, *Samobójstwa. Ucieczka przegranych*, Warszawa 2004, s. 85.

¹¹²⁸ Zob. np. P. Morciniec, *Samobójstwo*, [w:] *Encyklopedia bioetyki*, op. cit., s. 399.

¹¹²⁹ T. Kielanowski, *Anonimowy przyjaciel*, „Służba Zdrowia” 1967, nr 18; T. Kielanowski, *Samobójstwo*, „Argumenty” 1967, nr 48; T. Kielanowski, *Samobójstwo*, „Problemy” 1973, nr 12; T. Kielanowski, *Los uratowanych*, „Służba Zdrowia” 1979, nr 41; T. Kielanowski, „Telefony zaufania” w *profilaktyce samobójstw*, „Patologia Społeczna - Zapobieganie” 1980, nr 8.

etycznej. Podkreślał, że problem samobójstwa jest współcześnie wielkim zagadnieniem filozoficznym, moralnym i społecznym, natomiast zagadnieniem medycznym jest tylko problem samobójstw chorych psychicznie. W zakres etyki lekarskiej wchodzi przede wszystkim zagadnienie ratowania nieprzytomnych samobójców: „Nie ma tu jednak spraw wątpliwych, bo lekarza obowiązuje zawsze ratowanie nieprzytomnego samobójcy na podstawie domniemania, że popełnił zamach w chwili depresji i, odratowany, będzie chciał żyć dalej, nawet mimo listu, w którym pisał o chęci śmierci. Kazuistyka potwierdza to znakomicie”¹¹³⁰.

Kiedy podejmował problematykę samobójstwa, ówczesne polskie piśmiennictwo, na tle światowego, poświęconego różnym jego aspektom, było bardzo skromne¹¹³¹. Kielanowski zwracał uwagę na szczególnie brak publikacji przeznaczonych dla szerokiego kręgu odbiorców, w związku z czym różne mylne opinie w kraju utrzymywały się dłużej niż gdzie indziej. On sam przede wszystkim starał się obnażać panujące stereotypy i przesady w ocenach tego faktu społecznego, jako że miały one zawsze charakter negatywny i piętnujący. Wskazywał możliwe rozwiązania. Podkreślał, że chociaż historia kultury nie zna ani takiej epoki, ani takiego społeczeństwa, w którym nie zdarzałyby się nigdy wypadki samobójstwa, to równocześnie jednak między wzrostem poziomu cywilizacji i zamożności społeczeństwa a częstotliwością samobójstw istnieje zależność wprost proporcjonalna: im poziom cywilizacji wyższy, tym samobójstw więcej¹¹³².

Szukając źródeł powszechnego moralnego (i przez długi czas prawnego) potępienia samobójstwa, Kielanowski wskazuje na dwa zasadnicze. Pierwsze z nich, wywodzące się z koncepcji filozoficznych, głównie Arystotelesa¹¹³³, który uznając człowieka za *animal socialis*, potępiał je jako przestępstwo wobec społeczeństwa, przestępstwo naruszające prawa państwa wobec obywatela. I uznawał za tchórzostwo, ucieczkę przed trudnościami. Drugie ze źródeł bierze swój początek w myśli chrześcijańskiej – głównie od św. Augustyna, który przyrównał samobójstwo do zabójstwa, uważając je za grzech śmiertelny (później jego stanowisko zostało podtrzymane i uzupełnione przez Tomasza z Akwinu, stając się wykładnią dla etyki katolickiej). To powszechne potępienie wiązało się zarówno z sankcjami religijnymi (odmowa prawa do pośmiertnych obrzędów religijnych, kościelnego pogrzebu) oraz z karą ekskomuniki (na podstawie obowiązujących wówczas – do końca lat siedemdziesiątych XX w.

¹¹³⁰ T. Kielanowski, *Wprowadzenie do nauki o etyce i deontologii lekarskiej*, op. cit., s. 14.

¹¹³¹ Dopiero w latach siedemdziesiątych rozpoczęły się na szerszą skalę obserwacje i badania naukowe dotyczące samobójstw, wśród nich prace: Brunona Hołysta, Grażyny Świąteckiej, Zenomeny Płużek i Eugeniusza Bielickiego. Brak polskiej monografii zastępowało tłumaczenie popularnej szwajcarskiej pracy Numpy Tétaza, działacza Międzynarodowej Federacji Telefonów Zaufania pt. *Chęć życia* wydane w roku 1976 r.

¹¹³² Zob. T. Kielanowski, *Samobójstwo*, op. cit., s. 20.

¹¹³³ Arystoteles był w zasadzie ostatnim wielkim filozofem starożytności niechrześcijańskiej, który zdecydowanie stawał po stronie niedopuszczalności samobójstw; zagadnienie to porusza w *Etyce nikomachejskiej*. Formułuje swój negatywny sąd o samobójstwie, biorąc pod uwagę zarówno społeczny punkt widzenia oraz samą osobę działającą. Zob. T. Ślipko, *Etyczny problem samobójstwa*, Kraków 2008.

– przepisów Kodeksu Prawa Kanonicznego¹¹³⁴, w praktyce często omijanych, dzięki domniemaniu zaburzeń psychicznych zmarłego). Prowadziło to także do konsekwencji prawnych, jak np. zdarzająca się dawniej w niektórych krajach, konfiskata mienia samobójcy lub karalności za usiłowanie popełnienia samobójstwa – utrzymane jeszcze w Wielkiej Brytanii do lat sześćdziesiątych XX w. Pomimo wzrostu tolerancji wobec samobójstwa i zniesieniu różnych sankcji wciąż pozostawało ono czynem godnym potępienia, a przez to wstydlivym i w miarę możliwości ukrywany¹¹³⁵. Zdaniem Kielanowskiego szokującym śladem wielowiekowego potępienia jest zasada przenoszenia odratowanych samobójców na oddziały psychiatryczne – co się czyni, aby rzekomo uniknąć ponownego zamachu na życie, ale „na pewno także po to, by złożyć winę na chorobę psychiczną”¹¹³⁶.

Kielanowski nie zgadza się z utrzymującą się tezą, że samobójstwo jest tchórzostwem lub uchylaniem się od zadań, jakie nakłada na jednostkę społeczeństwo, a osoba to czyniąca, to wyłącznie jednostka słabego charakteru, która nie potrafi udźwignąć problemów niesionych przez życie. W rozumieniu samobójstwa trzeba brać pod uwagę całą złożoną sieć przyczynową, którą można sprowadzić do odpowiednio silnego (subiektywnie) motywu oraz samego człowieka i środowiska rozumianego nie tylko jako warunki społeczne, ale również jako konstytucja psychiczna, cechy osobowości i in.

Przyczyny samobójstw są bardzo różnej natury: mogą być wynikiem życiowych powikłań i wyrazem braku afirmacji świata, mogą być niezgodą na dalsze istnienie, ale też wynikać z niezrównoważenia psychicznego lub braku możliwości oceny skutków swych działań (osoby upośledzone umysłowo). Zamachy na życie dokonywane są też przez ludzi starych, chorych i często samotnych – co do których trudno byłoby formułować zarzut postawy aspołecznej. Samobójstwo może być też zupełnie innego rodzaju i mieć charakter heroiczny – jako przykład przedstawia Kielanowski czyn kapitana Oatesa¹¹³⁷ czy też o. Maksymiliana Kolbe, Janusza Korczaka, którzy szli dobrowolnie na śmierć. Trudno byłoby

¹¹³⁴ W nauczaniu Kościoła katolickiego samobójstwo pozostaje czynem moralnie złym, jednak określone uwarunkowania, obciążenia biologiczne i dramaty życiowe mogą złagodzić, a niekiedy znieść całkowicie odpowiedzialność subiektywną, co podkreślono w *Katechizmie Kościoła Katolickiego*: „Ciężkie zaburzenia psychiczne, strach lub poważna obawa przed próbą, cierpieniem lub torturami mogą zmniejszyć odpowiedzialność samobójcy. Nie powinno się tracić nadziei dotyczącej wiecznego zbawienia osób, które odebrały sobie życie.” W obecnie obowiązującym Kodeksie Prawa Kanonicznego (1983), nie wyodrębniono samobójstwa w kategorii zamachów na życie; nie ma już także zapisu zabraniającego pogrzebu kościelnego samobójców, chyba że przed śmiercią nie dali żadnych oznak pokuty (skrucy) i/lub byli „jawnymi grzesznikami”, a ich pogrzeb byłby powodem „publicznego zgorszenia wiernych” (kan. 1184, §1). Za: *Encyklopedia bioetyki*, op. cit., s. 403.

¹¹³⁵ T. Kielanowski, *Rozmyślania o przemijaniu*, op. cit., s. 87.

¹¹³⁶ T. Kielanowski, *Motywy desperackiego kroku*, „Służba Zdrowia” 1971, nr 38, s. 3 – T. Kielanowski pisze tu: „wszyscy odratowani, których znałem, mieli żal o to, że ich umieszczono na psychiatrii, zamiast szczerze z nimi porozmawiać, i pomóc im w ciężkiej chwili zwyczajnie, po ludzku”; por.: T. Kielanowski, *Los uratowanych*, „Służba Zdrowia” 1979, nr 34, s. 4.

¹¹³⁷ Kapitan Oates był członkiem ekspedycji Scotta na biegun południowy. Z powodu swej choroby opóźnił odwrót wyprawy. Wyszedł więc z namiotu i zagubił się w zadymce śnieżnej. Popułnił samobójstwo, by umożliwić swoim towarzyszom szybszy marsz i ratunek. Za: T. Kielanowski, *Rozmyślania o przemijaniu*, op. cit., s. 88.

też nazwać tchórzem członka ruchu oporu, który popełniał samobójstwo, byle nie wpaść w ręce wroga i nie zdradzić w czasie torturowania tajemnic¹¹³⁸.

Kielanowski był przekonany, że wiele nieporozumień wynika z faktu traktowania samobójstwa jako zjawiska jednorodnego. W rzeczywistości jest ono aktem odmiennym w takim stopniu, w jakim odmienni są ludzie, ich przeżycia i sytuacje. Proponował podział samobójstw na cztery zasadnicze grupy (które unaocznia przez odniesienie do symbolizujących je postaci i zdarzeń):

1. Samobójstwo jako wynik wewnętrznych napięć, emocji, problemów egzystencjalnych (symbolizowane przez literackiego młodego Wertera, który popełnił samobójstwo z miłości). Dla Kielanowskiego jest ono najbardziej tragiczne, bo dotyczy najczęściej ludzi młodych, inteligentnych, wrażliwych. Tragiczne jest tym bardziej, że wcześniejsze objawy powinny były zwrócić uwagę bliskich.

2. Samobójstwo jako wynik choroby psychicznej (które symbolizuje przypadek van Gogha). W tej grupie są również samobójstwa ludzi o osobowości psychopatycznej, których w psychiatrii zwykle nie uważa się za ludzi chorych.

3. Samobójstwo jako dobrowolne poświęcenie swojego życia w imię wartości wyżej cenionych (Janusz Korczak, św. Maksymilian Kolbe).

4. Samobójstwo jako wybór „lepszego, bezbolesnego śmierci” (jako np. wyraz niezgody na cierpienia nieuleczalnej choroby – Ernest Hemingway). Kielanowski zalicza tu też tzw. samobójstwo „bilansowe”, jako wynik życiowego bilansu i wyciągnięcia ostatecznych konsekwencji z oceny beznadziejności swego położenia¹¹³⁹ (przemysłowiec George Eastman¹¹⁴⁰).

Podział zaproponowany przez Kielanowskiego jest rodzajem typologii¹¹⁴¹, koncentrującej się na „wzorcowych” przypadkach. Kielanowski, żądając zmiany mentalności społecznej i tolerancji wobec samobójców, uważał, że śmierć samobójcza w większości przypadków jest czymś niepotrzebnym i tragicznym, czemu można zapobiegać. Niezwykle

¹¹³⁸ Ibidem, s. 89.

¹¹³⁹ Zob. N. Tétaz, *Warto żyć*, tłum. R. Tybusz, Warszawa 1976, s. 65 nast. Pojęcie to wprowadził w okresie międzywojennym niemiecki psychiatra – A.E. Hoche.

¹¹⁴⁰ E. Hemingway zastrzelił się, pozorując wypadek, kiedy dowiedział, że jest dotknięty nieuleczalną postacią raka; znany przemysłowiec G. Eastman w wieku 77 lat popełnił samobójstwo. Pozostawił list, w którym pisał: „Po co czekać? Swoje dzieło już ukończyłem”.

¹¹⁴¹ Istnieją wiele prób odróżniania i klasyfikacji samobójstw, co będzie się też wiązało z odmiennymi propozycjami definiowania samobójstwa. Pierwszą naukową pracą poświęconą samobójstwu była książka francuskiego socjologa Emila Durkheima *La suicide* (1897 r.). Durkheim, analizując samobójstwa i ich społeczne determinanty, wyróżnił cztery podstawowe jego rodzaje: 1. Samobójstwo egoistyczne – będące wynikiem zbyt słabej integracji jednostki z grupą i społecznością, 2. altruistyczne – przeciwnie, jako skutek zbyt silnej identyfikacji z grupą, jej celami, interesami i oczekiwaniami, 3. anomiczne – będące przejawem zakłócenia ładu społecznego, wskaźnikiem dezintegracji społecznej, 4. fatalistyczne – związane z sytuacją jednostkową; samobójstwo człowieka znajdującego się w sytuacji tragicznej (ta czwarta kategoria nie była rozwijana ani przez samego Durkheima, ani przez jego uczniów). Wpływowo bioetyk katolicki T. Ślipko wyróżnił (z perspektywy behawioralnej) następujące kategorie samobójstw: bezpośrednie, pośrednie, narażenie życia na niechybną śmierć, narażenie życia na prawdopodobną śmierć; natomiast z perspektywy motywacyjnej: samobójstwo „z rezygnacji” i samobójstwo „z poświęcenia” – zob. T. Ślipko, *Etyczny problem samobójstwa*, op. cit.

cenne dla niego okazały się doświadczenia zainicjowanych przez Edwarda Chad Varaha telefonów zaufania, które istotnie przyczyniły się do rozpoznania człowieka, który ma zamiary samobójcze oraz ukazania sposobów dotarcia do niego. Przytoczony podział miał ukazywać możliwość ewentualnego przeciwdziałania: w przypadku grupy trzeciej i czwartej bardzo trudno osobom postronnym wpływać na decyzje. W przeciwieństwie do tego pierwsza grupa wymaga energicznego działania zapobiegawczego, a chorzy psychicznie – odpowiedniego leczenia.

W innym ujęciu Tadeusz Kielanowski, wychodząc od kryterium odmiennych stanów psychicznych mogących doprowadzić do zamachu samobójczego, wyróżnia¹¹⁴²:

1. Samobójstwa dokonane pod wpływem choroby psychicznej (najczęściej depresji endogennej). Samobójstwa ludzi chorych psychicznie szacowane są na co najmniej jedną trzecią usiłowanych i popełnianych zamachów.

2. Samobójstwa dokonane w wyniku stanu gwałtownego podniecenia, napięcia, z decyzją zamachu niemal natychmiastową. Są one stosunkowo rzadkie.

3. Samobójstwo popełniane pod długich wahaniach i walkach wewnętrznych (samobójstwo „właściwe”). Jest ono najczęściej:

a) wynikiem konfliktów i powikłań życiowych, których człowiek nie potrafi rozwiązać; tego rodzaju samobójstw jest najwięcej. Wśród samobójców są ludzie zrozpaczeni z przyczyn rzeczywistego nieszczęścia oraz ludzie dotknięci nerwicą i reagujący nadmiernie na najdrobniejsze niepowodzenia czy katastrofy. Szczególnym dla Kielanowskiego, odmiennym przypadkiem tego typu zamachów są

b) samobójstwa ludzi beznadziejnie chorych i cierpiących.

Według Kielanowskiego jedną z zasadniczych przyczyn samobójstw jest szeroko rozumiana samotność, co ujawniły obserwacje z telefonów zaufania. Podejmujący decyzję pozbawienia siebie życia rekrutują się spośród ludzi samotnych, niemających przyjaciela, powiernika. I nieważna jest przyczyna samotności i to, czy jest to samotność obiektywna czy subiektywna, czyli samotność wśród ludzi. Słusznie Kielanowski od samego początku zauważał, że wzrost liczby samobójstw notowany w krajach uprzemysłowionych i bogatych jest następstwem coraz większej samotności człowieka zagubionego „w przerośniętym i dosłownie w wielkomięskim anonimowym tłumie”¹¹⁴³. Za Chad Varahem wskazywał, że myśli samobójcze miewa bardzo wielu ludzi, konkretne plany samobójcze układa już znacznie mniej osób, zamachu dokonuje natomiast tylko człowiek samotny, który nie miał się przed kim wyzalić ze swoich trosk i który, według słów Fryderyka Schillera, „ani jednej duszy ludzkiej na całym świecie nie może nazwać swoją”¹¹⁴⁴. Duchowo samotnym może być także człowiek posiadający ludzi formalnie bliskich, ale nie umiejący nawiązać z nimi kontaktu. Brak tej

¹¹⁴² T. Kielanowski, *Motywy desperackiego kroku*, „Służba Zdrowia” 1971, nr 38, s. 3; por.: T. Kielanowski *Rozmyślenia o przemijaniu*, op. cit., s. 92 nast.

¹¹⁴³ T. Kielanowski, *Samobójstwo*, „Argumenty” 1967, nr 48, s. 5.

¹¹⁴⁴ Antoni Kępiński utrzymywał, że „chyba nie ma ludzi, którzy by nigdy w życiu nie marzyli o śmierci i nie widzieli w niej jedyne rozwiązanie”. Za: T. Kielanowski, *Samobójstwo*, op. cit., s. 24.

umiejętności rodzi frustrację, która może się przeradzać w agresję w stosunku do otoczenia albo do własnej osoby. Szczera rozmowa z przyjacielem, nawet z anonimowym przyjacielem przez telefon, może ów stan frustracji znacznie złagodzić. Ale tylko rozmowa serdeczna, bez potępiania może stworzyć moralne oparcie i przywrócić chęć życia. Dlatego też utworzony w Gdańsku telefon zaufania nazwał Kielanowski „Anonimowym Przyjacielem”, a dyżurujący w nim musieli być przede wszystkim ludźmi dobrego serca, życzliwymi i rozumiejącymi. Mniej istotne było samo fachowe, np. psychologiczne przygotowanie. Zdaje się, że najistotniejsze, według Kielanowskiego, jest życzliwe i cierpliwe wysłuchanie – ono samo przynosi już ulgę, a fakt zwerbalizowania problemów i myśli samobójczych, daje pewien dystans, który pozwala inaczej spojrzeć na, jak się może wcześniej wydawać, nieprzezwyciężalne trudności. Chociaż statystycznie liczba rozmów w telefonach zaufania dotyczących bezpośrednio myśli i zamierzeń samobójczych nie jest wysoka i kształtuje się na poziomie kilku procent¹¹⁴⁵ (w latach siedemdziesiątych około 2 procent, obecnie nawet do 7 procent)¹¹⁴⁶, to w ogromnej liczbie nawiązujących kontakt nawet niewielki odsetek stanowi znaczącą ilość. Skuteczność telefonów zaufania jest niezwykle trudna do oceny, ale jak pokazywały brytyjskie doświadczenia, po tym jak rozwinęła się tam sieć telefonów, liczba samobójstw zdecydowanie spadła¹¹⁴⁷.

Bezpośrednie przyczyny samobójstw są niezwykle zróżnicowane, często niejasne i nieczytelne, ale subiektywnie są nie do udźwignięcia, przede wszystkim z powodu zaburzonych relacji międzyosobowych – w konsekwencji szeroko rozumianej samotności. Rozmowy przeprowadzone za pośrednictwem telefonu zaufania w latach siedemdziesiątych wskazywały¹¹⁴⁸, że wśród najczęściej powtarzających się przyczyn stanów depresyjnych, które powodują myśli samobójcze są konflikty i kryzysy rodzinne, konflikty w pracy, zawody miłosne, bezpośrednia samotność, alkoholizm i narkomania, ciężkie choroby i inne trudności życiowe. W tym czasie w Polsce, odmiennie niż na Zachodzie, motywem samobójstw w zasadzie nie były problemy finansowe, zdecydowanie rzadziej również przewlekłe choroby i inwalidztwo (niezwykle ważnym źródłem informacji o motywach są listy pozostawione przez samobójców).

¹¹⁴⁵ Zob. G. Świątecka, *Zamierzone i umiłowane samobójstwa na podstawie materiałów gdańskiego Telefonu Zaufania*, „Zdrowie Psychiczne” 1978, nr 4, s. 35.

¹¹⁴⁶ Zob. R. Jabłoński, *Rola Telefonów Zaufania w zapobieganiu samobójstwom w Polsce*, „Telefon Zaufania – Nasza Gazeta” 2006, nr 33, s. 12.

¹¹⁴⁷ Zob. G. Świątecka, *Zamierzone i usiłowanie samobójstwa na podstawie materiałów gdańskiego Telefonu Zaufania*, op. cit., s. 34.

¹¹⁴⁸ Tytułem przykładu – dane pochodzące z 1976 r. Do telefonu zaufania w Gdańsku dzwoniło 12 230 razy (bardzo różne problemy, czasem tylko zapytania) – z tego 87 pochodziło od ludzi w bardzo silnym stanie napięcia emocjonalnego i grożących dokonaniem samobójstwa. Przyczyną najcięższych stanów depresyjnych były: w 17 wypadkach konflikty środowiskowe (w zakładach pracy lub innych zespołach, także w rodzinie), w 12 wypadkach zawody miłosne, w 7 – ciężkie choroby somatyczne, w 6 – kryzysy pożycia małżeńskiego różnej natury, w 5 – samotność, w 5 – alkoholizm, w 4 – śmierć bliskiej osoby, w 3 – narkomania, w 28 innych wypadkach różne inne stany depresyjne, w tym prawdopodobnie także choroby psychiczne. Za: T. Kielanowski, „*Telefony zaufania*” w *profilaktyce samobójstw*, „Patologia Społeczna – Zapobieganie” 1980, nr 8, s. 12.

Tadeusz Kielanowski starał się przekonywać, że próby samobójcze są niezwykle często krzykiem rozpacz, bo człowiek zawsze boi się śmierci i chce żyć „i walcząc z myślą o samobójstwie także walczy o życie, bo nawet popełniając zamach samobójczy najczęściej chce być odratowany, chce zwrócić tym krzykiem rozpacz na siebie uwagę po to, żeby żyć”¹¹⁴⁹. W oparciu o doświadczenia telefonu zaufania wskazywał na niezwykle ważne spostrzeżenia, jak fakt że:

1. myśli samobójcze, choćby w formie pragnienia, miewa niemal każdy, także zupełnie zdrowy psychicznie człowiek – „dylemat szekspirowskiego królewicza nie jest więc patologią, ale fizjologią umysłu inteligentnego człowieka”¹¹⁵⁰;
2. decyzje samobójcze są bardzo rzadko podejmowane błyskawicznie, w ciągu jednej chwili a przeciwnie, są najczęściej wynikiem długich, często wielomiesięcznych walk wewnętrznych i rozmyślań;
3. zamierzający samobójstwo w okresie walk wewnętrznych szuka oparcia i ratunku w otoczeniu i niemal z zasady mówi o swoich zamiarach, tak jakby bał się jakiejś agresji (w tym przypadku autoagresji).

Z tym ostatnim wiąże się tzw. syndrom presuicydalny¹¹⁵¹ (przedsamobójczy zespół objawów), groźny stan, objawiający się zmianą usposobienia i reakcji, poszukiwaniem samotności, pragnieniem śmierci i in. Niestety, panujący stereotyp, że kto mówi o samobójstwie, samobójstwa nie popełni, wpływa zwykle na lekceważenie takich wypowiedzi. Upowszechnianie wiedzy o samobójstwie, przerwanie usypiającego czujność milczenia, wiązało się u Kielanowskiego z zaangażowaniem w zapobieganie zjawisku, które – jak pisał – „uważamy wszyscy zgodnie, bez względu na filozofię życiową, którą wyznajemy, za smutne, bolesne i złe”¹¹⁵². Wielkim społecznym zadaniem są działania zapobiegawcze i pomoc ludziom, którzy są samobójstwem zagrożeni.

Czy Kielanowski uważał tym samym decyzję o zakończeniu życia i jej realizację za moralnie naganną i niedopuszczalną, chociaż samych samobójców nie potępiał, a jego dążeniem było zrozumienie ich czynu? Odróżnić tu przede wszystkim trzeba pytanie o filozoficzno-moralną dopuszczalność samobójstwa od społecznego problemu i psychicznych uwarunkowań autodestruktywnego czynu. Szukając odpowiedzi na to pytanie Kielanowski zwraca się do filozofii i etyki stoików, będąc przekonanym, że w pewnych, wyjątkowych sytuacjach człowiek ma prawo popełnić samobójstwo.

Filozofia stoicka, która patrzyła na problem samobójstwa przez pryzmat jednostki, starała się dowiedzieć, że samobójstwo nie tylko da się uzgodnić z wymogami etyki, ale stanowi jej ostateczną konsekwencję. Zasadniczym punktem wyjścia ich etycznej koncepcji było

¹¹⁴⁹ T. Kielanowski, „*Telefony zaufania*” w *profilaktyce samobójstw*, „Patologia Społeczna – Zapobieganie” 1980, nr 8, s. 8.

¹¹⁵⁰ Zob. T. Kielanowski, *Samobójstwo*, op. cit., s. 24; wybitny psychiatra, Antoni Kępiński utrzymywał, że prawie nie ma ludzi, którzy by nigdy w życiu nie marzyli o śmierci i nie widzieli w niej jedyne rozwiązanie.

¹¹⁵¹ Opisany m. in. przez wiedeńskiego psychiatrę Erwina Ringela (1949 r.). Zob. E. Ringel, *Gdy życie traci sens. Rozważania o samobójstwie*, Szczecin 1987.

¹¹⁵² T. Kielanowski, *Przedmowa do wydania polskiego* [w:] N. Tétaz, *Warto żyć*, Warszawa 1976, s. 3.

przekonanie, że podstawową moralnego postępowania człowieka jest działanie zgodne z jego naturą, a tym samym z powszechnym porządkiem wszechświata. Przez zrozumienie jego praw i wewnętrzne opanowanie osiąga człowiek niezależność od sił zewnętrznych i własnych popędów – wchodzi na drogę wolności. Zasadniczą rolę odgrywa tu rozum, wznoszący się ponad nierozumną konieczność i dający człowiekowi władzę nad swoim postępowaniem. Także w obliczu śmierci rozum może okazać swoją siłę rozpoznając jej naturę. Rozważanie śmierci ukazuje, że jest ona nieodłącznym elementem trwania świata i nie jest złem samym w sobie, ale staje się nim, gdy się przejawia jako siłą niszcząca przywiązanie człowieka do życia lub ujawnia się jako namiętność. Jeżeli dla rozumnych racji człowiek wybiera życie, postępuje zgodnie z naturą, jeżeli jednak przemawiają one za dobrowolnym pozbawieniem się życia, może to uczynić. Najpełniej prawa do wyboru własnej śmierci bronił, często przytaczany przez Kielanowskiego, Seneka – „Tak jak dokonam wyboru okrętu, mając wyruszyć w podróż morską, albo wybiorę dom, mając zamieszkać, podobnie też wybrałbym rodzaj śmierci, mając odejść z życia”¹¹⁵³. W prawie tym przejawia się wolność człowieka, tak podkreślana przez stoików, a także jego rozumna natura i jego męstwo, dzięki któremu może wyjść naprzeciw najokrutniejszym próbom losu. Jednakże ta wzniosła koncepcja umierania ma charakter zdecydowanie elitarny – prawo to przysługuje tylko mędrcom¹¹⁵⁴. Dla Kielanowskiego istotne znaczenie miało także uzależnienie przez stoików i Senekę oceny czynu samobójczego od jego motywów.

W zasadzie wśród koncepcji filozoficznych nie pojawiają się takie, które uznawałyby powszechną dopuszczalność samobójstwa. Rozumiane jest ono zawsze jako zdarzenie niepożądane lub zło. Jego dopuszczalność traktowana jest jako coś wyjątkowego, uzasadnionego tylko w przypadku nadzwyczajnych okoliczności, kiedy jest tzw. najmniejszym złem lub kiedy wynika z poświęcenia. Spór o moralny sens samobójstwa, jak podkreśla T. Ślipko, zawiązuje się dopiero z chwilą, kiedy przedmiotem dyskusji staje się rozumienie zakazu samobójstwa: a więc, czy wyraża ono zasadę absolutną, wykluczającą wszelkie wyjątki, obowiązującą zawsze i wszędzie, czy też ograniczoną tylko do zwyczajnych sytuacji życiowych, a zezwalającą na określone odstępstwa w pewnych specjalnych okolicznościach¹¹⁵⁵. W zależności od przyjmowanego rozwiązania stanowiska polaryzują się generalnie na zwolenników absolutnej teorii zakazu samobójstwa (jak u moralistów katolickich) albo zwolenników relatywistycznej czy sytuacyjnej koncepcji.

Kielanowski jest przeciwnikiem zasady absolutnego zakazu samobójstwa, ale podobnie jak stoicy odrzuca zamach na własne życie powodowany stanem emocjonalnego napięcia, „ucieczkę z życia”, bo jak zauważał Seneka „człowiek odważny i mądry powinien nie uciekać z życia, ale wychodzić. Przede wszystkim jednakże należy unikać tej namiętności, która opanowała tak wielu, a mianowicie pożądaną śmierci”¹¹⁵⁶. Według Kielanowskiego człowiek, będąc wolnym, ma prawo do samostanowienia, ale warunkiem autonomii jest jego

¹¹⁵³ Seneka, *Listy moralne do Lucyliusza*, Warszawa 1961, s. 259.

¹¹⁵⁴ Zob. T. Ślipko, *Etyczny problem samobójstwa*, op. cit., s. 11 nast.

¹¹⁵⁵ Ibidem, s. 30.

¹¹⁵⁶ Seneka, *Listy moralne do Lucyliusza*, op. cit., s. 92-93.

rozumność – jest dysponentem swojego życia, ale musi nim kierować w sposób rozważny. Dlatego ze wszech miar starał się przeciwdziałać samobójstwom, które przecież w przytłaczającej większości są wynikiem nieradzenia sobie współczesnego człowieka ze stresem, uciekaniem od sytuacji konfliktowych, wynikiem napięć emocjonalnych czy nawet autoagresji i szukania śmierci, tym bardziej że częstokroć dotyczy to osób młodych i coraz młodszych. Podejmując refleksje nad zatrważającymi statystykami – np. w USA, gdzie według danych WHO w końcu lat sześćdziesiątych 25 procent zgonów ludzi w wieku 45-64 następowało na skutek zamachu na swoje życie – zastanawiał się, czy samobójstwo jest znakiem nowych czasów. Pytał również, czy i kiedy człowiek będzie wybierał „bezbolesną” śmierć w dogodnym dla siebie momencie? Pisał w związku z tym, że nic nie przemawia za tym, by notowane samobójstwa, były „spokojnie zaplanowanym przez sprawców łagodnym kresem pięknie spędzonego życia. Na odwrót, są one niemal zawsze (śmierć *Herningway’a* potwierdza regułę, tak jak każdy wyjątek) katastrofą, poprzedzoną bolesną rozterką, są moralnym bankructwem planów i marzeń i aktem tragedii”¹¹⁵⁷. Ludzi targanych wielorakimi wątpliwościami i przerastającymi ich sytuacjami nie wolno potępiać, ale należy nauczyć się ich rozumieć i pomagać – przywoływany niejednokrotnie przez Kielanowskiego Numa Tétaz wskazywał: „Nam w każdym razie los zmęczonego życiem nie może być obojętny. [...] Jesteśmy przeciwko samobójstwu, ale jesteśmy za tym, kto chce je popełnić. Co jednak naprawdę możemy dla niego uczynić?”¹¹⁵⁸.

Prof. Kielanowski nie pisze wprost, ale zdaje się w ograniczonej formie dopuszczać samobójstwo „racjonalne” i aprobować odejście z życia, wybór owego „nie być”, człowieka, który uporządkował swoje ziemskie sprawy, kiedy swoją śmiercią nie krzywdzi innych. Tym bardziej kiedy jest w podeszłym wieku i chce uniknąć cierpienia niedołęstwa i umierania, a również nie obarczać innych swoim cierpieniem. Wydaje się więc przyzwalać na to, co nazywane bywa „samobójstwem bilansowym”¹¹⁵⁹. Chodzi tu najczęściej o samobójstwa ludzi starych, chorych i często samotnych, którzy wypełnili już swe zadania społeczne¹¹⁶⁰. „Nie chcą być ciężarem dla nikogo, nie chcą umierać długo i w męczarniach, wybierają więc śmierć szybką i umieranie bezbolesne. [...] Potępić takich samobójców można by tylko pod warunkiem, że z przyczyn religijnych, albo innych metafizycznych i filozoficznie pryncypialnych, odmawia się człowiekowi prawa dysponowania własnym życiem”¹¹⁶¹.

Krytykował stanowisko arystotelesowskie, potępiające samobójstwo ze względów społecznych, ale jednocześnie sam także zwracał uwagę, że człowiek związany jest wielorakimi więzami społecznymi, rodzinnymi i wypełnia określone role, i ma pewne zobowiązania, chociażby wynikające z faktu wykształcenia i korzystania z uprawnień, i nie

¹¹⁵⁷ T. Kielanowski, *Samobójstwo*, „Argumenty”, op. cit., s. 5.

¹¹⁵⁸ N. Tétaz, *Warto żyć*, Warszawa 1976, s. 103.

¹¹⁵⁹ T. Kielanowski, *Samobójstwo*, op. cit., s. 23; Kategoria samobójstw bilansowych była poddawana krytyce, np. N. Tétaz wskazywał, że nie są wcale podejmowane w stanie równowagi duchowej, a u ich podłoża można znaleźć ciężkie zmiany charakterologiczne bądź psychiczne.

¹¹⁶⁰ T. Kielanowski, *Rozmyślenia o przemijaniu*, op. cit., s. 89; zob. H. Szabała, *Niepokoje egzystencjalne Tadeusza Kielanowskiego*, op. cit., s. 186.

¹¹⁶¹ *Ibidem*, s. 89.

może całkowicie dowolnie sobą rozporządzać. W podobny sposób myślał bliski jemu Tadeusz Kotarbiński, który wypowiadając się na temat samobójstwa, domagał się prawa do niego, ale zwracał uwagę na to, że człowiek ma różne zobowiązania i nie może „po prostu palnąć sobie w łeb”, i w ten sposób pozbyć się kłopotu. „Każdy ma prawo robić, co chce, lecz w granicach zaciągniętych zobowiązań i pod warunkiem wywiązania się z nich. Ale w tych granicach i pod tym warunkiem niechaj mu będzie wolno będzie robić ze sobą, co zechce, nawet odebrać sobie życie, jeśli to będzie dla niego złem najmniejszym z możliwych, wedle własnego rozeznania”¹¹⁶².

Kielanowski był zdecydowanie ostrożniejszy, dopuszczalność samobójstwa odnosił do wyjątkowych sytuacji. Taką wyjątkową sytuacją jest klęska cierpienia człowieka beznadziejnie chorego, który może przyspieszyć bliską, wyzwalającą śmierć „wiedząc, że poza cierpieniem nie czeka go już nic więcej”¹¹⁶³, poza cierpieniem, które jest już niepotrzebne. W artykule „Rewizja Hipokratesa” pisał wprost: „Jestem zdania, że nie wolno upraszczać problemu samobójstw, trzeba je różnicować i pozostawić wolność popełniania ich ludziom, chcącym z pełną świadomością umrzeć w wybranym przez siebie momencie, bez cierpień lub szczególnie bez cierpień niepotrzebnych. Myślę o wielomiesięcznych, a nawet dłuższych cierpieniach fizycznych i moralnych ludzi starych i beznadziejnie chorych”¹¹⁶⁴. Jednym z argumentów za przyzwoleniem na samobójstwo ludzi ciężko chorych był dla niego fakt powszechnego uznania prawa do odmowy leczenia, na mocy autonomii osoby – człowiek, który się nie zgadza np. na nieodzowną operację, decyduje się tym samym na śmierć i nie wolno go nie tylko operować wbrew jego woli, ale także potępiać, choć jego decyzja jest samobójcza. Dlatego też dla Tadeusza Kielanowskiego „nie ma istotnej różnicy między śmiercią samobójczą wskutek działania (rewolwer, pętla, skok z wysokości itp.) a śmiercią samobójczą wskutek zaniechania (potrzebnej operacji lub leczenia)”¹¹⁶⁵. Rozróżnienia na działanie i zaniechanie, stosowane często w etyce, miało dla niego wyłącznie konwencjonalny charakter (wstrzymanie się od działania wiąże się z podobnym wyborem moralnym, jak podjęcie czynności – co będzie miało istotne znaczenie w jego refleksji dotyczącej eutanazji).

Oczywiście moralne przyzwolenie nie może oznaczać społecznej bierności. Zadaniem i obowiązkiem społecznym jest jak najpilniejsza i wszechstronna troska o ludzi cierpiących i u progu życia. Dlatego zadaniem medycyny i postulowanej nauki o dobrej śmierci jest rozpoznawanie granicznych stanów życia i rozwijanie metod opieki i walki z bólem.

¹¹⁶² T. Kotarbiński, *Być albo nie być*, [w:] idem, *Medytacje o życiu godziwym*, op. cit., s. 82.

¹¹⁶³ T. Kielanowski, *Rozmyślenia o przemijaniu*, op. cit., s. 99.

¹¹⁶⁴ T. Kielanowski, *Rewizja Hipokratesa*, op. cit., s. 10.

¹¹⁶⁵ T. Kielanowski, *Samobójstwo*, op. cit., s. 23.

5.4.2. *Granice walki o życie*

Zmiany w obszarze możliwości współczesnej medycyny zdecydowanie zmieniły podejście do spraw życia i śmierci. Tadeusz Kielanowski zwraca uwagę, że paradygmatem medycyny stało się przedłużanie życia, rozumiane często opacznie jako walka ze śmiercią. Co prawda ideałem pozostaje przywrócenie zdrowia, ale prędzej czy później staje się ono niemożliwe, bowiem – jak powiadał – każdy człowiek choruje raz w życiu nieuleczalnie, każdy umiera¹¹⁶⁶. „Olbrzymia większość lekarzy działa w wypadku umierania czysto mechanicznie, starając się zawsze przy pomocy dostępnych środków przedłużać życie podtrzymując akcję serca i oddychanie. Prawie nikt z lekarzy nie zastanawia się nad tym, czy w pewnych okolicznościach nie należałoby zaniechać starań o przedłużenie życia i męczarni o kilka godzin lub kilka dni i nikt z nich właściwie nie wie, czy tak czynić wolno”¹¹⁶⁷.

Sprawa ratowania zdrowia dla Kielanowskiego jest oczywiście bezdyskusyjna, podobnie jak sprawa ratowania życia w celu przywrócenia zdrowia – w takim wypadku nie powinny lekarza interesować żadne argumenty ekonomiczne. Żaden lek ani metoda lecznicza nie są zbyt drogie, kiedy chodzi o ratowanie zdrowia – „jest to zasada moralnie nadrzędna, której teoretycznej słuszności nikt nie kwestionuje i która – wobec coraz większych kosztów leczenia – jest jednym z głównych argumentów, przemawiających za uspołecznieniem medycyny”¹¹⁶⁸. (Aczkolwiek, jak podkreślał, problem komplikuje się wraz z próbami definiowania zdrowia). Jednak medycyna współczesna coraz częściej ratuje choremu życie i utrzymuje je dzięki zaawansowanym technikom, nie przywracając mu zdrowia, ale „stwarzając życie długie, a pełne męczarni fizycznych i duchowych”¹¹⁶⁹. Kielanowski słusznie przewidywał, że postęp umiejętności utrzymywania przy życiu będzie zdecydowanie przewyższał postęp w dziedzinie sztuki przywracania zdrowia i należy obawiać się, że umiejętność ta „będzie szybko zwiększała liczbę przewlekłe chorych i liczbę kalek”¹¹⁷⁰.

Wysiłki sztuki medycznej zmierzające wszelkimi sposobami do podtrzymania jak najdłużej gasnącego życia – z racji hołdowania metafizycznej zasadzie jego świętości – prowadzą do sytuacji absurdałnych, przedłużania agonii czy też trwania życia na poziomie wegetatywnym¹¹⁷¹. Prowadzi to jedynie do ogromu cierpień człowieka, który nie może odjeść „własną śmiercią”, do „cierpień niepotrzebnych”. Z drugiej strony Kielanowski podkreśla, że beznadziejnie chorzy – szczególnie w chorobach nowotworowych – doświadczając tego „niepotrzebnego cierpienia”, proszą o śmierć, a zasada „świętości życia” nie pozwala pomóc im w ukróceniu tych cierpień. Zagadnienia „niepotrzebnego cierpienia” i „świętości życia” staną się dla Kielanowskiego zasadnicze w obrębie moralnej problematyki tanatologicznej –

¹¹⁶⁶ T. Kielanowski, *Problem niepotrzebnego cierpienia*, op. cit., s. 114

¹¹⁶⁷ T. Kielanowski, *O majestacie śmierci*, op. cit., s. 4.

¹¹⁶⁸ T. Kielanowski, *Problem niepotrzebnego cierpienia*, op. cit., s. 117.

¹¹⁶⁹ Ibidem, s. 118.

¹¹⁷⁰ Ibidem, s. 117.

¹¹⁷¹ T. Kielanowski, *Eutanazja a kokotanazja*, „Prawo i Życie” 1973, nr 6, s. 6; por. T. Kielanowski, *Myśli na temat zbrodni i wyroku w Liège*, „Argumenty” 1962, nr 51, s. 5.

a z wielu wypowiedzi uwypuklić należy cytowane już artykuły: „Problem niepotrzebnego cierpienia” z 1963 r. i „Medyczne i moralne problemy umierania i śmierci” z 1975 r. W „Rewizji Hipokratesa” w sposób radykalny wskazywał, że należy poddać krytycznej analizie obowiązujący paradygmat medycyny i etyki lekarskiej. Przypominając tę wypowiedź trzeba podkreślić, że zasada szacunku dla życia musi, zdaniem Kielanowskiego, zostać wywiedziona z racjonalnego poczucia etycznego i uzasadnić postulat konieczności ochrony życia, a człowiek, który sam jest dysponentem swojego życia, ma prawo do pełnej prawdy o swoim stanie, co daje mu możliwość decydowania o sobie¹¹⁷². Niewątpliwą inspiracją dla refleksji dotyczącej granicznych sytuacji życia i śmierci była praca brytyjskiego prawnika, Glanville’a Williamsa, zatytułowana „The Sanctity of Life and the Criminal Law” z 1957 r., której tłumaczenia na język polski podjął się wybitny prawnik i przyjaciel Kielanowskiego – Witold Sawicki¹¹⁷³.

Z medycznego punktu widzenia – wskazywał Kielanowski – „nie można rozważać zagadnień śmierci i umierania bez równoczesnego uwzględniania problemu cierpienia fizycznego i moralnego. Niektóre filozofie przypisują cierpieniu wartości moralne, a podobnie widzieli to poeci, szczególnie romantyczni, [...] Lekarz jest przeciwnikiem cierpienia i nie zwalcza go tylko wtedy, kiedy może mu ono dawać ważne, a nieodzowne wskazówki diagnostyczne. Cierpienia ludzi skazanych na rychłą śmierć powinny być – tak każe sztuka lekarska – zawsze zwalczane...”¹¹⁷⁴.

Pojęciem „niepotrzebnego cierpienia” obejmował Kielanowski cielesną i psychiczną degradację poziomu życia ludzkiego. Przede wszystkim odnosił to do cierpień beznadziejnie chorych, cierpień poprzedzających śmierć – terminalnych, a gorszych od niej samej i „często z winy lekarzy zbyt długo trwających”¹¹⁷⁵. Walka z takim cierpieniem stanie się istotowym elementem nauki o dobrym umieraniu. Paradoksalnie możliwości technologiczne medycyny przyczyniają się do wzrostu w świecie „niepotrzebnego cierpienia”.

Owe męki są niepotrzebne nie tylko z punktu widzenia doświadczającego ich człowieka, ale także z punktu widzenia medycyny, dla której jedynie ból sygnalizujący chorobę jest zjawiskiem sensownym i celowym – po jej rozpoznaniu obowiązkiem lekarza jest zwalczanie bólu. Kielanowski, jak wcześniej ukazywano, nie negował roli cierpień w życiu człowieka, bo są takie, które mogą mieć sens, a „człowiek, który nigdy nie cierpiał, jest uboższy”¹¹⁷⁶. Jednak we wszechogarniającym bólu umierania nie ma już żadnego sensu: „Bezsens tych cierpień zna i obserwuje z bólem każdy lekarz (to nieprawda, że lekarze są niewrażliwi) i bezsens ten był niejednokrotnie motywem żądania przyznania lekarzom prawa

¹¹⁷²Zob. ibidem

¹¹⁷³G. Williams, *Świętość życia a prawo karne*, Warszawa 1960.

¹¹⁷⁴T. Kielanowski, *Medyczne i moralne problemy umierania i śmierci*, op. cit., s. 246

¹¹⁷⁵T. Kielanowski, *Ile cierpienia*, op. cit., s. 1.

¹¹⁷⁶*Śmierć i cierpienie. Rozmowa z profesorem Tadeuszem Kielanowskim*, op. cit., s. 13.

skracania życia chorego. Ale lekarze odrzucali zawsze tę propozycję, bo nie chcą zabijać nigdy, pod żadnym warunkiem i bez względu na motywację”¹¹⁷⁷.

Stosowane przez niego określenie „niepotrzebne cierpienia” stanowi także polemikę z myślą chrześcijańską, która wskazuje na konieczność podjęcia próby zrozumienia cierpienia, nawet najdramatyczniejszego, każąc odnosić je do boskiej tajemnicy czy też do zbawczej jego roli i ofiary Chrystusa. Człowiek nie może uznać, że są one niepotrzebne – co oczywiście nie oznacza, że nie należy im się przeciwstawiać i z nimi walczyć. Jednak Kielanowski rozumie wykładnię Kościoła jako zgodę na każde cierpienie.

Pojęcie „niepotrzebnego cierpienia” odnosi także Kielanowski do cierpienia spowodowanego bardzo poważnym kalectwem fizycznym lub umysłowym, cierpienia ludzi sparaliżowanych po wylewach i w stanach wegetatywnych po częściowo tylko skutecznej reanimacji, dzieci obarczonych bardzo poważnym niedorozwojem, z zespołem bardzo poważnych wad genetycznych (dzieci, które nazywano wówczas „potworkami”). Zdecydowana większość tych przypadków jest paradoksalnie i absurdalnie efektem postępu medycyny, nastawionej na ratowanie życia. „Zasada bezwzględnej ochrony życia przyczyniała się i przyczynia do tworzenia wielu nieuleczalnych kalek”¹¹⁷⁸. Dlatego też Kielanowski nazywa radykalnie, wręcz „sportową ambicją” wielu położników i pediatrów utrzymywanie przy życiu zdecydowanie przedwcześnie urodzonych noworodków („lekarze współzawodniczą ze sobą i ogłaszają rekordy niskości wagi”!) – co grozi trudnymi do przewidzenia ułomnościami wynikającymi ze znacznego wcześniactwa¹¹⁷⁹. W dosłownym sensie trudno wypowiadać się o skali doznawanego cierpienia ludzi o bardzo ograniczonym i odmiennym poziomie świadomości i w tych przypadkach Kielanowski ma chyba na uwadze poziom, „jakości” tego życia, które oceniane jest z punktu widzenia tych, którzy są zdrowi i sprawni. Ponieważ problem niepotrzebnego cierpienia istnieje, trzeba go zdaniem Kielanowskiego, poddać kontroli rozumu – „negowanie istnienia problemu nie prowadzi do żadnych rozwiązań, a zmowa milczenia niczego nie likwiduje”¹¹⁸⁰.

W tekstach Kielanowskiego spotykamy zarówno wypowiedzi o bezrefleksyjnym i automatycznym działaniu medycyny, zgodnie z zasadą świętości życia, która przedłuża wszelkie życie za każdą cenę, potęgując tylko „niepotrzebne cierpienia”, jak i o konieczności zrewidowania pojęcia „świętość życia” i poddania go krytycznej analizie. Z drugiej strony podkreśla on konieczność bezwzględnego respektowania zasady „świętości życia”, jak chociażby w wypowiedzi: „Założeniem pracy lekarza myślącego kategoriami naukowymi, bez względu na to jaka jest jego filozofia, jest bezwyjątkowa obrona świętości życia ludzkiego. [...] Życie pacjenta, który jeszcze żyje, myśli, obserwuje, albo może jeszcze myśleć i widzieć świat – posiada wartość nieocenioną i jest niepowtarzalne. [...] Zatem życie wymaga ze strony

¹¹⁷⁷ T. Kielanowski, *Rewizja Hipokratesa*, op. cit., s. 10.

¹¹⁷⁸ T. Kielanowski, *Problem niepotrzebnego cierpienia*, op. cit., s. 119.

¹¹⁷⁹ Ibidem.

¹¹⁸⁰ Ibidem, s. 123.

lekarza absolutnej obrony. Lekarz nigdy nie ma prawa zdecydować o śmierci. Ta sprawa jest dla mnie bezdyskusyjna¹¹⁸¹. W innych miejscach będzie powtarzał, że lekarz jest „obrońcą życia” i nie można zanegować tej podstawowej zasady bez podważenia samej istoty nauki i sztuki lekarskiej. Czy nie ma tu sprzeczności? Jest – ale tylko pozorna i ma związek z rozumieniem przez Kielanowskiego kategorii „świętości”, co wynika z analizy jego tekstów.

Wydaje się, że należy zwrócić uwagę na kilka zasadniczych kwestii. Kategoria „świętość” używana jest przez Kielanowskiego w pojęciu świeckim, a nie religijnym, czyli uznającym życie za dar miłości Boga, a człowieka – tylko za dyspozytariusza tegoż daru. W nauczaniu Kościoła, odwołującego się do argumentu z „ostrożności” przyznaje się człowiekowi prawa osobowe od momentu zapłodnienia do naturalnej śmierci, uzasadniając tym zakaz zabijania, łącznie z aborcją i eutanazją¹¹⁸². W świeckim rozumieniu Kielanowskiego świętość ludzkiego życia wynika przede wszystkim z jego wyjątkowości w świecie przyrody oraz z indywidualności i niepowtarzalności każdego życia¹¹⁸³. Życie człowieka jest manifestacją ewolucyjnych sił przyrody¹¹⁸⁴, każde jest jedyne w swoim rodzaju i wymaga szacunku. O wyjątkowości świadczy jego świadomy charakter. Z tego racjonalnego ujęcia wynika konieczność ochrony i szacunku dla każdego życia – a lekarz jest jego obrońcą. Tę wyjątkowość będzie wiązał ze sferą ludzkiego umysłu, czego niejako potwierdzeniem dla Kielanowskiego będzie przyjęta z końcem lat sześćdziesiątych, nowa definicja śmierci człowieka – śmierci mózgowej. Pisał w związku z tym, że „warto zwrócić uwagę na fakt, że uznano ludzkiego „ducha”, a więc świadomość za konstytutywną cechę osobowości, będącą nosicielem „świętości” ludzkiego życia, a więc zasługującą na ochronę. Tam, gdzie jej nie ma, nie ma żadnego człowieka, choćby serce biło”¹¹⁸⁵.

Prowadzi to do kolejnej kwestii – pojęcia życia ludzkiego, którego nie można „degradować do pojęć czystej biologii”¹¹⁸⁶, co wiąże się z problemem definicji człowieka, której Kielanowski wręcz natarczywie domagał się od filozofii. Podkreślał wielką wagę nowych kryteriów i definicji śmierci jako nieodwracalnego i całkowitego ustania funkcji mózgu¹¹⁸⁷ (był autorem tłumaczenia „Deklaracji z Sydney” z 1968 r. i „Dyrektyw dotyczących

¹¹⁸¹ *Śmierć i cierpienie. Rozmowa z prof. T. Kielanowskim*, op. cit., s. 12.

¹¹⁸² Por. np. K. Szewczyk, *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*, op. cit., s. 249.

¹¹⁸³ Zob. np.: *Śmierć i cierpienie. Rozmowa z prof. T. Kielanowskim*, op. cit., s. 12. W późniejszym czasie całą koncepcję świeckiej świętości życia przedstawił amerykański prawnik i filozof – R. Dworkin, podejmując polemikę z utylitarystycznie rozumianą zasadą „jakości życia” (*Life's Dominion: An Argument About Abortion, Euthanasia, and Individual Freedom*, New York 1994). Zob. K. Szewczyk, *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*, op. cit., s. 250.

¹¹⁸⁴ Zob. T. Kielanowski, *Prawo człowieka o stanowieniu o sobie*, op. cit., s. 22.

¹¹⁸⁵ T. Kielanowski, *Medyczne i moralne problemy umierania i śmierci*, op. cit., s. 249.

¹¹⁸⁶ Zob. T. Kielanowski, *O majestacie śmierci*, op. cit., s. 4.

¹¹⁸⁷ W 1966 r. Francuska Akademia Nauk Medycznych ustaliła, iż człowieka można uznać za zmarłego, jeżeli się udowodni, że jego mózg nie będzie nigdy zdolny do kontrolowania ważnych dla życia czynności, pomimo sztucznego utrzymywania akcji serca. Szwajcarska Akademia Medycyny w 1969 r. wydała *Dyrektywy w sprawie rozpoznawania śmierci*, w których obok nieodwracalnej śmierci mózgu wskazuje się na konieczność równoczesnego uwzględnienia innych kryteriów.

rozpoznania śmierci...” z 1969 r.¹¹⁸⁸). Jednocześnie ujawniał istotny problem z niej wynikający: Czy funkcje krytyczne dla życia wiążą się z zaprzestaniem czynności kory mózgowej, odpowiedzialnej za najważniejszą dla ludzkiego życia świadomość (śmierć korowa) – czy też z zanikiem, odpowiedzialnych również za funkcjonowanie systemów wegetatywnych, czynności pnia mózgu, których brak jest tożsamy ze śmiercią mózgu jako całości (śmierć pniowa)¹¹⁸⁹? W związku z tym wysunął problem, aktualny z punktu widzenia filozofii, co ma stanowić główny przedmiot ochrony ze strony lekarza: „osobowość ludzka czy też życie wegetatywne człowieka, pozbawione definitywnie tej osobowości?”¹¹⁹⁰. Bardziej skłania się ku pierwszemu rozwiązaniu, jednakże ze względu na brak absolutnej pewności, co do braku życia psychicznego w tych stanach, należałoby pozostać przy tym drugim: „ciało ludzkie całkowicie i trwale pozbawione życia psychicznego nie spełnia warunków wymaganych przez żadną sensowną definicję istoty ludzkiej – człowieka. Wyrażam przypuszczenie [...] że obowiązek podtrzymywania życia wegetatywnego człowieka odkorowanego (a lekarze uważają, że obowiązek taki istnieje) opiera się domniemaniu możliwości istnienia jakiegoś życia psychicznego, choć za pomocą żadnych dostępnych obecnie środków i sposobów życia tego nie umiemy rozpoznać”¹¹⁹¹. Dlatego też w paradygmatycznym przypadku znajdującej się przez wiele lat w śpiączce Karen Quinlan wypowiadał się za domniemaniem ludzkiego życia i chęci istnienia. Zagadnienie to jest niezwykle ważne dla rozumienia człowieka, jego podmiotowości i prowadzi do odmiennych rozwiązań w kwestii pojęcia osoby i statusu moralnego człowieka jako członka wspólnoty. Zwłaszcza w nurtach utylitarystycznych jest ono relacyjne, jak w stanowisku przyjmującym, że pojęcie osoby przysługuje człowiekowi zdolnemu do działań moralnych¹¹⁹². W związku z tym odróżnia się tu osobę przyszłą (potencjalną), aktualną i przeszłą. Tak więc płód ludzki jest osobą potencjalną, a człowiek w stanie wegetatywnym – osobą przeszłą. Przynależy im jest więc szacunek, ale nie są podmiotem prawa. Rozumowanie Tadeusza Kielanowskiego wydaje się zmierzać właśnie w takim kierunku – jakkolwiek nie zostało ono wyraźnie wyartykułowane. Były to dla niego zagadnienia, które muszą zostać poddane wnikliwemu i rozważnemu namysłowi. Jednakże z punktu widzenia lekarskiego obowiązku ochrony ludzkiego życia na aktualnym poziomie wiedzy należy przyjąć jako obowiązujące określenie, że człowiekiem jest każda istota zrodzona przez ludzkich rodziców. Określenie to traktował jako tymczasowe. Dodawał jednak, że dobrze byłoby, gdyby filozofowie i publicyści odwiedzali zakłady dla głęboko upośledzonych dzieci – „utrzymując je olbrzymim kosztem przy życiu, postępujemy słusznie – pisał Kielanowski, bowiem – nikt nie potrafi ostatecznie

¹¹⁸⁸ Teksty deontologiczne 7. *Deklaracja z Sydney*. Komunikat na temat śmierci przyjęty przez 22 Zebranie Światowego Stowarzyszenia Lekarzy – sierpień 1968, „Biuletyn Głównej Biblioteki Lekarskiej” 1969, nr 1. Teksty deontologiczne. *Dyrektywy dotyczące rozpoznania śmierci, ustalone przez Szwajcarską Akademię Nauk Medycznych* (1969), „Biuletyn Głównej Biblioteki Lekarskiej” 1971, nr 1.

¹¹⁸⁹ Zob. np.: A. Szczęsna, *Wokół medycznej definicji śmierci*, [w:] *Umierać bez lęku*, op. cit.

¹¹⁹⁰ T. Kielanowski, *Rozmyślenia o przemijaniu*, op. cit., s. 34.

¹¹⁹¹ *Ibidem*, s. 33.

¹¹⁹² Zob. Z. Szawarski, *Mądrość i sztuka leczenia*, op. cit., s. 34.

rozstrzygnąć, gdzie leży granica człowieczeństwa”¹¹⁹³. Ostatecznie chyba nawet czynność mózgu nie powinna o niej przesądzać.

We współczesnej bioetyce często świętości życia przeciwstawia się jakość życia – zwłaszcza kiedy te pojęcia są interpretowane w sposób skrajny. Kielanowski nie używa pojęcia „jakość życia”, które choć znane już wcześniej, od lat siedemdziesiątych zaczęło robić ogromną karierę. Z czasem zmienił się sens tego terminu. To co było ujmowane dość intuicyjnie, nie tylko otrzymało swoją nazwę, ale stało się mierzalne¹¹⁹⁴. Pojęcie „jakość życia”, jakkolwiek trudne do zdefiniowania i rozmaicie rozumiane, wskazywało na konieczność bardziej całościowego postrzegania człowieka i zwracania uwagi na jego samopoczucie. Kazało też sądzić, że istnieją wartości ważniejsze niż biologiczne przetrwanie. Rozwój zainteresowań jakością życia wiązał się z próbami znalezienia nowych i bardziej precyzyjnych metod jej mierzenia¹¹⁹⁵.

Kielanowski posługuje się natomiast określeniem „wartość życia” – co oczywiście ma odmienny sens niż jakość, ale pojecie wartości jest używane przez niego zarówno jako kategoria aksjologiczna, jak i w rozumieniu oceny życia, związanej zasadniczo z podmiotowym określaniem poziomu swojej egzystencji. W pierwszym znaczeniu wiąże się z jego „świętością” jako podstawową wartością dla człowieka – chociaż nie absolutną. Dla lekarza każde życie ludzkie jest świętością, która nie ma ceny, niezależnie od wieku człowieka czy jego społecznej pozycji i „o każde życie lekarz obowiązany jest walczyć tak samo usilnie i wytrwale, choć należy pamiętać, że wolno lekarzom leczyć, czyli walczyć o życie tylko wtedy, kiedy pacjent sobie tego życzy, kiedy oto prosi albo kiedy usprawiedliwione jest domniemanie, że prosiłby, gdyby był przytomny, albo w ogóle mógł wyrazić swoje zdanie”¹¹⁹⁶. Kielanowski przypomina o konieczności odróżnienia samej wartości życia, która nie może mieć względu na osobę czy pełnione przez nią społeczne role. W zasadzie lekarz nie może wartościować życia pacjenta – „ocena wartości indywidualnego życia ludzkiego nie leży

¹¹⁹³ Śmierć i cierpienie. Rozmowa z prof. T. Kielanowskim, op. cit., s. 12.

¹¹⁹⁴ Wcześniej w medycynie oceniano poziom życia, nie wiążąc go bezpośrednio z jakością. Było to m. in. zawarte w definicji zdrowia WHO; odwołując się do tej definicji, zaczęto utożsamiać dobrą jakość życia z subiektywnie dobrym samopoczuciem, wyróżniając w niej „sąd o życiu” (część kognitywną) i „poczucie szczęścia” (część emocjonalną). Tę ocenę odnoszono do różnych czynników: społeczno-demograficznych, osobowościowych, ekonomicznych, do wydarzeń życiowych i in. Jakość życia rozumiano jako zjawisko wielowymiarowe, składające się z poszczególnych składników subiektywnych, a jako podstawowe jego obszary wymieniano: wymiar fizyczny, psychiczny, społeczny, sprawność ruchową. Ten ostatni wymiar jakości życia został poznany najwcześniej (Karnofsky – 1949 r.) i określony najbardziej precyzyjnie (skala sprawności ruchowej zaproponowana przez Karnofsky'ego jest w wielu ośrodkach stosowana do dzisiaj). Próby uściślenia definicji jakości życia doprowadziły ostatecznie do stworzenia nowego jej pojęcia, nadającego się do zastosowania w medycynie – jest to „jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia” (HRQL, health related quality of life). Pojęcie wprowadzone przez Schipperę definiowane jest jako „funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia odbierany (przeżywany) przez pacjenta” (Schipper H., *Quality of life: Principles of the clinical paradigm*, Journal of Psychosocial Oncology 1990, s. 23). HRQL obejmuje cztery dziedziny: stan fizyczny i sprawność ruchową, stan psychiczny, sytuację społeczną i warunki ekonomiczne, doznania somatyczne. Za: K. de Walden-Gałuszko, *Jakość życia – rozważania ogólne*, [w:] *Jakość życia w chorobie nowotworowej*, pod red. K. de Walden-Gałuszki i M. Majkovicza, Gdańsk 1994, s. 16-17.

¹¹⁹⁵ W. Chańska, *Nieszczęsny dar życia*, op. cit., s. 304 nast.

¹¹⁹⁶ T. Kielanowski, *Medyczne i moralne problemy umierania i śmierci*, op. cit., s. 247.

zresztą często w granicach możliwości lekarskiego rozeznania. Lekarz musi nieraz działać szybko i zdecydowanie, i musi się wtedy opierać na domniemaniu, że życie, o które walczy, jest cenne dla samego pacjenta, dla jego rodziny i dla społeczeństwa”¹¹⁹⁷.

Ocena poziomu życia i jego jakości, także w kategoriach zdrowia, zależy głównie od człowieka-podmiotu – idealnym stanem jest dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny. Kielanowski nie twierdzi, że życie nieodwracalnie upośledzone nie ma już żadnej wartości, jednak problem poważnej niepełnosprawności, kalectwo wysokiego stopnia (jak brak wszystkich kończyn, narządów zmysłowych, np. równocześnie wzroku i słuchu, anatomiczne braki znaczniejszych części ośrodkowego układu nerwowego) czyni życie osobiste i społeczne czymś trudnym do zniesienia. Zdarzają się wyjątki, istnieli ludzie obarczeni kalectwem – rozważał Kielanowski – którzy umieli cieszyć się życiem. „Fakt że istniała kobieta pozbawiona wzroku i słuchu, która ukończyła studia wyższe, jest godny uwagi, ale pozostaje wyjątkiem, nie zmieniającym niestety reguły”¹¹⁹⁸. W odniesieniu do ludzi doznających niepotrzebnych cierpień umierania oraz trwale nieprzytomnych czy też w stanie głębokiego upośledzenia fizycznego lub psychicznego stawia pod znakiem zapytania wartość ich życia i dostrzega poważny problem w fakcie, że „postępy nauk medycznych będą w dalszym ciągu przedłużały życie ekonomicznie, a nawet sentymentalnie (trwale nieprzytomni, nieposiadający rodzin) bezwartościowe”¹¹⁹⁹.

Zasadniczym problemem jest więc jakość życia w sytuacjach granicznych, ludzi beznadziejnie chorych czy też bezwzględnie zdanych na opiekę. W przypadku osób świadomych – mimo uwikłania w medyczny system – to one dokonują ostatecznej oceny i mogą decydować o swoim losie. W innych przypadkach stwarza to bardzo poważne dylematy i często lekarz musi oceniać natężenie niepotrzebnego cierpienia. Niezależnie jednak od sytuacji należy poddać je kontroli rozumu i jemu się przeciwstawiać. Zasadniczą drogą jest łagodzenie niepotrzebnego cierpienia, tej progowej jakości życia. I to jest m. in. zadaniem eutanalogii. To pozwoli na godne odejście i zachowanie majestatu śmierci.

Druga droga, która musi być przez medycynę respektowana, wiąże się z prawem człowieka do śmierci. „Czy człowiek jest skazany na to, żeby umierał w mękach? – pytał Kielanowski na Konferencji Lekarzy i Humanistów. Czy lekarskie działanie przedłużające życie, mające już być tylko cierpieniem, jest działaniem racjonalnym, moralnie dobrym i godnym kontynuowania? Człowiek zdobył sobie po stuleciach walki wolność sumienia, wolność polityczną i obywatelską [...]. Dlaczego więc, mając prawo stanowienia o sobie, o swoim życiu, nie miałby prawa stanowienia o swojej śmierci?”¹²⁰⁰. Dodawał,

¹¹⁹⁷ T. Kielanowski, *Problem niepotrzebnego cierpienia*, op. cit., s. 117.

¹¹⁹⁸ Ibidem, s. 118.

¹¹⁹⁹ Ibidem.

¹²⁰⁰ T. Kielanowski, *Prawo człowieka do stanowienia o sobie*, op. cit., s. 20-21. Na temat prawa do śmierci pisał wtenczas m. in. Hans Jonas, wybitny niemiecki filozof zajmujący się filozofią życia – zob. H. Jonas, *Prawo do śmierci*, „Etyka” 1988, nr 23. Zob. także: M. Szeroczyńska, *Eutanazja i wspomaganie samobójstwo...*, op. cit., s. 399 nast.

że prawdopodobnie stanie się ono w przyszłości zagwarantowane ustawowo, jak prawo do życia i zdrowia¹²⁰¹. Zarówno lekarze, jak i społeczeństwo, muszą uszanować to prawo w odniesieniu do osoby w pełni świadomej i dorosłej, ale także, w nieco innym sensie – w odniesieniu do „potencjalnej” i „byłej osoby”. Prawo do śmierci można zachować w imię osoby i dla jej ochrony, którą niegdyś była lub mogłaby być. Kielanowski upatrywał drogę wiodącą do minimalizacji w świecie niepotrzebnego cierpienia w rozeznaniu i zaakceptowaniu zbliżającej się nieuchronnie śmierci i nieprzeszkadzaniu w umieraniu, a w każdym razie nieczynienia nadludzkich wysiłków w celu ratowania życia bez względu na konsekwencje i jego przyszłą jakość (wartość). Wyraża on zdecydowaną aprobatę dla świeckiej zasady świętości życia, ale zdecydowany sprzeciw wobec niepotrzebnego cierpienia, czyli takiego poziomu życia, który nie ma racjonalnego uzasadnienia. Gdyby nie podejmowano nieproporcjonalnych wysiłków w sytuacjach krytycznych, gdyby nie „terapeutyczne zacierzewienie” wielu lekarzy, to można by było uniknąć licznych dramatów i cierpień.

¹²⁰¹ R. Tybusz., K. Ruszel, T. Kielanowski, *O tak zwanej eutanazji dobrowolnej*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1973, nr 24, s. 923.

5.4.3. Problem eutanazji

Problematyka eutanazji, wielokrotnie poruszana przez Tadeusza Kielanowskiego, wiąże się z jego nauką o dobrym umieraniu i jest kontynuacją poprzedniego podrozdziału. Od czasu, kiedy Kielanowski podejmował zagadnienie eutanazji, stając się jednym z inicjatorów debaty i jej zasadniczym wyrazicielem, mija pół wieku i wiele się w tej dziedzinie zmieniło, w szczególności legalizacja jej form w Holandii i Belgii oraz wspomaganego samobójstwa w stanie Oregon w USA¹²⁰². Już wiele lat temu przewidywał on, że problemem eutanazji będą musiały zająć się „parlamente świata i znaleźć humanistyczne rozwiązanie”¹²⁰³. Również dyskusja nad jej dopuszczalnością toczy się na innym poziomie w związku z uszczegółowieniem tej problematyki i wprowadzonymi różniczeniami, a także z wypracowanej przez adwersarzy argumentacji. Eutanazja należy do najbardziej kontrowersyjnych zagadnień bioetyki, wymaga szczególnej ostrożności, a rozbieżności pojawiają się już przy samych próbach jej definiowania. Jednakże zasadnicze dylematy pozostały te same i są wciąż aktualne: Czy człowiek ma prawo do skrócenia swoich cierpień przez zadanie sobie śmierci oraz czy lekarzowi wolno przyczynić się do śmierci pacjenta?

Pewna trudność w ukazaniu stanowiska Kielanowskiego w tej sprawie wynika z faktu, że używa pojęcia „eutanazja” w przynajmniej w trzech różnych znaczeniach: etymologicznym, wywodzącym się ze starożytności, czyli jako „dobra śmierć”, w powszechnie przyjmowanym – jako „zabicie ciężko chorego człowieka na jego prośbę lub bez jego prośby ze współczucia w celu zakończenia jego męczarni”¹²⁰⁴, i w trzecim rozumieniu – „eutanazja dobrowolna”, czyli śmierć będącą wynikiem rezygnacji cierpiącego chorego z medycznych procedur przedłużających życie.

Co ma przede wszystkim na uwadze Kielanowski mówiąc o eutanazji i jak rozwiązuje jej problem? Żeby lepiej zrozumieć jego stanowisko należałoby odnieść je do dzisiejszego pojęcia eutanazji, co znowuż jest niełatwe z powodu wielości definicji i braku jednolitego jej ujmowania – od bardzo wąskiego po bardzo szerokie¹²⁰⁵. Mimo braku powszechnie

¹²⁰² Parlament holenderski przyjął *Ustawę o zakończeniu życia na żądanie i pomocnictwie w samobójstwie* w 2001 r. i obowiązuje ona od 1 kwietnia 2002 r. Dokument określa warunki dopuszczalności eutanazji czynnej (żądania zakończenia życia przez drugiego człowieka), a także pomocy w samobójstwie. Również w 2002 r. w Belgii (we wrześniu) król podpisał *Ustawę o eutanazji*, dla której wzorem była regulacja holenderska. W stanie Oregon *Ustawa o godnej śmierci* dopuszczająca wspomaganie samobójstwo została przyjęta w referendum w 1994 r. – przy jednoczesnym prawnym zakazie eutanazji czynnej. Zob. np. K. Szewczyk, *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*, op. cit., s. 365 nast. Por. M. Szeroczyńska, *Eutanazja i wspomaganie samobójstwo na świecie*, Kraków 2004, s. 200-225, 360-363.

¹²⁰³ T. Kielanowski, *Rozmyślenia o przemijaniu*, op. cit., s. 80.

¹²⁰⁴ Ibidem, s. 69.

¹²⁰⁵ K. Szewczyk wyróżnia cztery zakresowe grupy definicji eutanazji: maksymalnie oraz umiarkowanie szerokie, umiarkowanie i maksymalnie wąskie; A. Alichniewicz sprowadza je do wąskich i szerokich: 1. Wąskie – przyjmują, że eutanazja ma miejsce wówczas, gdy lekarz podaje nieuleczalnie choremu i cierpiącemu pacjentowi środek, który ma spowodować jego śmierć; 2. Szerokie – stosowane częściej, gdzie za eutanazję uznaje się zarówno podanie środka mającego spowodować śmierć, jak i zaniechanie lub zaprzestanie stosowania środków podtrzymujących życie nieuleczalnie chorego i cierpiącego pacjenta; w tym

przyjmowanej definicji można wyróżnić pewne istotne i wspólne elementy różnych propozycji, co do których panuje zasadniczo zgoda¹²⁰⁶, a które można też odnieść do stanowiska Kielanowskiego. Są to:

1. Cel eutanazji – jest nim spowodowanie lub przyspieszenie śmierci drugiego człowieka (nieuleczalnie chorego lub bardzo starego, aby oszczędzić mu cierpień).
2. Motyw – powodem przyspieszenia śmierci jest dobro drugiego człowieka, jest ona dla pacjenta korzystna lub stanowi mniejsze zło – z reguły dlatego, że oszczędza mu nieznośnych cierpień wywołanych nieuleczalną chorobą i/lub pozwala odejść z godnością (czyn dokonywany jest na prośbę chorego, zdolnego do świadomego wyrażenia woli lub motywowany współczuciem dla pacjenta niezdolnego do podejmowania decyzji);
3. Sprawca – zwykle przyjmuje się, że eutanazji dokonuje się w kontekście medycznym – jej sprawcą jest lekarz (w szerokim ujęciu definicji eutanazji może nim być inna osoba, np. bliscy chorego).

Dosyć powszechnie przyjmuje się klasyfikację eutanazji opartą na dwóch kryteriach: po pierwsze na naturze czynu powodującego śmierć – czy jest on aktywnym działaniem prowadzącym śmierć (eutanazja czynna), czy też zaniechaniem procedur medycznych podtrzymujących życie, przyzwoleniem na śmierć (eutanazja bierna). Po drugie – na zgodności tego czynu z wolą uśmiercanej osoby – rozróżnia się więc dokonaną na żądanie pacjenta zdolnego do podejmowania świadomych i wolnych decyzji (eutanazja dobrowolna) oraz dokonaną na pacjencie niezdolnym do świadomego wyrażenia woli (eutanazja niedobrowolna), np. dokonana na noworodku bądź osobie, która trwale utraciła świadomość¹²⁰⁷. W wyniku połączenia tych kryteriów wyróżnia się zwykle eutanazję: czynną dobrowolną, czynną niedobrowolną, bierną dobrowolną, bierną niedobrowolną. W wąskim rozumieniu za eutanazję uznaje się jej dobrowolną i czynną formę, z udziałem lekarza (K. Szewczyk np. eutanazję niedobrowolną nazywa „zmedykalizowanym zabójstwem eutanatycznym”). W szerokim pojęciu są nią wszystkie pozostałe odmiany. Wśród działań eutanatycznych wyróżnia się inną jeszcze formę – wspomagane samobójstwo, przy współudziale czy pomocy lekarskiej.

Biorąc pod uwagę te dosyć powszechnie przyjmowane dystynkcje, trzeba zwrócić uwagę na fakt, że Kielanowski poddawał krytyce niektóre z tradycyjnie przyjmowanych, mających istotne znaczenie w moralnej ocenie działań prowadzących śmierć, rozróżnień.

rozumieniu eutanazją jest zarówno zabicie, jak i przyzwolenie na śmierć. Zob. A. Alichniewicz, *Eutanazja a etyczne podstawy medycyny stanów terminalnych*, [w:] *Narodziny i śmierć. Bioetyka kulturowa wobec stanów granicznych życia ludzkiego*, pod red. M. Gałuszki, K. Szewczyka, Warszawa– Łódź 2002, s. 157 nast.; por. K. Szewczyk, *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*, op. cit., s. 354 nast.

¹²⁰⁶Zob. A. Alichniewicz, *Eutanazja a etyczne podstawy medycyny stanów terminalnych*, op. cit., s. 156 nast.; K. Szewczyk, *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*, op. cit., s. 352 nast.; J. Malczewski, *Z dziejów pojęcia eutanazji*, [w:] *Eutanazja: prawo do życia – prawo do wolności*, pod red. B. Chyrowicz, Lublin 2005; H. Kuhse, *Eutanazja*, [w:] *Przewodnik po etyce*, pod red. P. Singera, Warszawa 1998, s. 337-346.

¹²⁰⁷Niektórzy wyróżniają ponadto eutanazję dokonaną wbrew woli pacjenta zdolnego do jej świadomego wyrażania – powszechnie jednak ten przypadek uważany jest za morderstwo.

Przede wszystkim krytykował podział na działanie i zaniechanie oraz odróżnianie środków zwyczajnych i nadzwyczajnych, czasem – zasadę podwójnego skutku.

Zbieżność terminologiczna nauki o dobrym umieraniu – „eutanalгии” – oraz eutanazji nie jest oczywiście przypadkowa i wskazuje na dążenie Kielanowskiego do przywrócenia pierwotnego, etymologicznego sensu greckiego pojęcia dobrej śmierci. Starożytni słowem „eutanzja” nazywali śmierć łagodną, zwykle szybką, wolną od bólu i cierpienia, następującą zasadniczo z przyczyn naturalnych, ale czasem odnosili ją do śmierci gwałtownej, jak np. honorowej na polu bitwy, czasem też do racjonalnej śmierci samobójczej. Nie miała ona nic wspólnego z zabójstwem, śmiercią zadawaną z litości, nie kojarzono jej także z dosyć powszechnym w starożytności dzieciobójstwem. W tym etymologicznym sensie, dobrej i łagodnej śmierci pojęcie eutanazji było używane aż do drugiej połowy XIX wieku¹²⁰⁸.

Kielanowski, uzasadniając potrzebę dyskusji o eutanazji i ukazując jej niektóre historyczne konteksty, odwołuje się do pism Franciszka Bacona i Tomasza Morusa, gdzie podobna problematyka się pojawia. Trzeba jednak zwrócić uwagę, że Morus nie używa w ogóle tego terminu, opisując zasadność popełnienia samobójstwa, samodzielnie lub z pomocą, przez starych i schorowanych mieszkańców szczęśliwej wyspy Utopii¹²⁰⁹. Bacon natomiast, który jako pierwszy połączył pojęcie eutanazji z kontekstem medycznym, miał cały czas na uwadze jej pierwotne, etymologiczne znaczenie – śmierć łagodna i bez cierpień – możliwa dzięki opiece lekarskiej. Jego poglądy bardziej należało odnosić do dzisiejszej koncepcji opieki paliatywnej¹²¹⁰ niż np. do praktyk eutanazyjnych w Holandii. W zasadzie powyższe ujęcia korespondują z podejściem Kielanowskiego, choć on sam nie zwracał na te fakty uwagi. Także odnosząc się do powstałych w latach trzydziestych w Wielkiej Brytanii i USA stowarzyszeń dobrowolnej eutanazji, podkreślał zasadniczą motywację ich działania, jakim było żądanie prawa do spokojnej śmierci naturalnej, bez prób przedłużania życia, natomiast z zastosowaniem możliwych środków łagodzących ból (nawet gdyby miały przyspieszyć śmierć)¹²¹¹.

Dla Kielanowskiego przeciwieństwem eutanazji w jej etymologicznym znaczeniu jest „zła, brzydka śmierć”¹²¹², którą nazywa kakotanazją (od gr. *kakos* – zły), czyli śmierć pełna bólu i pozbawiona godności. „Ponieważ nie możemy żyć wiecznie, jesteśmy wszyscy zwolennikami dobrej śmierci, czyli eutanazji i albo modlimy się o nią do Boga, albo oczekujemy jej od nauki i sztuki lekarskiej [...]. Zabijanie ciężko chorych, bez względu na motywy tego czynu (litość, argumenty ekonomiczne, niecierpliwość itd.) nie jest dobrą

¹²⁰⁸ Na temat rozumienia terminu „eutanzja” w przeszłości pisze J. Malczewski – zob. J. Malczewski, *Z dziejów pojęcia eutanazji*, op. cit.

¹²⁰⁹ Zob. J. Malczewski, *Z dziejów pojęcia eutanazji*, op. cit., s. 49 nast. Zasadniczy sens i motywy napisania przez More’a „Utopii” są wciąż dyskusyjne. More był prawowiernym katolikiem, który zginął w obronie swoich przekonań. Został kanonizowanym przez Kościół, który samobójstwo uważa za grzech. Por. M. Szeroczyńska, *Eutanazja i wspomagane samobójstwo...*, op. cit., s. 24-25.

¹²¹⁰ Ibidem, s. 28 nast. Por. M. Szeroczyńska, *Eutanazja i wspomagane samobójstwo...*, op. cit., s.25-27.

¹²¹¹ T. Kielanowski, *Rozmyślenia o przemijaniu*, op. cit., s. 74 nast.

¹²¹² T. Kielanowski, *Eutanazja a kakotanazja*, „Prawo i życie” 1973, nr 6, s. 6.

śmiercią i nie powinno być nazywane eutanazją¹²¹³. Ujawnia się tu zdecydowanie negatywny stosunek do potocznie rozumianej eutanazji, jako „zabójstwa z litości”, dokonanego także przez lekarza i motywowanego współczuciem dla cierpiącego.

H. Szabała¹²¹⁴ wskazywał, że stanowisko Tadeusza Kielanowskiego w sprawie eutanazji nie jest do końca jasne. Rzeczywiście pojawiają się niejasności zarówno z przytoczonych na początku względów, ale także z innego powodu: Kielanowski rozważa problem eutanazji z perspektywy dokonania jej przez lekarza (etyka lekarska) oraz z w kategoriach czysto racjonalnych, mając głównie na uwadze sam podmiot eutanazji. Kiedy uwzględni się te kwestie, jego podejście wydaje się dosyć klarowne – chociaż pozostają dylematy, wobec których nie zajmuje jednoznacznego stanowiska.

Filozoficzny namysł nad problemem „niepotrzebnego cierpienia”¹²¹⁵ ukazuje konieczność refleksji i podjęcia dyskusji o potrzebie jego minimalizacji. Tak jak inne dziedziny dotyczące człowieka problem ten powinien zostać poddany kontroli rozumu, a jednym z jej aspektów jest zagadnienie wyboru własnej śmierci w obliczu cierpienia. Czy człowiekowi wolno skrócić swoje cierpienia wybierając śmierć? Na pytanie to padła już wcześniej odpowiedź Kielanowskiego – jest nią prawo do racjonalnego samobójstwa. Nie chodzi oczywiście o jego zalecanie, co prawda „motyw samobójstwa rozgrzesza [...] decyzję i czyn, ale dalecy jesteśmy od głoszenia prawa rozwiązywania przez ludzi wszelkich trudności ucieczką w nicłość¹²¹⁶. Sytuacje cierpienia przedśmiertnego są graniczne i wyjątkowe – stale należy mieć na uwadze, że podstawową sprawą jest troska o drugiego człowieka i w przypadku pacjentów oznacza objęcie ich opieką terminalną i doskonalenie jej i arsenału środków przeciwbólowych. Ale jeżeli są one nieskuteczne lub pacjent nie chce znosić męczarni choroby – musi mieć prawo do własnej śmierci. Kielanowski, rozważając przypadki samobójczej śmierci nieuleczalnie chorych w USA, zastanawiał się nad ich moralną oceną i pisał, iż potępiając je „uznawalibyśmy tym samym, że wielomiesięczne męczarnie są czymś lepszym niż piękna, bezbolesna śmierć w wybranym momencie” i dodawał, że przedstawia pogląd człowieka „który z racji swojego zawodu patrzy od czterdziestu lat na ludzkie umieranie, boleje nad własną bezsilną próbą przynoszenia ulgi ludziom umierającym i nie może zrozumieć, dlaczego także tej dziedziny nie można by poddać krytycznej kontroli ludzkiego rozumu¹²¹⁷.

Z drugiej strony – wychodząc od zasady autonomii – zdolny do świadomych decyzji pacjent ma prawo odmówić leczenia na każdym etapie i stosowania każdego środka i metody. Oczywiście zdecydowana większość umierających pragnie żyć, ale Kielanowski wskazywał, że coraz więcej jest osób, które proszą, aby dać im umrzeć, zaprzestać zabiegów, dzięki którym przedłuża się im życie, ale i cierpienia. W szczególności dotyczy to metod

¹²¹³ Ibidem.

¹²¹⁴ Zob. H. Szabała, *Niepokoje egzystencjalne Tadeusza Kielanowskiego*, op. cit., s. 183.

¹²¹⁵ T. Kielanowski, *Problem niepotrzebnego cierpienia*, op. cit., s. 113 nast.

¹²¹⁶ T. Kielanowski, *Uciec od cierpień terminalnych*, „Problemy Dydaktyki Medycyny” 1985, nr 17 s. 8.

¹²¹⁷ T. Kielanowski, *Rewizja Hipokratesa*, op. cit., s. 10.

skomplikowanych, uciążliwych dla chorego i w sumie mało skutecznych. Uważa, że w takich przypadkach nie wolno lekarzowi wkraczać – „jeżeli osoba bardzo stara i nieuleczalnie chora, albo tylko bardzo stara, albo tylko nieuleczalnie chora, naprawdę nie chce żyć, należy uszanować jej wolę”¹²¹⁸. Lekarz musi uszanować życzenie, jeżeli jest pewny, że jest podyktowane trzeźwą decyzją, a nie chwilową depresją¹²¹⁹. Zadaniem lekarza jest przekonanie się, czy decyzja rezygnacji z leczenia jest podyktowana w pełni własną i świadomą wolą chorego. Dlatego „lekarz winien słuchać słów i próśb chorego w różnych momentach, rano i wieczór, w momencie bólu i w momencie ulgi. Jeżeli chory nie zmienia zdania i nie chce się leczyć ani operować, ani żyć dalej – nie wolno lekarzowi niczego choremu narzucać”¹²²⁰. Powinien oczywiście rozmawiać, przedstawiać możliwości opieki i skutki decyzji, ale nie może ingerować nawet jeżeli byłby przekonany, że pacjent chce w ten sposób popełnić samobójstwo. Niezależnie od sytuacji pacjent powinien mieć zagwarantowane prawo do środków uśmierzających ból – nawet, gdyby wiązało się to z przyspieszeniem momentu zgonu.

Kielanowski śmierć będącą wynikiem rezygnacji chorego z procedur przedłużających życie i męczarnie nazywał dobrowolną dobrą śmiercią, czyli eutanazją dobrowolną¹²²¹ i odwoływał się do brytyjskiego Stowarzyszenia Dobrowolnej Eutanazji, które określało jej cel – danie możliwości wyboru dorosłemu człowiekowi, w ściśle określonych warunkach i z należytymi zabezpieczeniami, wyboru pomiędzy przedłużaniem cierpień a łagodną śmiercią¹²²². Podkreślał, że stowarzyszenie domaga się jedynie wolności w wyborze śmierci i nieograniczania środków, które mogą przynieść ulgę. Z aprobatą odnosił się do propozycji deklaracji (oświadczenia woli), w której pacjent oświadczałby, jakiego postępowania lekarskiego sobie nie życzy, jeżeli znajdzie się w określonym stanie, a nie będzie już zdolnym do świadomego podejmowania decyzji. Pozwoliłoby to z jednej strony na uwzględnienie jego woli w każdej sytuacji, a jednocześnie eliminowałoby niebezpieczeństwo podejmowania działań eutanazyjnych wobec tych, którzy nie są zdolni do jej wyrażenia. Według tradycyjnie stosowanych rozróżnień chodzi tu o eutanazję bierną dobrowolną, którą często w literaturze przedmiotu, posługującej się węższym rozumieniem eutanazji, wyłącza się w ogóle z tego pojęcia. Wynika to z faktu, że pacjent, zgodnie z zasadą poszanowania autonomii, może zrezygnować z każdej formy terapii, nie tylko ze środków nadzwyczajnych, ale również ze zwyczajnych (inaczej będzie u autorów katolickich, którzy dopuszczają rezygnację tylko z nadzwyczajnych środków, w innym przypadku traktują ją jako niedopuszczalne samobójstwo).

¹²¹⁸ *Thanatos. Rozmowa z prof. T. Kielanowskim*, rozm. przepr. W.J. Piasecki, „Kamena” 1977, nr 1, s. 12-13; por. T. Kielanowski, *Prawo człowieka do stanowienia o sobie*, op. cit., s. 21.

¹²¹⁹ T. Kielanowski, *Eutanazja a kakotanzja*, op. cit., s. 7.

¹²²⁰ T. Kielanowski, *Rozmyślenia o przemijaniu*, op. cit., s. 65.

¹²²¹ R. Tybusz, K. Ruszel, T. Kielanowski, *O tak zwanej eutanazji dobrowolnej*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1973, nr 24, s. 922.

¹²²² *Ibidem*.

Powyższa sytuacja dotyczyła świadomej rezygnacji chorego, którą lekarz, nawet jeżeli myśli inaczej musi ostatecznie zaakceptować. Czy lekarzowi wolno aktywnie przyczynić się do szybszej śmierci pacjenta – tego, który o nią prosi i tego, który o nią prosić nie jest w stanie? Kwestia ta jest bardziej skomplikowana u Kielanowskiego. Patrząc z perspektywy etyki zawodowej, istotą powołania lekarskiego jest szacunek dla życia i zadaniem lekarza jest jego obrona. Dlatego też Kielanowski będzie zdecydowanie przeciwny przyznaniu lekarzowi prawa do aktywnych działań prowadzących śmierć (np. podanie letalnego środka) na żądanie chorego i będzie traktował takie działania jako zabójstwo. Jego stanowisko jest bardzo jednoznaczne wobec praktyki, która nazywa się zwykle eutanazją czynną dobrowolną i wiele razy dawał jemu wyraz. Mówił np.: „wierzę, że nie dożyję czasów, kiedy lekarz będzie miał prawo zabijać. Eutanazja [aktywna – przyp. aut.] kłóci się z pojęciem i rolą lekarza”¹²²³. A w innej z wypowiedzi wskazywał, że: „lekarz praktykujący nigdy nie zgodzi się na aktywne skrócenie życia swojego pacjenta choćby o chwilę. Ci lekarze, którzy to jednak zrobili – a byli tacy – powinni być sądzeni i pozbawieni prawa wykonywania zawodu. Takie jest moje zdanie – dlatego, że lekarz powinien walczyć tylko o życie. Nie wolno mu życia negocjować. Jeżeli pacjent cierpi, to mamy już dziś sporo sposobów przyniesienia mu ulgi. [...] Istnieje olbrzymia wiedza o możliwościach łagodzenia bólu i do niej należy się odwołać – zawsze, gdy tylko zachodzi taka konieczność”¹²²⁴.

Kielanowski w artykule „Problem niepotrzebnego cierpienia” przedstawiał i krótko rozważał argumenty uzasadniające odrzucenie prawa aktywnego skrócenia życia przez lekarza beznadziejnie chorym (dokonania eutanazji), wyróżniając względy: pragmatyczne, moralne i metafizyczne.

Wśród pragmatycznych wymieniał trzy i przedstawiał je następująco¹²²⁵:

1. Gdyby lekarz miał prawo zabijania, zwalniałoby go to z czynienia maksymalnych wysiłków w celu ratowania życia pacjenta i nie podejmowałby czasem ryzykownych prób terapeutycznych, które nieraz uratowały życie pozornie beznadziejnie chorego i przyczyniły się do postępu nauki. Kielanowski, komentując ten argument wskazywał, że mimo jego słuszności, należy pamiętać, że istnieją liczne wypadki, w których lekarz ma pewność, że nic już nie pomoże.
2. Gdyby ludzie wiedzieli, że lekarz ma w pewnych wypadkach prawo zabijania, baliby się lekarzy. Pewność chorego, że lekarz zawsze i wyłącznie będzie dążył do zwalczania choroby i przedłużenia życia, przestałaby istnieć – dla Kielanowskiego jest to bardzo poważny argument.
3. Nawet w przypadku szczegółowego określenia zasad, kiedy lekarzowi wolno dokonać eutanazji, zaistniałby niebezpieczny precedens wobec zasady bezwzględnej ochrony życia.

¹²²³ *Zawiedzione nadzieje. Rozmowa z dr. T. Kielanowskim profesorem Akademii Medycznej w Gdańsku*, rozm. przepr. R. Kałuża, „Literatura” 1977, nr 24, s. 10.

¹²²⁴ *Śmierć i cierpienie*, op. cit., s. 12.

¹²²⁵ T. Kielanowski, *Problem niepotrzebnego cierpienia*, op. cit., s. 120-121.

Nie dałoby się przewidzieć dalszego rozszerzania wskazań do eutanazji i mogłoby dojść do nadużyć (jest to tzw. argument równi pochyłej).

W argumentach moralnych odwoływał się Kielanowski do faktu, że „każdy człowiek posiada moralny wstręt do zabijania”¹²²⁶ (co wiąże się z zakazem zabójstwa jako podstawową normą we wszystkich kulturach) – a tym bardziej lekarze, którzy nawet w czasie wojny są wyłączeni z bezpośredniego udziału w walce – „zabijanie jest sprzeczne z motywami, jakimi głównie kierują się ludzie wybierający sobie ten zawód”¹²²⁷.

Wskazując argumenty metafizyczne – podkreślał, że ukształtowały się one pod wpływem religii i teologii chrześcijańskiej i zakładają absolutną świętość i nienaruszalność życia danego od Boga oraz celowość świata. Ten ostatni argument jednak odrzucał, gdyż jest on przedmiotem wiary, a lekarz musi służyć wszystkim ludziom. Wyrażał opinię, że „metafizyka chrześcijańska wywiera silny, choć często nieświadomy wpływ na lekarzy nie chcących, [...] myśleć samodzielnie. Życie jest dla nich czymś świętym i koniec. Nawet dyskusowanie na temat eutanazji nie jest dopuszczalne”¹²²⁸.

Najbardziej przekonującym według niego jest drugi argument – pragmatyczny – odwołujący się do podstawowej w relacji lekarz – pacjent zasady pełnego zaufania. Ogromne znaczenie ma również argument moralny, dowodzący, że lekarz przestałby się kojarzyć z wartością życia. I te właśnie argumenty będzie przytaczał w wielu wypowiedziach. Sztuka lekarska uległaby całkowitej erozji, gdyby dopuszczona została możliwość zabójstwa, nawet z litości.

W projekcie kodeksu deontologicznego Kielanowski formułował zasadę: „Lekarzowi nie wolno dążyć do skrócenia życia nieuleczalnie chorego, nawet na jego prośbę. Nie wolno również pomagać choremu w dokonaniu samobójstwa” (zasada 56)¹²²⁹. Stanowisko Kielanowskiego było tutaj jednoznaczne. Należy pamiętać, że zadaniem kodeksu nie było wzbudzanie wątpliwości, a sam projekt nie był wyłącznie wyrazem osobistych przekonań jego autora – stąd rozbieżności. W późniejszych wypowiedziach, przynajmniej w kwestii pomocy w samobójstwie, stanowisko profesora nie będzie już tak jednoznaczne.

Kielanowski staje przed zasadniczymi dylematami wynikającymi z zasad etyki lekarskiej: co może uczynić lekarz, słysząc nieustanne wołanie o śmierć chorego, który pragnie umrzeć, ale nie może. „Na czyją pomoc może wobec tego liczyć beznadziejnie chory i cierpiący człowiek, który chce umrzeć? Czyżby nie mógł liczyć na nikogo, czyżby był skazany na samotność zupełną?” – pyta dramatycznie¹²³⁰. A w innym miejscu pisał: „Patrząc jednak na bezsens cierpienia człowieka skazanego przez nieuleczalną chorobę, na niechybną śmierć i nie umiając mu przynieść ulgi wskutek wyczerpania środków uśmierzających, zgodziliby się sumienni a wrażliwi lekarze na prawo mówienia chorym prawdy i umożliwiania

¹²²⁶ Ibidem.

¹²²⁷ Ibidem.

¹²²⁸ Ibidem.

¹²²⁹ T. Kielanowski, *Kodeks deontologiczny polskiej służby zdrowia*, zob. aneks.

¹²³⁰ T. Kielanowski, *Prawo człowieka do stanowienia o sobie*, op. cit., s. 21.

im samobójstwa”¹²³¹. Na czym to umożliwienie samobójstwa mogłoby polegać? Kielanowski nie daje jednoznacznej odpowiedzi, ale wartą przemyślenia była według niego praktyka stosowana wówczas w jednym z kantonów Szwajcarii „daleka od ideału, ale życiowo do przyjęcia”¹²³², gdzie lekarz mógł dostarczyć proszącemu o to silnie działający lek, uprzedzwszy chorego zarówno o sposobie jego zażycia, jak i skutkach. Wydaje się, że wspomagane samobójstwo byłoby rozwiązaniem do zaakceptowania przez Kielanowskiego – wynikałoby z decyzji chorego, a jednocześnie nie angażowałoby bezpośrednio lekarza w spowodowanie śmierci, chociaż stwarzałoby wątpliwości moralne¹²³³. Ten pogląd korespondował ze stanowiskiem Kotarbińskiego, które przywoływał w swoich wypowiedziach. Dla Kotarbińskiego ta forma eutanazji¹²³⁴ była również rozumnym rozwiązaniem, aczkolwiek będzie on szedł znacznie dalej pisząc: „[...] życzliwość wymaga, by skrócić udrękę biednego stworzenia. I oto paradoks: cofamy się przed okazaniem człowiekowi takiego aktu życzliwości, na jaki zdobywamy się w stosunku do zwierzęcia”¹²³⁵ (także u Kielanowskiego pojawi się podobna wypowiedź).

Jak ma postępować lekarz w przypadku stanów terminalnych, kiedy musi w zasadzie decydować sam? W dalszej części przytoczonej 56. zasady pisał: „W wypadku choroby, w obecnym stanie wiedzy bezwzględnie nieuleczalnej, znacznie zaawansowanej, a połączonej z bardzo dotkliwymi, niedającymi się już opanować cierpieniami, wolno lekarzowi kłaść główny nacisk na łagodzenie cierpień chorego, bez stosowania środków, mogących przedłużyć życie i cierpienie”. Prezentuje ona konsekwentne i stanowcze przekonanie Kielanowskiego – jego wysiłki i liczne artykuły skierowane były na dopuszczenie możliwości rezygnacji z daremnej terapii (uporczywej terapii), przedłużającej męczarnie umierającego. Sprzeciwiał się lekarskiemu „zaciełzowaniu terapeutycznemu” i bezrefleksyjnie przyjmowanej zasadzie walki o życie za wszelką cenę. W rozumieniu Kielanowskiego terapia i przedłużenie życia pacjenta nie są jedynymi obowiązkami lekarza, a jego rola polega na sprawowaniu opieki nad pacjentem, trosce o jego dobro i łagodzeniu cierpień, jakich doświadcza na skutek choroby.

¹²³¹ T. Kielanowski, *Odpowiedzialność uczonych*, op. cit., s. 76.

¹²³² R. Tybusz, K. Ruszel, T. Kielanowski, *O tak zwanej eutanazji dobrowolnej*, op. cit., s. 922.

¹²³³ Kielanowski wiele razy przypominał gnębiące go zdarzenie z okupacji we Lwowie. Znajoma Żydówka, która straciła całą rodzinę w trakcie likwidacji getta, przyszła do niego jako do lekarza i przyjaciela, by prosić go o truciznę. Chciał ją ratować, przedstawiając różne propozycje. Stanowczo odmówiła i zapewniła, że nie chce żyć, nie widzi sensu ani celu. Kielanowski sam nie dał jej trucizny, ale dał radę, że w każdej aptece może kupić bez recepty trzy tabletki środka nasennego weronalu. Gdy obejdzie dziesięć aptek i połknie potem trzydzieści tabletek, to zaśnie i już się nigdy nie obudzi. Kielanowski miał wtedy poczucie, że nie postąpił dobrze, że nie zrobił wszystkiego, by przyjąć jej z pomocą. Zob. T. Kielanowski, *Prawie cały wiek dwudziesty*, op. cit., s. 153-154.

¹²³⁴ Kotarbiński wskazywał: „Nie tylko nie przeszkadzać bezwzględnie i wszelkimi sposobami osobom, które po rozumnym namyśle chcą przyspieszyć koniec własnego bytu i wyzwolić się z nieuchronnej udręki, lecz przeciwnie, okazać im w tej mierze życzliwą pomoc prawną i techniczną. Niechże uczy nas wszystkich medycyna, jak to robić, a pono można to robić nie tylko bez męczarni, lecz nawet z poczuciem euforii. Nadzwyczaj to ważna dla walki z nieszcześciem umiętność, tym ważniejsza, że dojrzewa również przeświadczenie, iż dobrowolne umyślne zakończenie własnego życia w warunkach eutanazji zdobędzie sobie uznanie jako forma końca najbardziej godna ludzi rozumnych”. T. Kotarbiński, *Być albo nie być*, [w:] idem, *Medytacje o życiu godziwym*, op. cit., s. 82.

¹²³⁵ Kotarbiński, *Problemy eutanazji*, [w:] idem, *Pisma etyczne*, op. cit., s. 519.

Zdarza się więc, że obowiązki lekarskie wchodzą ze sobą w konflikt, a czasem przedłużenie życia oznacza przedłużenie cierpienia. Leczenie rzadko niesie ze sobą wyłącznie korzyści, często towarzyszą mu również uboczne skutki, które mają dla pacjenta istotne znaczenie. Może też okazać się, że są na tyle dokuczliwe, że stawiają pod znakiem zapytania zasadność leczenia. To, że zastosowanie danej metody medycznej jest jedynym sposobem utrzymania chorego przy życiu, nie przesądza jeszcze, że powinna być ona zastosowana¹²³⁶. W bioetyce dosyć powszechnie przyjmuje się zasadę dopuszczalności rezygnacji ze stosowania tzw. środków nadzwyczajnych – opartą na rozróżnieniu środków na „zwyčajne” i „nadzwyczajne”. Zasadę, którą przypomniał i do której odwoływał się w 1957 r. papież Pius XII, zajmując stanowisko wobec krytycznych sytuacji życia ludzkiego¹²³⁷. Jednak Kielanowski poddawał to rozróżnienie krytyce. Pojęcie środków nadzwyczajnych łączył z dostępnością danej metody medycznej, a więc przede wszystkim z jej kosztownością, jednostronnie interpretując papieską wypowiedź, uznając ją za „zbyt pragmatyczną, by ją można uznać za zasadę moralną”¹²³⁸. Wydaje się, że w rozumieniu Kielanowskiego podział ten jest nieuzasadniony, gdyż każda metoda, niezależnie od jej skomplikowania i kosztów, powinna zostać zastosowana, o ile istnieje przewidywalna nadzieja na przywrócenie zdrowia czy sensownego poziomu życia. Tak więc zasada moralna nie może opierać się na aktualnej dostępności danej metody, ale trzeba ją odnieść do stanu chorego i obciążeń, jakie to może u niego spowodować. A to właśnie w wielu dzisiejszych koncepcjach środków nadzwyczajnych jest podkreślane¹²³⁹. Oczywiście pojęcie „środki nadzwyczajne” nie jest pojęciem ostrym i ściśle zdefiniowanym, i takim być nie może, w szczególności jeżeli odnosi się je właśnie do nieproporcjonalnych obciążeń dla pacjenta, to w każdym przypadku ich zakres będzie odmienny. Znajduje to wyraz w coraz powszechniej stosowanym nazewnictwie: środki proporcjonalne i nieproporcjonalne. Taki też jest chyba sens wielu wypowiedzi Kielanowskiego, a jego krytyka wynikała z odmiennej interpretacji pojęcia środków nadzwyczajnych.

Powyższy problem łączy się z ogólniejszą doktryną rozróżniającą powodowanie śmierci przez działanie bądź zaniechanie. Kielanowski dostrzega moralne wątpliwości w tym rozróżnianiu. Zaniechanie też jest wynikiem powzięcia decyzji i formą „czynu”, polegającą na powstrzymaniu się od aktywności. Zaniechanie wiąże się często z moralnie naganną

¹²³⁶ Pierwszą instytucjonalną próbą stworzenia obiektywnych kryteriów oceny zasadności dalszego leczenia – w której chodziło o przypadki niekompetentnych pacjentów – była propozycja zawarta w raporcie amerykańskiej Prezydenckiej Komisji ds. Badania Etycznych Problemów w Medycynie, Biologii i Naukach Behawioralnych. Dokument *Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment* przewidywał, że podstawę decyzji powinna stanowić analiza korzyści i obciążeń (*benefits and burdens*) płynących z proponowanego leczenia. Za: W. Chańska, *Nieszczęsny dar życia*, op. cit., s. 152.

¹²³⁷ Zob. A. Alichniewicz, *Eutanazja a etyczne podstawy medycyny stanów terminalnych*, op. cit., s. 176 nast. Rozróżnienie to wprowadził w XVI w. hiszpański teolog Domingo Bañez.

¹²³⁸ Zob. T. Kielanowski, *Rozmyślenia o przemijaniu*, op. cit., s. 64. T. Ślipko wskazywał na zasadnicze niezrozumienie przez Kielanowskiego intencji wypowiedzi Piusa XII.

¹²³⁹ Na temat rozróżnienia środków zwyczajnych i nadzwyczajnych oraz ich rozumienia pisze m. in. A. Alichniewicz, *Eutanazja a etyczne podstawy medycyny stanów terminalnych*, op. cit., s. 160-164.

bezczynością. Dla oceny moralnej najistotniejsze znaczenie mają intencje, a w obu przypadkach (działania i zaniechania) mogą być takie same i nie ma dla niego istotnej moralnie różnicy między spowodowaniem śmierci przez podjęte działanie czy też przez powstrzymanie się od niego. (Autorzy broniący tego rozróżnienia wskazują na zasadniczy fakt, że w przypadku zaniechania trwają już pewne „śmiercionośne” procesy (np. agonia), a w przypadku działania są dopiero uruchamiane¹²⁴⁰). Chodzi tu o działanie i zaniechanie będące wynikiem decyzji lekarskiej, które odróżnić trzeba od przynależnej człowiekowi możliwości rezygnacji ze sztucznego utrzymywania przy życiu czy też aktywnego spowodowania śmierci przez lekarza na żądanie kompetentnego pacjenta. To kwestionowanie rozróżnienia na działanie i zaniechanie wydaje się dotyczyć u Kielanowskiego przede wszystkim eutanazji niedobrowolnej i przypadków, kiedy rozstrzygnięcia musi podjąć się lekarz. Kielanowski zauważał, że już wielu lekarzy nie stosuje rutynowo i automatycznie np. środków pobudzających krążenie od chwili, w której u nieuleczalnie chorego występują objawy agonii. Tymczasem momentu zaprzestania stosowania tych środków nie regulują żadne przepisy medyczne ani deontologiczne: „Dziś lekarz wybiera moment sam, w oparciu o swoje doświadczenie i swoje przekonania; niektórzy nie przestają nigdy stosowania środków pobudzających, inni przestają wcześniej i skracają życie o okres niedający się łatwo określić, kto wie, może o tygodnie. Czy nie jest to eutanazja? Ukuto na tę formę przyśpieszenia śmierci eufemistyczne określenie ortotanazja, zapewne w celu uniknięcia potępionego przez opinię słowa eutanazja”¹²⁴¹.

W związku z tym dla Kielanowskiego praktykowane przez lekarzy zaniechanie staje się zasadniczym wyłomem w teoretycznie obowiązującej zasadzie bezwzględnej przedłużania życia i odstępstwem od zasady niezabijania nigdy, pod żadnym warunkiem (bo jest moralnie tożsame z działaniem). Czy chciał przez to usprawiedliwiać możliwość zastosowania eutanatycznego środka w jakichś szczególnych sytuacjach? Wydaje się, że krytyka Kielanowskiego miała na celu ukazanie, że o moralnej ocenie czynu decyduje nie tylko to, czy jest on w uproszczony sposób pojętym działaniem lub zaniechaniem. Wpływ na tę ocenę ma cały kontekst danej sytuacji, zaangażowanych w nią osób i ich interesów, a więc nie tylko trwające już (w tym przypadku śmiercionośne) procesy lub dopiero inicjowane, ale przede wszystkim intencje i zamierzone czy przewidywalne skutki.

Sytuacje decyzyjne komplikują się w miarę dochodzenia do coraz bardziej granicznych stanów życia ludzkiego i śmierci. Zasadnicze problemy wynikają – według Kielanowskiego – z braku adekwatnych definicji. Chodzi tu m. in. o kwestie utrzymywania przy życiu ludzi trwale pozbawionych świadomości, z uszkodzoną korą mózgową, w stanach wegetatywnych, czy też o dylemat ratowania głęboko upośledzonych noworodków. Kielanowski, z jednej strony pisał, że „działanie automatyczne, bezkrytyczne przedłużanie życia wegetatywnego ludzi starych i nieuleczalnie chorych, jest kroczeniem po bezdrożu, które prowadzi do sytuacji

¹²⁴⁰ Zob. np. ibidem, s. 176 nast.

¹²⁴¹ T. Kielanowski, *Problem niepotrzebnego cierpienia*, op. cit., s. 121.

absurdalnych i niebezpiecznych”¹²⁴². Z drugiej jednakże strony, z powodu braku pewności, działając na mocy obowiązującej lekarza zasady domniemania powinien on „dążyć do podtrzymywania życia dziecka, młodzieńca i starca, a także inwalidy, człowieka nieprzytomnego i potworka. Jeżeli istoty te cierpią, a stan ich jest na pewno beznadziejny, powinien lekarz w miarę swoich możliwości cierpienia łagodzić, przyjmując, w braku wyraźnego oświadczenia odmiennej opinii przez ową istotę, że pragnie ona żyć, mimo cierpienia. Nie sądzę, by powyższą zasadę można było zmienić”¹²⁴³.

Podsumowując: Odnosząc stanowisko Tadeusza Kielanowskiego do przyjętego na początku rozróżnienia form eutanazji należy zauważyć, że negatywnie pod względem moralnym ocenia i jest przeciwnikiem eutanazji czynnej dobrowolnej, co wynika z zasad etycznych i pragmatycznych zawodu lekarza. Opierając się z kolei na koncepcji wolności wyboru, także śmierci, wskazuje na prawo do rezygnacji z każdej formy terapii, a więc prawo do eutanazji dobrowolnej biernej (jeżeli w ogóle uznawać ją za eutanazję). Byłby także skłonny przyzwolić i zalegalizować samobójstwo wspomagane. Natomiast w przypadkach decyzji lekarskich, kiedy pacjent nie odmawia podejmowanych działań (lub nie jest w stanie odmówić) lekarza obowiązuje zasada domniemania chęci życia, do momentu, kiedy lekarz jest w stanie przewidywać, że walka o życie będzie się wiązała już tylko z bezgranicznym obciążeniem dla pacjenta (ogromnym cierpieniem, całkowitym paraliżem, stanem wegetatywnym i in.). Należy dążyć do dobrej śmierci, a nie hołdować zasadzie bezwzględnego przedłużania życia. Również należałoby się nią kierować w przypadkach granicznych (ciężko upośledzone płody, trwale nieprzytomni) i pozwolić zakończyć egzystencję (eutanazja bierna niedobrowolna), która wiązałaby się wyłącznie z niepotrzebnym cierpieniem.

¹²⁴² T. Kielanowski, *Eutanazja a kakotanazja*, op. cit., s. 10.

¹²⁴³ T. Kielanowski, *Rewizja Hipokratesa*, op. cit., s. 10.

5.4.4. Aborcja

Problematyka przerywania ciąży zwykle rozważana jest w obrębie etyki początków życia, ale również tanatologii. W wypowiedziach Tadeusza Kielanowskiego, w późniejszym okresie, przywoływana była w kontekście eutanazji i samobójstwa, a więc kwestiach dotyczących moralnych zagadnień życia i śmierci oraz jako przykład odstępowania od bezwarunkowej ochrony życia.

W debatę nad dopuszczalnością i legalizacją przerywania ciąży zaangażował się w połowie lat pięćdziesiątych w związku z przygotowaniem i ogłoszeniem ustawy dotyczącej jej unormowań prawnych. W roku 1955 Ministerstwo Zdrowia powołało komisję¹²⁴⁴, która opowiedziała się za koniecznością zmian przepisów uchwalonych przed wojną¹²⁴⁵. W przygotowywaniu projektu ustawy o dopuszczalności przerywania ciąży uczestniczył wybitny prawnik – Witold Sawicki, a Tadeusz Kielanowski pełnił rolę konsultanta medycznego¹²⁴⁶.

W kwietniu 1956 r., mimo głosów krytycznych, sejm uchwalił „Ustawę o warunkach dopuszczalności przerywania ciąży”¹²⁴⁷. Zezwalała ona na przerywanie jej do 12 tygodnia w trzech przypadkach: ze wskazań lekarskich, przy uzasadnionym podejrzeniu, że ciąża jest wynikiem przestępstwa oraz z powodu trudnych warunków życiowych kobiety ciężarnej. W preambule podkreślono, że celem ustawy jest ochrona zdrowia kobiety przed ujemnymi skutkami zabiegów przerywania ciąży w nieodpowiednich warunkach¹²⁴⁸.

Ustawę zdecydowanie skrytykował Kościół katolicki oraz środowiska chrześcijańskie, uznając dopuszczenie względów społecznych za zbyt liberalne rozwiązanie (podważano także nieostrość sformułowania „trudne warunki życiowe” oraz fakt, że ich stwierdzenie ustawa powierzała tylko jednemu lekarzowi)¹²⁴⁹.

¹²⁴⁴ W skład komisji wchodził przedstawiciel nauk społeczno-politycznych oraz medycznych; nie zaproszono do niej przedstawicieli Kościoła katolickiego ani etyków broniących nienaruszalności poczętego życia. Za: A. Muszała, *Debata nad polską Ustawą o ochronie życia nienarodzonych*, [w:] *Bioetyka polska*, pod red. T. Biesagi, Kraków 2004, s. 310.

¹²⁴⁵ Dyskusja na temat ewentualnej legalności zabiegu przerywania ciąży w Polsce rozpoczęła się już w latach międzywojennych i pojawiła się w związku z opracowywaniem projektu kodeksu karnego – jedna z wersji projektu przewidywała możliwość przerywania ciąży także przez kobietę znajdującą się w trudnych warunkach życiowych. Ostatecznie kodeks karny z 1932 r. przyjął możliwość usuwania ciąży jedynie w dwóch przypadkach: gdy ciąża była wynikiem przestępstwa oraz ze względu na zagrożenie życia i zdrowia kobiety. W latach 1946-1947 powrócono do problemu legalizacji aborcji przy okazji wprowadzenia małego kodeksu karnego. W tej kwestii dominowała jednak tendencja krytyczna. Debata odżyła ponownie w połowie lat 50. – pierwszym krajem który zalegalizował aborcję był ZSRR (1955 r.). Za: ibidem, s. 308-309.

¹²⁴⁶ Wywiad z mec. Maciejem Kielanowskim, synem Tadeusza Kielanowskiego, przeprowadzony 28 grudnia 2010 r. Wywiad nieautoryzowany i niepublikowany.

¹²⁴⁷ *Ustawa z dnia 27 kwietnia 1956 r. o warunkach dopuszczalności przerywania ciąży* (Dz.U. 1956, Nr 12, poz. 61).

¹²⁴⁸ W 1959 roku Ministerstwo Zdrowia wydało nowe rozporządzenie wykonawcze, ułatwiające uzyskanie przez kobietę orzeczenia o dopuszczalności przerywania ciąży (wystarczyło jej ustne zeznanie o trudnej sytuacji, aby zabieg został przeprowadzony, a zabiegu mógł dokonać ten sam lekarz, który wydał orzeczenie). To rozporządzenie przekraczało ograniczenia przewidziane przez ustawę, która obowiązywała do 1993 r. W zasadzie aborcja mogła być wykonana na życzenie. Zob. A. Muszała, *Debata nad polską Ustawą o ochronie życia nienarodzonych*, [w:] *Bioetyka polska*, op. cit., s. 311.

¹²⁴⁹ Zob. ibidem, s. 310.

Przez Polskę przetoczyła się, powodując polaryzację stanowisk, gwałtowna fala publicznej dyskusji, w której Kielanowski odgrywał istotną rolę. W drugiej połowie lat pięćdziesiątych, przede wszystkim na łamach „Służby Zdrowia”, ukazały się liczne jego artykuły – polemiczne i ukazujące zasadność wprowadzenia ustawy¹²⁵⁰. Był to jednocześnie okres, kiedy Kielanowski zaczynał zajmować się problematyką moralną zawodu lekarskiego.

Jeszcze wspólnie z asystentami z kliniki białostockiej, w październiku 1956 r. na łamach „Służby Zdrowia” opublikował „List otwarty do lekarzy ginekologów” apelujący o szczerą postawę i wyrażanie opinii w tej sprawie. Kielanowski pisał: „Kolegów ginekologów prosimy o to, by zechcieli uchylić przyłbicy i zdobyli się na odwagę cywilną odmawiania zabiegu z powodu swoich przekonań. Niechaj jednak nie zwodzą kobiet, nie szukają pretekstów, nie składają odmowy na brak jakiegoś załącznika. Krzywdzą tym kobiety i krzywdzą siebie samych”¹²⁵¹. Podkreślić zdecydowanie trzeba, że profesor zawsze stawał w obronie wolności sumienia lekarza i krytycznie odnosił się do administracyjnych prób zmuszania lekarzy do przeprowadzania aborcji ze względów społecznych. Protestując przeciwko tezom zawartym w komentarzu Ministerstwa Zdrowia do ustawy¹²⁵², pisał: „Uważam wprawdzie zabieg przerywania ciąży za zło konieczne, za jedyny w obecnym stanie nauki i stanie kultury społeczeństwa sposób przeciwdziałania wielu tragediom, nie mogę jednak pogodzić się z tym, by jakakolwiek ustawa czy rozporządzenie mogły zmuszać lekarza do wykonania zabiegu, o którego celowości, słuszności i moralności nie jest on w swoim sumieniu lekarskim głęboko przekonany”¹²⁵³.

Dla Kielanowskiego powodem dopuszczalności, w ograniczonym zakresie, aborcji ze względów innych niż medyczne i przestępstwo, były doświadczenia nieszczęść wielu kobiet. Zwracał uwagę na dwie zasadnicze kwestie: nędzę i trudności materialne w utrzymaniu liczniejszej rodziny, nieszczęśliwy los niechcianego dziecka oraz zazwyczaj dramatyczne (prowadzące do powikłania po zabiegach czy nawet do śmierci) konsekwencje pokątnie wykonywanych zabiegów. Należy mieć także na uwadze, że był to okres, kiedy gruźlica była chorobą społeczną i śmiertelną. Kielanowski jako ftyzjatra patrzył na problem przerywania ciąży również z tego punktu widzenia. Jednakże kwestią, na którą kładł zawsze nacisk, było świadome rodzicielstwo i umiejętność planowania rodziny. Zachęcał do tworzenia odpowiednich poradni.

¹²⁵⁰ Są to następujące artykuły: *List otwarty do Kolegów Ginekologów*, „Służba Zdrowia” 1956, nr 42; *Jeszcze raz w sprawie przerywania ciąży*. „Służba Zdrowia” 1957, nr 8, 4; *Koniec dialogu. W sprawie przerywania ciąży*. „Służba Zdrowia”, 1957, nr 17; *Piekła kobiet ciąg dalszy. Jeszcze kilka słów o przerywaniu ciąży*, „Służba Zdrowia” 1957, nr 13; *Protestuję! W obronie wolności sumienia lekarza*, „Służba Zdrowia” 1957, nr 10; *Regulacja urodzeń i przerywanie ciąży. Trzeba wyjaśnić pewne nieporozumienia*, „Służba Zdrowia” 1957, nr 26; *Dr-owi med. W. M. z „Tygodnika Powszechnego” w odpowiedzi*, „Służba Zdrowia” 1958, nr 9; *Ta wojna jest do wygrania*, „Służba Zdrowia” 1958, nr 30; *Lekarskie przerywanie ciąży jako zagadnienie etyczne.* Argumenty” 1959, nr 20.

¹²⁵¹ T. Kielanowski, *List otwarty do Kolegów Ginekologów*, „Służba Zdrowia” 1956, nr 42, s. 1.

¹²⁵² *Warunki dopuszczalności przerywania ciąży*, komentarz Ministerstwa Zdrowia, Warszawa 1956, s. 29-30.

¹²⁵³ T. Kielanowski, *Protestuję! W obronie wolności sumienia lekarza*, „Służba Zdrowia” 1957, nr 10, s. 1.

Kielanowski poszukując lekarsko-etycznego uzasadnienia społecznych wskazań do aborcji, przedstawiał rozumowanie odwołujące się do zasadniczego zadania sztuki lekarskiej, jakim jest łagodzenie cierpienia. Pod względem fizjologicznym każda ciąża jest oczywiście podobna. Jednakże w sensie psychospołecznym każdy przypadek jest odmienny. Los kobiet i ich dzieci nie będzie jednakowy. Lekarz nie może interesować się tylko „fizjologią zwierzęcia ludzkiego”¹²⁵⁴, a ignorować człowieka i jego cierpienia moralne. Pisał wręcz, że dopuszczalność przerywania ciąży ze wskazań społecznych „leży w dziedzinie pięknego, nowoczesnego rozszerzenia zadań lekarza”, który „staje się przyjacielem człowieka w nieszczęściu w tym zakresie, w którym nieszczęście daje się usunąć przy pomocy lekarskich czynności”¹²⁵⁵.

Zabicie płodu, jak podkreślał Kielanowski, jest mniejszym złem niż śmierć matki, ale także niż dające się z „góry przewidzieć nieszczęśliwe życie przyszłego człowieka (dziecko nieupragnione, ciąża w następstwie gwałtu, nędza fizyczna lub moralna)”¹²⁵⁶. H. Szabała, komentując to ostatnie sformułowanie Kielanowskiego, słusznie zauważał: „Zaiste kasantryczna argumentacja. [...] Tak naprawdę wyrokujemy w imię wygody własnego istnienia, w obawie o potencjalne własne cierpienie...”¹²⁵⁷. Kielanowski nie propagował jednak aborcji. Przerywanie ciąży uznawał za złe rozwiązanie i nie godne zalecania, a także ryzykowne, ale będące „złem koniecznym chroniącym kobietę w szczególnych okolicznościach życiowych od jakiegoś gorszego zdrowotnego lub społecznego zła”¹²⁵⁸.

Moralna dopuszczalność przerywania ciąży wynika u Kielanowskiego właśnie z konieczności wyboru mniejszego zła wobec większego, ale oczywiście u podstaw tego wyboru leży określona antropologia. Antropologiczną podstawą jest tu założenie, wynikające z oparcia się na kryteriach racjonalnych, że poczęte dziecko jest jedynie „przyszłą osobą”. Zagadnienie, czy płód jest człowiekiem czy nie, to dla Kielanowskiego poważny problem teoretyczny i spekulatywny. Jednak <<jeżeli odrzucić spekulacje teologiczne, płód nie jest człowiekiem ani „dzieckiem”, lecz płodem, a więc tworem o licznych cechach anatomicznych zwierzęcych, obcych budowie uformowanego człowieka>>¹²⁵⁹. Należna jest mu ochrona, gdyż może stać się człowiekiem – wynika to z podstawowego obowiązku, jakim jest tradycyjnie przyjmowana zasada ochrony życia. Ponieważ jednak jest ona zbyt ogólna i niewystarczająca – chociażby w przypadku konfliktu między życiem płodu a życiem matki (przyjętą regułą jest wówczas zachowanie życia matki), to Kielanowski proponuje nowocześniejsze sformułowanie: podstawową zasadą obowiązującą lekarza jest „o c h r o n a o s o b o w o ś c i l u d z k i e j”¹²⁶⁰. Natomiast „osobowość ludzką należałoby przyznać

¹²⁵⁴ T. Kielanowski, *Lekarskie przerywanie ciąży jako zagadnienie etyczne*, „Argumenty” 1959, nr 20, s. 10.

¹²⁵⁵ Ibidem.

¹²⁵⁶ T. Kielanowski, *Problem niepotrzebnego cierpienia*, op. cit., s. 120.

¹²⁵⁷ H. Szabała, *Niepokoje egzystencjalne Tadeusza Kielanowskiego*, op. cit., s. 182.

¹²⁵⁸ T. Kielanowski, *Regulacja urodzeń i przerywanie ciąży. Trzeba wyjaśnić pewne nieporozumienia*, „Służba Zdrowia” 1957, nr 26, s. 2.

¹²⁵⁹ T. Kielanowski, *Lekarskie przerywanie ciąży jako zagadnienie etyczne*, op. cit., s. 10.

¹²⁶⁰ Ibidem.

plodowi w pełni ukształtowanemu, zdolnemu do samodzielnego życia”¹²⁶¹. Tym samym uznaje wczesny i nieukształtowany płód za część ciała matki, odmawia zgody na oddawanie mu czci, bo nie umie „dopatrzyć się żadnej mistyki w połączeniu plemnika z jajem”¹²⁶².

Tak więc kryterium człowieczeństwa według Kielanowskiego jest zdolność do życia poza organizmem matki i zawarł je w przyjmowanej przez siebie „tymczasowej” definicji człowieka, zajmując w kwestii statusu moralnego płodu jednoznaczne stanowisko. Przypomnę je: „człowiekiem jest każda istota żywa urodzona przez kobietę – istota przytomna, chwilowo lub trwale nieprzytomna – a także płód ludzki w łonie matki od momentu, w którym staje się zdolny do samodzielnego życia”¹²⁶³. Pojęcie „człowiek” wydaje się być użyte zarówno w sensie opisowym, jak i normatywnym, określającym przynależność człowieka do wspólnoty osób, którym przysługuje wyróżniony status moralny. We współczesnej bioetycznej refleksji oraz sporze o moralny status płodu i konstytutywne cechy „człowieczeństwa” kryterium zdolność do życia przynależy do tzw. kryteriów rozwojowych (obok nich wyróżnia się najczęściej kryterium genetyczne i kryterium narodzin)¹²⁶⁴. Kryteria rozwojowe mają charakter dynamiczny i funkcjonalny – w przeciwieństwie np. do kryterium genetycznego, odwołującego się do zaistniałej struktury w momencie zapłodnienia. Poszukują one takich własności czy funkcji, które można uznać za ustanawiające człowieka w dokonującym się rozwoju ludzkiego zarodka. Poza zdolnością do samodzielnego życia, do najczęściej przywoływanych kryteriów rozwojowych, należy kryterium neurologiczne (pojawienie się aktywności mózgu) czy też kryterium animacji (zdolności do samoistnego ruchu) – w innym znaczeniu, przez bioetyków katolickich traktowane jako uduchowanie¹²⁶⁵. Wszystkie one przyjmowane są w sposób dosyć arbitralny i obciążone są podobnymi wadami. Kryterium zdolności do życia jest nieostre i chwiejne (jak podkreślał Z. Szawarski¹²⁶⁶) – zdolność do samodzielnego istnienia uzależniona jest od wielu czynników, których nie da się jednoznacznie ustalić. Bardziej rozwinięty płód ma o wiele większe szanse przeżycia w przypadku przedwczesnego porodu, a stopień jego rozwoju zależy od wielu i złożonych czynników. Ponadto zdolność do życia uzależniona jest w zasadniczy sposób od poziomu medycyny i dostępnych technik utrzymywania przy życiu urodzonych przedwcześnie.

Kielanowski później, w latach siedemdziesiątych, w związku ze zmianami w obrębie kryteriów śmierci i ukształtowania się definicji śmierci mózgowej, zdaje się bardziej akceptować kryterium neurologiczne i w artykule „Medyczne i moralne problemy umierania i śmierci” pisał, że dopuszczalność zabiegu aborcji opiera się na „nie uznawaniu wczesnego płodu za człowieka: płód kilkutygodniowy, niezdolny do samodzielnego życia, nie mający

¹²⁶¹ Ibidem.

¹²⁶² T. Kielanowski, *Koniec dialogu. W sprawie przerywania ciąży*, „Służba Zdrowia”, 1957, nr 17, s. 3.

¹²⁶³ T. Kielanowski, *Lekarskie przerywanie ciąży jako zagadnienie etyczne*, op. cit., s. 10.

¹²⁶⁴ Zob. Z. Szawarski, *Etyka i przerywanie ciąży*, [w:] *W kręgu życia i śmierci*, op. cit., s. 169 nast.; por.: K. Szewczyk, *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*, op. cit., s. 236 nast.

¹²⁶⁵ Zob. T. Ślipko, *Granice życia*, op. cit., s. 120; autor ten jest zwolennikiem teorii animacji przed-implantacyjnej.

¹²⁶⁶ Zob. Z. Szawarski, *Etyka i przerywanie ciąży*, op. cit., s. 181 nast.

wykształconego ośrodkowego układu nerwowego, traktowany jest jako część ciała matki. Nazywanie przerywania ciąży „zabijaniem dziecka” jest w każdym razie demagogią¹²⁶⁷. Spory o kryterium człowieczeństwa – początkowo związane zasadniczo z problemem przerywania ciąży – nabrały szczególnego znaczenia w dobie rozwoju inżynierii genetycznej oraz technik związanych z zapłodnieniem *in vitro* i eksperymentów dotyczących początków życia.

Stanowisko Kielanowskiego stało w zasadniczej opozycji do przyjmowanego przez Kościół katolicki osobowego modelu oceny statusu moralnego ludzkiego płodu, zgodnie z którym osobą moralną (i prawną) staje się człowiek w momencie poczęcia¹²⁶⁸. To zwłaszcza pogląd dotyczący dopuszczalności przerywania ciąży (ale także antykoncepcji czy w ogóle sfery początków życia) powodował zasadniczą kontrowersję między Kielanowskim a doktryną Kościoła i etyką katolicką, którą głównie w tym zakresie poddawał krytyce. W ostatniej opublikowanej wypowiedzi w tygodniku „Wprost”, która ukazała się zgodnie z życzeniem autora, po jego śmierci – to krytyczne stanowisko sprzed wielu lat wobec konserwatyzmu i dogmatyzmu nauczania Kościoła podtrzymywał¹²⁶⁹. Na początku lat dziewięćdziesiątych, w związku z kampanią mającą na celu zmianę przepisów dotyczących przerywania ciąży i zmierzającą do uchwalenia przez sejm ustawy antyaborcyjnej¹²⁷⁰, wypowiadał bardzo krytyczną opinię: „Kościół twierdzi, że aborcja jest niemoralna, zastrzegając sobie interpretację moralności na wyłączność. Moralne staje się w tej sytuacji tylko to, co jest zgodne z jego nauką, nawet nie religią. [...] jeżeli Kościół zwycięży w batalii o ustawę antyaborcyjną i przeforsuje definitywny zakaz zapłodnień *in vitro* staniemy się reliktem głębokiego średniowiecza w Europie”¹²⁷¹.

Podkreślić należy, że Tadeusz Kielanowski słusznie zauważył u progu lat sześćdziesiątych, że „moralne sankcjonowanie zabijania płodu ludzkiego (płodu!, a nie człowieka, ale jednak płodu ludzkiego) stanowi wyłom większy, niżby się to mogło wydawać”¹²⁷². Z pewnością stanowił on istotne źródło kształtowania się nowego rozumienia człowieka i nowych postaw wobec zagadnień życia i śmierci, i zasadniczej liberalizacji poglądów. Należy jednak zapytać o kierunek tych przemian. Oceny będą tu odmienne –

¹²⁶⁷ T. Kielanowski, *Medyczne i moralne problemy umierania i śmierci*, op. cit., s. 248.

¹²⁶⁸ Zob. T. Ślipko, *Granice życia*, op. cit., s. 120 nast., por. K. Szewczyk, *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*, op. cit., s. 251 nast.

¹²⁶⁹ *Bóg między ludźmi. Polski Kościół czeka na swojego Lutra*, wywiad z prof. T. Kielanowskim przepr. S. Malinowski, „Wprost” 1992, nr 39, s. 59-61.

¹²⁷⁰ W styczniu 1993 r. Sejm RP uchwalił *Ustawę o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży* – uznając, że „życie jest fundamentalnym dobrem człowieka, a troska o życie i zdrowie należy do podstawowych obowiązków państwa, społeczeństwa i obywatela”. W kwestii dopuszczalności przerywania ciąży stwierdzono, że zabieg taki jest niezgodny z prawem i podlega orzeczeniu karnemu. Kobieta mogła poddać się zabiegowi usunięcia ciąży jedynie wtedy, gdy ta stanowiła zagrożenie dla jej życia lub zdrowia, była wynikiem gwałtu lub gdy badania wykazywały nieodwracalne uszkodzenie płodu. Przerywanie ciąży ze względów społecznych zostało zabronione. Zob. A. Muszala, *Debata nad polską Ustawą o ochronie życia nienarodzonych*, op. cit., s. 317.

¹²⁷¹ *Bóg między ludźmi...*, op. cit., s. 59-60.

¹²⁷² T. Kielanowski, *Problem niepotrzebnego cierpienia*, op. cit., s. 120

ceniony przez Kielanowskiego m. in. za dialog międzyreligijny, ale krytykowany za konserwatyzm w wielu moralnych kwestiach Jan Paweł II, nazwał te przemiany kulturą śmierci. Sam Kielanowski łączył ten „wyłom” przede wszystkim ze zmianą podstaw ocen i wyborów moralnych. Zwracał uwagę, że w sytuacjach granicznych wybór nie dokonuje się między obiektywnie rozumianym dobrem i złem – decyzja wówczas byłaby prosta, ale okazuje się „że w ocenie moralnej, w sytuacjach pełnych sprzeczności, trzeba wybierać między złem większym a mniejszym, a nie opierać się na tezach absolutnych, na dogmatach i sztywnych doktrynach. Trzeba się opierać, podobnie jak we wszystkich innych decyzjach, na rozumie; innymi, pozarozumowymi kryteriami dobra i zła niestety bowiem nie dysponujemy”¹²⁷³.

Najistotniejsze jest to, że Tadeusz Kielanowski nie pozostawia tego mniejszego zła, związanego często z wyborem śmierci, swojemu losowi. Przyznając prawo do samobójstwa – skupia uwagę na przeciwdziałaniu mu w skali społecznej poprzez telefony zaufania. Przyznając prawo do pewnych form działań eutanatycznych, wskazuje na potrzebę i pracuje nad doskonaleniem opieki terminalnej i paliatywnej. Przyznając prawo do aborcji, skupia się na upowszechnianiu idei świadomego macierzyństwa.

¹²⁷³ Ibidem.

ZAKOŃCZENIE

Celem pracy było rozważenie i analiza dorobku Tadeusza Kielanowskiego w zakresie etyki i filozofii medycyny oraz zwrócenie uwagi na źródła jego poglądów. Towarzyszyła temu intencja zbadania znaczenia działalności Kielanowskiego na kształtowanie się powojennych dziejów polskiej medycyny i jej nauczania.

W sferze idei – droga prowadziła od ogólnofilozoficznych uwarunkowań jego myśli, przez holistyczne ujęcie medycyny, refleksję etyczną dotyczącą sztuki lekarskiej oraz pacjenta – podmiotu działań medycznych, po trudną problematykę tanatologiczną i dyskusję zagadnień dotyczących sytuacji granicznych życia.

Przeprowadzone studium pozwala dojść do dwóch zasadniczych wniosków.

Tadeusz Kielanowski wypracował oryginalne rozumienie medycyny odwołujące się do współczesnych mu światowych nurtów, ale także do tradycji hipokratejskiej. Odrzucił przede wszystkim uproszczenia redukcjonistycznego podejścia nauk medycznych do człowieka – skutek podziwu dla osiągnięć nauk przyrodniczych i tendencji do skupiania się na cielesnej sferze człowieka – a także zawierzenie wyłącznie metodom laboratoryjnym i fascynację techniką. Myślenie Kielanowskiego idzie w kierunku systemowych ujęć medycyny. Spośród wielu koncepcji najbliższe było mu podejście R. Dubosa, a w praktyce klinicznej – tradycje niemieckiej szkoły fenomenologicznej.

W odniesieniu do etyki medycznej – wskazując na konieczność krytycznej analizy podstaw etyki hipokratesowej – Kielanowski należy do inicjatorów niezależnego jej uprawiania, a ważnym punktem odniesienia będzie dla Kielanowskiego filozofia Tadeusza Kotarbińskiego. Takie ujmowanie etyki wynikało z faktu, że jako jeden z pierwszych zauważał i formułował problemy moralne, które zaczął stwarzać postęp w nauce i technologii medycznej, a w szczególności był inicjatorem refleksji tanatologicznej. Oceny moralne dotyczące trudnych zagadnień samobójstwa, eutanazji, aborcji wywodził z niezależnego uprawiania etyki opartej na rozumie, sumieniu i zasadzie życzliwości, ale także opartej na naturalistycznej antropologii. Bliską mu będzie koncepcja społecznego opiekuna Kotarbińskiego. Ale jednocześnie w przypadku etyki lekarskiej pozostawał przy bardziej tradycyjnym jej ujęciu, odnoszonym do tradycji deontologicznej, tradycji pokantowskiej. Przyjęcie perspektywy etyki niezależnej było także interesującą próbą wyjścia z impasu światopoglądowych kontrowersji i znalezienia konsensusu w pluralistycznym społeczeństwie.

Jednak etyka niezależna, w rozumieniu Kotarbińskiego, ma pewne mankamenty. Nie jest metodologicznie dobrze uzasadniona, a także nie spełnia swej roli w sytuacji konfliktu równorzędnych wartości – nie wskazuje, jak miałyby się w takiej sytuacji zachować się człowiek godny szacunku (spolegliwy opiekun) – ostateczną instancją staje się wówczas jego sumienie. Kielanowski zalecał tu wybór mniejszego zła, którego ocena ostatecznie musi oprzeć się na samym rozumie. Można jednak zapytać, czy rozum, odrzucający wszelkie autorytety, sam nie staje się autorytarny. Stanowczy dyktat rozumu nie może brać pod uwagę intuicji transcendencji. Etyka niezależna nie likwiduje więc kontrowersji światopoglądowych, ujawniających się wobec trudnych zagadnień granicznych stanów życia. Jej niezależność jest tylko niezależnością od jakiegokolwiek autorytetu, poza samym autorytetem rozumu i poczucia moralnego. Chcąc być niezależna – w kontrowersjach światopoglądowych – opowiada się za jedną ze stron, przyjmując przynajmniej założenie religijnego agnostycyzmu i, w zasadzie, materializmu – jakkolwiek rozumianego.

Refleksja Kielanowskiego porusza wiele aspektów i wydobywa ważne spostrzeżenia. Wiele jego konstatacji jest aktualnych, co świadczy o wartości tej myśli. Generalizując, wydaje się, że można wyróżnić trzy, powiązane ze sobą, zasadnicze idee określające refleksję profesora.

Pierwsza – idea humanizmu w medycynie – jest ideą centralną. Wynika ona z rozumienia człowieka jako celu i odnosi się do wszystkich aspektów medycyny, którą Kielanowski określa wręcz nauką humanistyczną. Jej przedmiotem jest człowiek, musi więc medycyna mieć na uwadze człowieka jako psychofizyczną całość. W ogólnej koncepcji medycyny wiąże się to z krytyką mechanistycznych tendencji, a w koncepcji zdrowia i choroby – z podkreśleniem roli czynników psychicznych oraz faktu, że choroba jest zjawiskiem złożonym i wieloprzyczynowym, a w subiektywnym odczuciu zawsze jest cierpieniem. Znajduje to swoje konsekwencje w etyce – zwrócenie uwagi na podmiotowość człowieka wymaga kształtowania odpowiednich relacji między lekarzem a pacjentem, który jest podmiotem medycznych działań. Etyka ta stawia wymóg troski o etos lekarza, budowania zaufania i kierowania się współczuciem. Zasadnicze znaczenie przypisuje Kielanowski wysokiej kulturze humanistycznej lekarza, dlatego też zadaniem uczelni medycznych jest odpowiednia formacja intelektualna i wychowawcza, kształtująca wrażliwość i sferę serca. Humanizm musi też przekładać się na organizację służby zdrowia, czego przykładem jest chociażby koncepcja lekarza generalnego.

Druga idea – samostanowienia. Kluczowym atrybutem człowieczeństwa dla Kielanowskiego jest jego wolność wraz z rozumnością, w związku z tym konieczne jest przebudowanie relacji lekarz – pacjent w duchu autonomii. Człowiek jako moralny podmiot może i powinien o sobie stanowić. Jest podmiotem praw i obowiązków. Chory ma prawo do prawdy, ma prawo do choroby – gdyż nie jest możliwe zbudowanie idealnego, zdrowego

społeczeństwa. Świat bez chorób jest utopią. W ostatecznych sytuacjach każdy człowiek ma prawo do śmierci, ale może dysponować tylko i wyłącznie swoim życiem, dlatego konieczne jest zachowanie, rozumianej w sposób świecki, zasady świętości życia.

Trzecia idea – dobrej śmierci. Najciekawszą i najbardziej oryginalną częścią myśli Kielanowskiego jest jego refleksja tanatologiczna i dotycząca nauki o dobrym umieraniu. Jego niezależna myśl przerywała swoiste tabu wokół problematyki śmierci i umierania, a wymierzona była w zbytnią jej medykalizację. Również tu zasadą pozostaje całościowe, humanistyczne ujęcie zagadnień śmierci i opieki nad człowiekiem umierającym. Kielanowski po części wprowadza, po części upowszechnia cały szereg interesujących kategorii, w zupełnie nowy i inspirujący sposób ujmujących wiele zagadnień – eutanalogia/eutanatologia, majestat śmierci, jakość śmierci, psychoprofilaktyka śmierci, prawo do śmierci, leczenie umierania, psychoterapia terminalna, kakotanazja. Jednoznacznie trudno rozstrzygnąć, które z nich są oryginalnym pomysłem Kielanowskiego – wymagałoby to odrębnego i szczegółowego studium całej ówczesnej literatury przedmiotu. Podejmując, na przykład, kwestie godności umierania wskazywał na konieczność minimalizacji niepotrzebnego cierpienia i kierowania się kryterium jakości śmierci i zachowania majestatu śmierci. Wiązało się to z akcentowaniem podmiotowości chorego i szacunku dla jego autonomii. Pojmowanie człowieka jako jedności unaoczniało konieczność walki z cierpieniem we wszystkich jego aspektach – stąd psychoterapia terminalna stanowiła istotny element praktyki lekarskiej. Wiele idei ukazywanych przez Kielanowskiego zrealizował i rozwinął współczesny nurt opieki paliatywno-hospicyjnej, podkreślający m. in. regułę podmiotowości pacjenta, wieloaspektowości cierpienia i całościowej opieki, akceptacji nieuchronności śmierci, właściwej komunikacji z chorym. Jego przemyślenia i wskazania nadal zachowują aktualność i mogą stanowić inspirację w sferze podstawowych zasad nauki i sztuki opieki nad umierającym. W myśl jego koncepcji, wobec rozwoju nauk biomedycznych, konieczne jest podejmowanie interdyscyplinarnych studiów nad zagadnieniami śmierci i umierania, usprawnianie służby zdrowia pod kątem opieki nad człowiekiem u kresu życia oraz poddawanie refleksji programów nauczania w uczelniach medycznych. Za niezbędne uważał także popularyzowanie problematyki tanatologicznej, celem łagodzenia lęku przed śmiercią i rozumienia przez człowieka własnej śmiertelności.

Mimo że Kielanowski nie był formalnie związany z polską szkołą filozofii medycyny, to jego twórczość wpisuje się w tę filozoficzną tradycję realizowaną przez lekarzy, tym bardziej że w wielu kwestiach pozostaje duchowym uczniem Biegańskiego (jak chociażby w rozumieniu sztuki lekarskiej, człowieka jako całości, roli współczucia, czy moralnej formacji lekarza).

Kielanowski uczestniczył i wywierał zasadniczy wpływ na toczące się bieżące dyskusje, nie tylko w środowisku lekarskim. Przez działalność publicystyczną

i popularyzatorską w istotny sposób przyczyniał się do upowszechnienia problematyki filozoficznej, moralnej, społecznej związanej z medycyną, ukazując potrzebę racjonalnej i często publicznej dyskusji nad zagadnieniami związanymi z jej zasadniczym wpływem na życie i śmierć człowieka. Może nawet najważniejszą jego rolą było stawianie trudnych pytań, filozoficzne „radikalne zapytywanie”, dostrzeganie problemów oraz ich ujawnianie. Podejmował tematykę jeszcze niezauważaną, a może czasami świadomie przemilczaną i przerywał znowu milczenia. Poddawał pod dyskusję problematykę zwłaszcza wiążącą się z postępem medycyny i nauk biologicznych, która dziś jest ważnym przedmiotem rozważań filozofii medycyny i bioetyki.

Wywarł istotny wpływ na kształtowanie się etyki lekarskiej oraz podejmowanie szerszej filozoficznej refleksji nad medycyną i moralnością. Mimo że nie miał bezpośrednich kontynuatorów, jest ceniony przez współczesnych polskich filozofów medycyny i bioetyków. Jego twórczość wydaje się być dla nich inspiracją (Z. Szawarski, K. Szewczyk, A. Alichniewicz) – Z. Szawarski i H. Szabała wiele lat temu pisali, że Kielanowski jest jednym z najciekawszych polskich filozofów medycyny.

Studium dotyczące filozoficznej i etycznej myśli Tadeusza Kielanowskiego ukazało perspektywę dalszych badań nad jego twórczością. Każdy z przedstawionych w poszczególnych rozdziałach problemów zasługuje na odrębne, obszerniejsze i bardziej wnikliwe badanie, które może stać się odrębnym opracowaniem, w szczególności jego refleksja tanatologiczna. Dotyczy to także części biograficznej – głównie okresów związanych z każdą z uczelni medycznych, w której Kielanowski pozostawił wiele śladów swojego zaangażowania. Interesujące byłoby przeprowadzenie studium porównawczego, zestawiającego ujęcia Kielanowskiego w obszarze filozofii medycyny z ujęciami np. Juliana Aleksandrowicza czy Tadeusza Bilikiewicza, w obrębie etyki lekarskiej – z Tadeuszem Brzezińskim, Józefem Boguszem czy też etykami katolickimi. Oczywiście pozostają do opracowania inne aspekty – przede wszystkim tematyka fizjotryczna.

Podkreślić należy charakterystyczną i zasadniczą dla niego spójność myśli i działania, zgodność teorii z praktyką, wyrażająca się zarówno w prawości charakteru, jak i w formach angażowania się w różnorodne przedsięwzięcia. Zawsze towarzyszyły mu idee, które starał się upowszechniać i realizować. Często inicjując je i wyzwalając wolę działania w innych. Być może wiązało się to z zafascynowaniem myślą utopijną i anarchistyczną, wyrażającą optymistyczną koncepcję człowieka oraz ideę wzajemnej pomocy. Stąd telefony zaufania, studenckie pólśanatoria, świadome macierzyństwo, konferencje lekarzy i humanistów. Tę konsekwencję oraz zasadniczą rolę idei w działaniach Kielanowskiego odnaleźć można też w zaangażowaniu się w otwieranie powojennych uczelni medycznych w Lublinie i Białymstoku. Tworząc je, kładł nacisk na wysoki poziom naukowy i wychowanie przyszłych

lekarzy. Troska o odpowiedni dobór kadry dydaktycznej gwarantowała właściwą formację zawodową nowego pokolenia lekarzy.

Profesor Kielanowski – idealista i jednocześnie pragmatyk, romantyk a zarazem pozytywista – jest istotną postacią powojennych dziejów polskiej medycyny. Prawie cały wiek dwudziesty to czas działalności tego wybitnego lekarza i przyjaciela człowieka cierpiącego, uczonego, filozofa i nauczyciela, czas tworzenia i budowania poświęcony medycynie, której stara się przywrócić utracony wymiar.

„Gdyby mędrcy nie umierali, świat by skamieniał” – przypominając tę maksymę Lao-Tsy, Kielanowski podkreślał, po stoicku rozumianą przez niego prawdę o przemijaniu. O tym, że każda twórczość ma swój czas. Wyraża ona jednak także przekonanie o ciągłości myśli, która kształtuje się przez dialog z przeszłością. Dialog, który dla Kielanowskiego był kwestią zasadniczą. W jego twórczości częściej znajdziemy przyczynki do dyskusji niż autorytarną prezentację zamkniętego systemu filozoficznego czy etycznego. I właśnie ta spuścizna Tadeusza Kielanowskiego może stać się źródłem takiego dialogu o filozoficznych i moralnych aspektach medycyny i ludzkiego życia.

1. Wykaz skrótów

AGUMed – Archiwum Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego
ALG – Akademia Lekarska w Gdańsku
AMB – Akademia Medyczna w Białymstoku
AMG – Akademia Medyczna w Gdańsku
AML – Akademia Medyczna w Lublinie
AmL – Akta miasta Lublina
AOGPTF – Archiwum Oddziału Gdańskiego Polskiego Towarzystwa Filozoficznego
AoTK – Akta osobowe Tadeusza Kielanowskiego
AUMB – Archiwum Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
AUML – Archiwum Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
GUMed – Gdański Uniwersytet Medyczny
MWRiOP – Ministerstwo Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego
MZiOP – Ministerstwo Zdrowia i Opieki Publicznej
MZiOS – Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej
NAC – Narodowe Archiwum Cyfrowe
NRF – Niemiecka Republika Federalna
PAM – Pomorska Akademia Medyczna
PKWN – Polski Komitet Wyzwolenia Narodowego
PpMRNL – Protokoły posiedzeń Miejskiej Rady Narodowej w Lublinie
PPR – Polska Partia Robotnicza
PpRWL – Protokoły posiedzeń Rady Wydziału Lekarskiego
PPS – Polska Partia Socjalistyczna
PRL – Polska Rzeczpospolita Ludowa
PRWL – Posiedzenia Rady Wydziału Lekarskiego
PTF – Polskie Towarzystwo Filozoficzne
PTL – Polskie Towarzystwo Lekarskie
PZPR – Polska Zjednoczona Partia Robotnicza
SRmL – Skorowidz Radnych miasta Lublina
UG – Uniwersytet Gdański
UJ – Uniwersytet Jagielloński
UJK – Uniwersytet Jana Kazimierza we Lwowie
UMB – Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
UMCS – Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie
UML – Uniwersytet Medyczny w Lublinie
USB – Uniwersytet Stefana Batorego w Wilnie
UW – Uniwersytet Warszawski.
WAPL – Wojewódzkie Archiwum Państwowe w Lublinie
WL – Wydział Lekarski
ZGŚ – zbiory prywatne Grażyny Świąteckiej
ZJH – zbiory prywatne Jacka Halasza.
ZJP – zbiory prywatne Jana Pietruskiego
ZRK – zbiory prywatne rodziny Kielanowskich – Zofii Kielanowskiej i Macieja Kielanowskiego
ZSK – zbiory prywatne Stanisława Kosiedowskiego
ZTKD – zbiory prywatne Teresy Kurowskiej-Dąbrowskiej

2. Wykaz źródeł i literatury

I. ŹRÓDŁA

A. Źródła niedrukowane

Źródła archiwalne

Archiwum Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku (AUMB)

1. Akta osobowe Tadeusza Kielanowskiego (AoTK), nr akcesji 89/1053
2. Kronika Akademii Medycznej w Białymstoku
3. Fotografie archiwalne
4. Fotokopie rękopisów Tadeusza Kielanowskiego
5. Materiały z wystawy „Tadeusz Kielanowski i jego uczniowie”

Archiwum Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego (AGUMed)

1. Akta osobowe Tadeusza Kielanowskiego (AoTK), nr akcesji 268/50

Archiwum Uniwersytetu Medycznego w Lublinie (AUML)

1. Akta osobowe Tadeusza Kielanowskiego (AoTK), nr akcesji 9/A
2. Protokoły posiedzeń Rady Wydziału Lekarskiego UMCS w roku akademickim 1945/46 (PpRWL), nr akcesji UMCS 2/2
3. Protokoły posiedzeń Rady Wydziału Lekarskiego UMCS w roku akademickim 1946/47 (PpRWL), nr akcesji UMCS 2/3
4. Protokoły posiedzeń Rady Wydziału Lekarskiego UMCS w roku akademickim 1947/48 (PpRWL), nr akcesji UMCS 2/4
5. Protokoły posiedzeń Rady Wydziału Lekarskiego UMCS w roku akademickim 1948/49 (PpRWL), nr akcesji UMCS 2/5
6. Posiedzenia Rady Wydziału Lekarskiego Akademii Lekarskiej w Lublinie I-V 1950 (PRWL), nr akcesji L/1
7. Posiedzenia Rady Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Lublinie VI-XII 1950 (PRWL), nr akcesji L/2

Archiwum Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie (AUMCS)

1. Fotografie archiwalne
2. Materiały z wystawy „Rektorzy Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 1944 – 2009”

Wojewódzkie Archiwum Państwowe w Lublinie (WAPL)

1. Akta miasta Lublina 1944–1950 (AmL), nr zespołu 24
 - Protokoły posiedzeń Miejskiej Rady Narodowej w Lublinie w roku 1948 (PpMRNL)
 - Protokoły posiedzeń Miejskiej Rady Narodowej w Lublinie w roku 1949 (PpMRNL)
 - Skorowidz Radnych Miasta Lublina (SRML)

Archiwum Oddziału Gdańskiego Polskiego Towarzystwa Filozoficznego (AOGPTF)

1. Protokoły zebrań członków Oddziału Gdańskiego PTF

Narodowe Archiwum Cyfrowe (NAC)

1. Fotografie cyfrowe

Zbiory prywatne

Zbiory prywatne rodziny Kielanowskich – Zofii Kielanowskiej i Macieja Kielanowskiego (ZRK)

- Dokumenty osobiste Tadeusza Kielanowskiego
- Fotografie związane z życiem i działalnością Tadeusza Kielanowskiego

Zbiory prywatne Biruty Fąfrowicz (ZBF)

- Listy i dokumenty związane z Tadeuszem Kielanowskim

Zbiory prywatne Teresy Kurowskiej-Dąbrowskiej (ZTDK)

- List do JM Rektora i Wysokiego senatu Akademii Medycznej w Białymstoku [pracownicy naukowi z lat 1950-55 oraz pierwsi absolwenci WL AMB], list z marca 2004 r.
- List do Prezydenta Białegostoku [pierwsi absolwenci WL AMB], list z 7 listopada 2009 r.

Zbiory prywatne Jana Pietruskiego (ZJP)

- Fotografie związane z życiem i działalnością Tadeusza Kielanowskiego

Zbiory prywatne Grażyny Święteckiej (ZGŚ)

- Materiały związane z działalnością telefonu zaufania

Zbiory prywatne Stanisława Kosiedowskiego (ZSK)

- Fotografie Lwowa

Zbiory prywatne Jacka Halasza (ZJH)

- Fotografie

Relacje ustne

1. Prof. dr. Biruty Fąfrowicz
2. Prof. dr. Jerzego Jakowickiego
3. Mec. Macieja Kielanowskiego
4. Dr. Teresy Kurowskiej-Dąbrowskiej
5. Dr. Zbigniewa Kwapicha
6. Dr. Barbary Madey
7. Dr. Elizy Myczkowskiej-Wilskiej
8. Doc. Jana Pietruskiego
9. Doc. Mariana Pyrza
10. Prof. dr. Grażyny Święteckiej

B. Źródła drukowane

1. *Absolwenci wspominają. Dr Alicja Dębniak-Słojewska*, „Medyk Białostocki” 2005, nr 11, s. 13.
2. *Absolwenci wspominają. Prof. Jerzy Jakowicki*, „Medyk Białostocki” 2005, nr 11, s. 13.
3. *Akademia Medyczna w Gdańsku, Informator na rok akademicki [1956/1957-1974/1975]*, Gdańsk [1957-1974].
4. *Bibliografia publikacji pracowników Akademii Medycznej w Gdańsku*, Tomy za lata 1945-1975, Gdańsk 1965-1976.
5. Chlebowski J., *Dziesięciolecie Akademii Medycznej w Białymstoku*, „Roczniki Akademii Medycznej w Białymstoku” 1960, r. 6., s. 1-7.
6. Chlebowski J., *Kronika Akademii Medycznej w Białymstoku*, „Roczniki Akademii Medycznej w Białymstoku” 1957, r. 3, s. 255-268.
7. Chlebowski J., *Rozbudowa Akademii Medycznej w Białymstoku w latach 1952-1955 (Kronika)*, „Roczniki Akademii Medycznej w Białymstoku” 1958, r. 4., s. 255-297.
8. *Dekret o utworzeniu Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej*, Dz.U. 1944, Nr 9, poz. 42.
9. *Informator Instytutu Fizjologii i Żywienia Zwierząt PAN*, oprac. T. Żebrowska, „Informator Instytutu” 2005.
10. *Kodeks etyki lekarskiej*, Warszawa 1992.
11. *Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia*, Dz.U. 1948, Nr 61, poz. 477.
12. Pietruski J., red., *Pierwsze lata Akademii Medycznej w Białymstoku we wspomnieniach asystentów i studentów*, „Biuletyn Okręgowej Izby Lekarskiej” 2000, supl. 1, s. 143.
13. *Powstanie i organizacja Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w świetle źródeł*, wyb. i oprac. J. Malarczyk, Lublin 1968.
14. Sieńkowski E., *Kronika AMG [za lata 1972-1976]*, „Annales Academiae Medicae Gedanensis” 1973, nr 3; 1974, nr 4; 1975, nr 5; 1976, nr 6; 1977, nr 7.
15. *Skład osobowy i spis wykładów na rok akademicki [1950/51- 1955/56]*, Akademia Medyczna w Białymstoku.
16. *Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej. 3 lata pracy*, Lublin 1947.
17. *Ustawa z dnia 27 kwietnia 1956 r. o warunkach dopuszczalności przerywania ciąży*, Dz.U. 1956, Nr 12, poz. 61.
18. *Ustawa z dnia 28 października 1950 r. o zawodzie lekarza*, Dz.U. 1950, Nr 50, poz. 458.
19. *Zasady etyczno-dentologiczne Polskiego Towarzystwa Lekarskiego*, Warszawa 1968.
20. *Zbiór zasad etyczno-deontologicznych polskiego lekarza*, Warszawa 1978.

II. SPIS PRAC TADEUSZ KIELANOWSKIEGO OGŁOSZONYCH DRUKIEM¹²⁷⁴

1933

1. Etudé histologique de la réaction hémorragique de Schwartzman. C. R. Soc. Biol., 1933, 115, 85, 648-650. (Wspólnie z A. Selzerem).
2. O stosunku gruźlicy do raka. Pol. Gaz. Lek., 1933, 12, 38, 737-741.

1934

3. Experimentelle Untersuchungen über das sog. Schwartzman'sche Phänomen, oder die hämorrhagische Heteroallergie. Bull. Int. Acad. Pol. Sc. Cl. Médecine, 1934, 417-435. (Wspólnie z A. Selzerem).
4. Influence locale de quelques facteurs sur le cours de la réaction hémorragique de Schwartzman. C. R. Soc. Biol., 1934, 116, 86, 1140-1141. (Wspólnie z A. Selzerem).
5. Przypadek guza rakowatego (karcinoidu) wyrostka robaczkowego. Now. Lek., 1934, 46, 7, 209-214.
6. Recherches expérimentales sur le phénomène hémorragique de Shwarzman ou sur l'hétéro-allergie hémorragique. C. R. M. des séances Cl. Médecine, 1934, 6, 3-4. (Wspólnie z A. Selzerem).
7. W sprawie częstości ostrej gruźlicy prosówkowej w materiale sekcyjnym w poszczególnych okresach życia. Pol. Gaz. Lek., 1934, 13, 29/30, 555-558.
8. W sprawie patogenezy zatorów zakrzepowych tętnicy płucnej. Pol. Gaz. Lek., 1934, 13, 4, 62-67.
9. Zagadnienie gruźlicy wrodzonej, w świetle badań nad przesączalnym zarazkiem gruźliczym i jego przechodzeniem przez łożysko. Pol. Gaz. Lek., 1934, 13, 2, 30-33.

1935

10. Czy istnieje anatagonizm między gruźlicą a niedokrwistością złośliwą? Now. Lek., 1935, 47, 1, 17-20.
11. Hetero-alergia krwotoczna, czyli zjawisko Schwartzmana. Próba immunobiologicznego wytłumaczenia zjawiska. Jego znaczenie dla patologii. Pol. Gaz. Lek., 1935, 14, 17, 309-312.
12. Kamień żółciowy jako przyczyna ostrej niedrożności jelita. Pol. Gaz. Lek., 1935, 14, 21, 389-390.
13. Sport a alkoholizm. Nakł. Tow. „Trzeźwość“, Warszawa 1935, 8.

1936

14. Badania porównawcze bacylemii gruźliczej u uodpornionych i nieuodpornionych królików. Pol. Gaz. Lek., 1936, 15, 44, 848-849. (Wspólnie z E. Loukidisem).
15. Etudé comparative de la sépticémie a bacilles tuberculeux avaire ches le lapin immunisé le lapin non immunisé. C. R. Soc. Biol., 1936, 122, 88, 271-272. (Wspólnie z E. Loukidisem).

1938

16. Rola układu nerwowego i psychiki w odporności. Próba ujęcia zagadnienia odporności z punktu widzenia teorii holizmu. Pol. Gaz. Lek., 1938, 17, 4, 61-63.

¹²⁷⁴ Bibliografia publikacji Tadeusza Kielanowskiego została przytoczona według opracowania Józefy de Laval z 1993 r., dyrektora Biblioteki Głównej AMG – *Spis prac prof. dr. Tadeusza Kielanowskiego*, [w:] „Annales Academiae Medicae Gedanensis” 1993, nr 23, s. 303-326 – z zachowaniem zastosowanej metody opisu bibliograficznego oraz z uzupełnieniami kilkunastu publikacji dokonanych przez autora pracy: nr 19, 42, 189, 405, 423, 471, 488, 503, 553, 587, 625, 626, 627.

Kielanowski pisał również, głównie w Białymstoku, do prasy lokalnej. Ze względu na brak pełnego opisu bibliograficznego, dysponując głównie wycinkami prasowymi, nie umieszczam tych pozycji w spisie. Oto niektóre z nich: *Wydatną poprawę zdrowia przyniesie Akademia Medyczna w Białymstoku*, „Życie Białostockie” z 1 X 1950; *Białostoczczyzna wita sejm botaników*, „Gazeta Białostocka” z 5-6 II 1953; *Dobra znajomość fizyki i chemii nieodzownym warunkiem studiowania medycyny*, „Życie Białostockie” z 25 II 1954; *Higiena mleka*, „Gazeta Białostocka” z 17 IV 1954.

1939

17. Istota, etiologia i patogenez a ziarnicy złośliwej. [W:] Pamiętnik XV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich we Lwowie 4-7.VII.1937. Red. W. Nowicki, D. Szymkiewicz. Lwów 1939, 437-443. .
18. Przyczynę do zaga dnienia hipowitaminozy C w gruźlicy. Pol. Gaz. Lek., 1939, 18, 7, 143-146.
19. Un home pour etudiants tuberculeux. Bull. Com. National de la lute, 1939, VIII.

1945

20. Gruźlica. [W:] Wystawa Higieny [w Lublinie]. Lublin 1945, 7-11.
21. Gruźlica, jeden z najaktualniejszych problemów. Now. Lek., 1945, 52, 9, 8-9.
22. O mechanizmie powstawania tętnicznych zatorów powietrznych w przebiegu zakładania i dopełniania sztucznej odmy opłucnowej, i o sposobie ich unikania. Now. Lek., 1945, 52, 10, 2-6.
23. O studiach i zawodzie lekarskim. Inform. Akad. na rok 1945/46, Lublin 1945, 17-19.
24. Osiedla pracy dla chorych na gruźlicę. Dz. Zdr., 1945, 1, 9/10, 214-215.
25. [„Zagadnienie reformy studiów lekarskich...”]. Med. Wet., 1945, 1,3/4, 76-77.

1946

26. Formalna i merytoryczna strona zagadnienia rewizji systemu nauczania medycyny. W służbie zdr., 1946, 1, 3, 8-9.
27. Gruźlica. Wyd. Zdrowia UW, Lublin 1946, 6.
28. Gruźlica jest uleczalna. Popularny wykład dla chorych o leczeniu i zapobieganiu gruźlicy płuc. Lek. Inst. Nauk.-Wydaw., Warszawa 1946, 35.
29. Kryteria doboru kandydatów na wydziały lekarskie. Pol. Tyg. Lek., 1946, 1, 13,421-423.
30. Osiedla pracy dla chorych na gruźlicę. Lek. Inst. Nauk.-Wydaw., Warszawa 1946, 7.
31. Rola prątka gruźliczego typu bydłczego w gruźlicy ludzkiej. Med. Wet., 1946, 2, 6, 255-257.
32. [rec.] W. Kuryłowicz: Penicylina. Wrocław 1946. Med. Społ. Klin., 1946, 2, 1(3), 64-65.

1947

33. Gruźlica. Tow. Higieniczne w Lubartowie, [Lubartów 1947], 16.
34. Gruźlica jest uleczalna. Popularny wykład dla chorych o leczeniu i zapobieganiu gruźlicy płuc. Wyd. 2 popr. Lek. Inst. Nauk.-Wydaw., Warszawa 1947, 37.
35. O nauczaniu fizjologii. Referat główny na VIII Zjazd Przeciwgruźliczy we Wrocławiu. Temat społeczny: B. Lek. Inst. Nauk.-Wydaw., Warszawa 1947, 12.
36. Sprawa muzeów lekarskich. Pol. Tyg. Lek., 1947, 2, 52, 1498-1499.
37. Techniczne powikłania sztucznej leczniczej odmy opłucnej. Pol. Tyg. Lek., 1947, 2, 22/23, 683-687.
38. Wyniki masowych badań w kierunku gruźlicy uczącej się młodzieży miasta Lublina w roku szkolnym 1945-1946. Pol. Tyg. Lek., 1947, 2, 2, 49-51. (Wspólnie z J. Krajewską).
39. [rec.] G. L'Etore, E. Caranti: La tubercolosi nel mondo prima e nel corso dell'ultima guerra. Ann. Ist. Forlanini, 1947, 1, 37-69. Gruźlica, 1948, 16, 1/2, 130-131.
40. [rec.] A. Omodei-Zorini: Considerazioni su alcuni metodi di terapia della tubercolosi pulmonare. Ann. Ist. Forlanini, 1947, 1, 1-33. Gruźlica, 1948, 16, 1/2, 110-111.

1948

41. 60-lecie sztucznej leczniczej odmy opłucnej i 30-lecie śmierci Carlo Forlaniniego. Pol. Tyg. Lek., 1948, 3, dod. nr 12, 94-95.
42. Słowo do młodzieży. Medicus, 1946, 1, 1.
43. W sprawie artykułu prof. dra L. Flecka o doświadczeniach lekarskich na ludziach. Pol. Tyg. Lek., 1948, 3, 43, 1292-1293.

44. [rec.] Ph. Schwartz: Die automatische, endogene, lymph-adenobronchogene Reinfektion in der Initialperiode der Tuberkulose. Istanbul 1948. Pol. Tyg. Lek., 1948, 3, 42, 1260-1261.
45. [rec.] R. R. Trail: Chest examination. London 1948. Pol. Tyg. Lek., 1948, 3, 51, 1548-1549.

1949

46. Immunologia gruźlicy. Med. Wet., 1949, 5, 6, 407-416.
47. Najczęstsze błędy lekarza praktyka w rozpoznawaniu i leczeniu gruźlicy płuc. Wiad. Lek., 1949, 2, 5, 49-67.
48. Nowe kliniki Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu MCS w Lublinie. Pol. Tyg. Lek., 1949, 4, dod. nr 1, 4.
49. O nauczaniu fizjologii. [W:] Pamiętnik VIII Polskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego. Wrocław, 23-25 września 1947 r. Warszawa 1949, 118-127.
50. [rec.] E. M. Berkowicz: Dychanie i energetyczne procesy pri tuberkulozie legkich. Moskwa 1948. Pol. Tyg. Lek., 1949, 4, 25, 780.
51. [rec.] M. Davidson: A practical manual of the diseases of the chest. London 1948. Pol. Tyg. Lek., 1949, 4, 2, 60.
52. [rec.] F. Dumarest: La vie hygiénique du tuberculeux. Paris 1948. Pol. Tyg. Lek., 1949, 4, 22, 684.
53. [rec.] Fortschritte der Tuberkuloseforschung und Behandlung. Basel 1948. Pol. Tyg. Lek., 1949, 4, 4, 121.
54. [rec.] F. Heaf, N. Lloyd Rusby: Recent advances in respiratory tuberculosis. London 1948. Pol. Tyg. Lek., 1949, 4, 25, 780-781.
55. [rec.] R. G. Lovell: Taking the cure. New York 1948. Pol. Tyg. Lek., 1949, 4, 37, 1111.
56. [rec.] Z. J. Rolie: Tuberkuloznoj koksit u dietej. Moskwa 1948. Pol. Tyg. Lek., 1949, 4, 22, 684.
57. [rec.] A. Sattler: Leitfaden der Frühdiagnose der Lungentuberkulose durch den praktischen Arzt. Wien 1948. Pol. Tyg. Lek., 1949, 4, 40, 1202.
58. [rec.] Tuberculosis in young adults. [Aut.:] M. Daniels [i in.]. London 1948. Pol. Tyg. Lek., 1949, 4, 7, 219-220.

1950

59. Gruźlica jest uleczalna. Popularny wykład dla chorych o leczeniu i zapobieganiu gruźlicy płuc. Wyd. 3 uzup. PZWL, Warszawa 1950, 40.
60. Psychologiczne i społeczne zagadnienia gruźlicy. Próby rozwiązania ich w osiedlu Papworth w Anglii. Wiad. Lek., 1950, 3, 3(12), 82-93.
61. „Suchotnik“, „gruźlik“ czy po prostu „chory na gruźlicę“. Służ. Zdr., 1950, 2, 8, 4.
62. Szarlatani. Służ. Zdr., 1950, 2, 37, 4.
63. [rec.] N. N. Bobrow: Kartina krwi w klinice tuberkuloza. Moskwa 1950. Pol. Tyg. Lek., 1950, 5, 33/34, 1245.
64. [rec.] W. L. Ejniš: Leczenie bólnego legocznym tuberkulozom. Moskwa 1949. Pol. Tyg. Lek., 1950, 5, 46, 1628.
65. [rec.] K. N. Irvine: B.c.G. vaccination in theory and practice. Oxford 1949. Pol. Tyg. Lek., 1950, 5, 39/40, 1411-1412.
66. [rec.] H. Kutschera-Aichbergen: Die Tuberkulose vom Standpunkt des Internisten. Wien 1949. Pol. Tyg. Lek., 1950, 5, 9, 355.
67. [rec.] E. Rist: Les symptômes de la tuberculose pulmonaire et de ses complications. 2 ed. Paris 1949. Pol. Tyg. Lek., 1950, 5, 14, 554-555.
68. [rec.] N. G. Stojko: Chirurgičeskoje leczenie legocznogo tuberkuloza. Moskwa 1949. Pol. Tyg. Lek., 1950, 5, 47/48, 1685.
69. [rec.] Streptomycin und Tuberkulose. [Aut.:] G. Fanconi [i in.]. Basell 1948. Pol. Tyg. Lek., 1950, 5, 23, 918.
70. [rec.] F. W. Szebanow: Kołlapsoterapia legocznogo tuberkuloza. Moskwa 1950. Pol. Tyg. Lek., 1950, 5, 42, 1490.

71. [rec.] M. Telatycki: Współczesne metody leczenia gruźlicy płuc w krytycznym ujęciu. Warszawa 1949. Pol. Tyg. Lek., 1950, 5, 14, 553-554.
72. [rec.] H. L. Tidy: A synopsis of medicine. Bristol 1949. Pol. Tyg. Lek., 1950, 5, 2, 79.
73. 71. [rec.] Tuberkuloz. Pod red. M. A. Klebanowa [i in.]. Moskwa 1950. Pol. Tyg. Lek., 1950, 5, 45, 1589-1590.
74. [rec.] H. Weber: Die Komplettierung des insuffizienten - Pneumothorax. Wien 1949. Pol. Tyg. Lek., 1950, 5, 43/44, 1546-1547.
75. [rec.] E. Wittkower: A psychiatrist looks at tuberculosis. London 1949. Pol. Tyg. Lek., 1950, 5, 26, 1035-1036.
76. [rozm.] Akademia Lekarska w Białymstoku dotrzyma terminów. Rozm. przepr. M. Koł. Służ. Zdr., 1950, 2, 9, 3.

1951

77. Chrońmy dzieci przed gruźlicą! Zdrowie, 1951, 3, 12, 11.
78. Co to jest gruźlica. Zarząd Główny PCK, Warszawa 1951, 56. Biblioteczka Zdrowia, 9.
79. Reforma szkolnictwa musi objąć egzaminy. Służ. Zdr., 1951, 3, 45, 2.
80. Wyjaśnić potrzebę badań masowych. Służ. Zdr., 1951, 3, 14, 3.
81. Z krajowej narady aktywu służby zdrowia w dniach 25 i 26 listopada 1950 r. Zdr. Publ., 1951, 67, 1, 76-79.
82. [rec.] K. Holmdahl: Course and prognosis in primary tuberculosis with erythema nodosum in children. Goeteborg 1950. Pol. Tyg. Lek., 1951, 6, 31/32, 996.
83. [rec.] A. Nauman: Zagadnienie pracy chorych na gruźlicę płuc. (Rehabilitacja chorych). Warszawa 1950. Pol. Tyg. Lek., 1951, 6, 5/6, 187.
84. [rec.] M. Porot: La psychologie des tuberculeux. Paris 1950. Pol. Tyg. Lek., 1951, 6, 51/52, 1636.
85. [rec.] G. R. Rubinsztejn: Diferencjalna diagnostyka zabojevanij legkich. Posobie dla wraczej. T. 1-2. Moskwa 1949-1950. Pol. Tyg. Lek., 1951, 6, 25/26, 830.
86. [członek kom. red.] Gruźlica. Organ Polskiego Towarzystwa Badań Naukowych nad Gruźlicą i Instytutu Gruźlicy. Warszawa 1949 T. 17 - 1951 T. 19.

1952

87. Akademię medyczną w Planie Sześcioletnim. [W:] X Ogólnopolski Zjazd Przeciwgruźliczy w Rokietnicy Śląskiej w dniach 29.VIII. - 1.IX.1951. Cz. 2. Pozjazdowa. Warszawa 1952, 45-47.
88. Egzamin jest częścią nauczania. Służ. Zdr., 1952, 4, 4, 2.
89. Przemówienie rektora... na inauguracji roku akademickiego 1951/52 Akademii Medycznej w Białymstoku. Skład Osobowy i Spis Wykładów [Akademii Medycznej w Białymstoku] na rok akademicki 1951/52, 3 - 6.
90. [rec.] K. Dąbrowski, W. Rzepecki. Gruźlica i walka z nią. Warszawa 1951. Pol. Tyg. Lek., 1952, 7, 15, 448-449.
91. [rec.] N. N. Grinczar, I.I. Berlin: Rannaja diagnostika tuberkuloza legkich. Moskwa 1951. Pol. Tyg. Lek., 1952, 7, 11/12, 332.
92. [rec.] Gruźlica. Podręcznik dla pielęgniarek społecznych Poradni Przeciwgruźliczych. Warszawa 1951. Pol. Tyg. Lek., 1952, 7, 14, 411.
93. [rec.] Opyt sowetskoj medicyny w welikoj oteczestwennoj wojne 1941-1945 g. g. T. 25. Tuberkuloz legkich. Moskwa 1951. Pol. Tyg. Lek., 1952, 7, 22, 733-734.
94. [rec.] Referaty i koreferaty X Zjazdu Przeciwgruźliczego w Rokietnicy Śląskiej w dn. 29.VIII - 1 IX 1951 r. Cz. 1. Przedzjazdowa. Pod red. J. Gackowskiego. Warszawa 1951. Pol. Tyg. Lek., 1952, 7, 15, 448.

1953

95. Czy chory na gruźlicę płuc może pracować. Zdrowie, 1953, 5, 11, 6-7.
96. Gruźlica płuc a małżeństwo. Zdrowie, 1953, 5, 12, 4-5.

97. Jak zapobiegać zachorowaniu na gruźlicę? *Zdrowie*, 1953, 5, 11, 4.
98. Przemówienie rektora... na inauguracji roku akademickiego 1952/53 Akademii Medycznej w Białymstoku. Skład Osobowy i Spis Wykładów [Akademii Medycznej w Białymstoku] na rok akademicki 1952/53, 3-5.
99. Przemówienie rektora Akademii Medycznej w Białymstoku... na uroczystej inauguracji roku akademickiego 1953/1954. Skład Osobowy i Spis Wykładów [Akademii Medycznej w Białymstoku] na rok akademicki 1953/54, 3-13.

1954

100. Gruźlica. *Zdrowie*, 1954, 6, 10, 2.
101. Higiena mleka. *Świat i Ludzie*, 1954, 14, 3. (dod. do *Gaz. Białostockiej*).
102. Jak powinien postępować chory na gruźlicę w zimnej porze roku. *Zdrowie*, 1954, 6, 11, 4-5.
103. Jak powinien zachowywać się chory na gruźlicę płuc w okresie letnim? *Zdrowie*, 1954, 6, 8, 6.
104. Kaszel. *Zdrowie*, 1954, 6, 2, 8-9.
105. O krwiopłuciu i krwotokach płucnych. *Zdrowie*, 1954, 6, 10, 5.
106. O szczepieniach przeciwgruźliczych BCG. *Położna*, 1954, 4, 5, 8-9.
107. Rozstrzenie oskrzelowe. *Zdrowie*, 1954, 6, 3, 14.
108. Szczepienie przeciw gruźlicy szczepionką BCG. *Świat i Ludzie*, 1954, 7, 3. (dod. do *Gaz. Białostockiej*).
109. Ze wspomnień profesorów Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej. [W:] *Dziesięć lat Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie*. Lublin 1954, 30-32.

1955

110. Autorytet lekarza i etyka lekarska. *Służ. Zdr.*, 1955, 7, 52, 2.
111. Czy trzeba bać się gruźlicy? *Zdrowie*, 1955, 7, 4, 10.
112. Medycyna a znachorstwo. *Świat i Ludzie*, 1955, 1, 2. (dod. do *Gaz. Białostockiej*).
113. Odżywianie chorych na gruźlicę płuc. *Zdrowie*, 1955, 7, 2, 6.
114. 5 lat Akademii Medycznej w Białymstoku. (Wspomnienia pierwszego rektora). *Służ. Zdr.*, 1955, 7, 47, 2.
115. „Poranna modlitwa lekarza“. Na marginesie felietonu o Majmonidesie. *Służ. Zdr.*, 1955, 7, 6, 4.
116. Przemówienie rektora Akademii Medycznej w Białymstoku... na uroczystej inauguracji roku akademickiego 1954/1955. Skład Osobowy i Spis Wykładów [Akademii Medycznej w Białymstoku] na rok akademicki 1954/55, 5-16.
117. Szczepienia BCG. *Zdrowie*, 1955, 7, 11, 4-5.
118. [rec.] S. Hornung: *Klasyfikacja gruźlicy i grupy poradniane*. Warszawa 1955. *Pol. Tyg. Lek.*, 1955, 10, 42, 1391.
119. [rec.] J. Misiewicz: *Ftyzjatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa 1954. *Gruźlica*, 1955, 23, .5, 346-349.
120. [rec.] M. Telatycki: *Wykłady z ftyzjatrii. Skrypt dla V roku studiów lekarskich*. Cz. 1-2. Warszawa 1954. *Pol. Tyg. Lek.*, 1955, 10, 21, 712-713.
121. [rec.] *Zła książka. Refleksje lekarza...* *Służ. Zdr.*, 1955, 7, 50, 4. Rec. pracy: M. Van der Meersch: *Ciała i dusze*. Warszawa 1955.

1956

122. Alkoholizm i gruźlica. *Zdrowie*, 1956, 8, 8, 4-5.
123. Etyka socjalistycznej służby zdrowia. *Służ. Zdr.*, 1956, 8, 3, 1.
124. Ftyzjatria czy pneumonologia? *Pol. Tyg. Lek.*, 1956, 11, 27, 1235-1237.
125. Gałąź z drzewa pod którym nauczał Hipokrates. III Międzynarodowy Kongres Medycyny Neo-hipokratesowej. *Służ. Zdr.*, 1956, 8, 24, 1.
126. Gruźlica jest uleczalna. [W:] *Zdrowie w domu*. Warszawa 1956, 377-394. (Wspólnie z J. Lange)

127. Jeszcze w sprawie „złej książki”. Służ. Zdr., 1956, 8, 10, 4.
128. List otwarty do Kolegów Ginekologów. [Napisali:]... [i in.]. Służ. Zdr., 1956, 8, 42, 1.
129. Moralność pracownika socjalistycznej służby zdrowia. Służ. Zdr., 1956, 8, 16, 2.
130. O reagowaniu chorych na rozpoznanie u nich gruźlicy płuc i o niektórych reakcjach afektywnych spostrzeganych w przebiegu leczenia gruźlicy. Post. Ftyzjat., 1956, 1, 63-92.
131. Praktyka prywatna czy wolny wybór uspołecznionego lekarza? Służ. Zdr., 1956, 8, 41, 2.
132. Profesor płacze na katedrze. (Wspomnienie paryskie). Służ. Zdr. 1956, 8, 6,4.
133. Przemówienie wygłoszone 22 października 1955 roku na uroczystości wręczenia dyplomów lekarskich pierwszym absolwentom Akademii Medycznej w Białymstoku. Pol. Tyg. Lek., 1956, 11, 9, 425-428.
134. Razużdenija na temu socialisticzeskoj morali rabotników zdrowoochranienija. Międzynarodowe Sympozjum Organizacji Ochrony Zdrowia, Krynica, 5-8.IV.1956, 17, maszynopis.
135. Rozważania na temat moralności służby zdrowia. Nowe Drogi, 1956, 10, 7/8, 48-61.

1957

136. Aktualności higieniczne. Dla chorych na gruźlicę. Zdrowie, 1957, 9, 7, 7.
137. Ani romantyczne hasła, ani surowe nakazy. Służ. Zdr., 1957, 9, 21, 2.
138. Cykloseryna. Zdrowie, 1957, 12, 12, 4-5.
139. Doświadczenia medycyny a etyka. Tyg. Powsz., 1957, 11, 43, 7.
140. Jak wychować lekarzy - humanistów. Służ. Zdr., 1957, 9, 9, 3-4.
141. Jeszcze raz w sprawie przerywania ciąży. Służ. Zdr., 1957, 9, 8, 4.
142. Koniec dialogu. W sprawie przerywania ciąży. Służ. Zdr., 1957, 9, 17, 3.
143. Piekła kobiet ciąg dalszy. Jeszcze kilka słów o przerywaniu ciąży. Służ. Zdr., 1957, 9, 13, 3.
144. Pięciolecie Kliniki Gruźlicy Płuc Akademii Medycznej w Białymstoku. Gruźlica, 1957, 25, 3, 251-253. (Wspólnie z S. Brokmanem, A. Dowgirdem i B. Fańrowicz).
145. Protestuj! W obronie wolności sumienia lekarza. Służ. Zdr., 1957, 9, 10, 1.
146. Przesady na temat gruźlicy. Zdrowie, 1957, 9, 2, 10.
147. Regulacja urodzeń i przerywanie ciąży. Trzeba wyjaśnić pewne nieporozumienia. Służ. Zdr., 1957, 9, 26, 2.
148. Renesans myśli moralnej w medycynie. (Wykład wygłoszony przez... w dniu inauguracji roku akademickiego 1957/58 AM w Gdańsku). Akademia Medyczna w Gdańsku. Informator na rok akademicki 1957/58, 9-18; toż: Biul. Gł. Bibl. Lek., 1957, 6, 11, 717-724; fragm.: Uwaga, 1957, 10, 1-2.
149. [rec.] L'aide à la recherche médicale. Londres 4-8 octobre 1954. Paris 1956. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1957, 6, 12, 792-794.
150. [rec.] M. Alves de Sousa: Tuberculome der Lungen. Basel 1956. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1957, 6, 6, 363.
151. [rec.] F. Antonelli, M. Seccia: Psiche e tubercolosi. Roma 1956. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1957, 6, 9, 575-577.
152. [rec.] M. Berger: Les hors-la-loi de la médecine. Paris 1956. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1957, 6, 8, 492-493.
153. [rec.] W. Biegański: Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej. Wyd. 4. Warszawa 1957. Arch. Hist. Med., 1957, 20, 3, 430-431; toż: Służ. Zdr., 1957, 9, 42, 3.
154. [rec.] W. Jaroszewicz, P. Krakówka: Gruźlica oskrzeli. Warszawa 1956. Pol. Tyg. Lek., 1957, 12, 15, 580.
155. [rec.] L. Krakowiecka: Maciej z Miechowa. Lekarz i uczonec Odrodzenia. Warszawa 1956. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1957, 6, 4, 205-206.
156. [rec.] E. R. Long: A history of the therapy of tuberculosis and the case of Frederic Chopin. Lawrence 1956. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1957, 6, 11, 725-726.
157. [rec.] F. Namora: Carnet d'un médecin de campagne. Paris 1956. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1957, 6, 6, 358.
158. [rec.] W. Riese: La pensée morale en médecine. Premiers principes d'une éthique médicale. Paris 1954. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1957, 6, 7, 423-424.
159. [rec.] J. Riou: Tuberculose et psychisme. Corrélations évolutives psycho-pulmonaires. Phtisiogénèse. Paris 1956. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1957, 6, 5, 283-284.

160. [rec.] P. G. Schmidt: Die Lungentuberkulose. Diagnose und Therapie. 3 Aufl. Stuttgart 1956. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1957, 6, 2, 77-78.
161. [rec.] E. Tanner: Die Tracheobronchialtuberkulose der Erwachsenen. Berlin 1957. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1957, 6, 8, 497-498.
162. [rec.] J. Wróblicka: W walce o zdrowie. Warszawa 1957. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1957, 6, 5, 278-279.

1958

163. Dr-owi med. W. M. z Tygodnika Powszechnego w odpowiedzi. Służ. Zdr., 1958, 10, 39, 2.
164. Francuski kodeks deontologii lekarskiej. [Wstęp i tł. z fr...] Biul. Gł. Bibl. Lek., 1958, 7, 9, 657-667.
165. Jak zwiększyć liczbę lekarzy na wsi. Służ. Zdr., 1958, 10, 17, 1 i 3.
166. Krytycznie o krytyce lekarskiej. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1958, 7, 2, 89-91.
167. Potępione zbrodnie. Służ. Zdr., 1958, 10, 18, 4.
168. Prawa i obowiązki lekarza wiejskiego. Biul. Nauk. Met. - Org. przeznaczony dla lekarzy wiejskich..., 1958, 7/8, 15-26.
169. Prawa i obowiązki lekarza wiejskiego. Zdr. Publ., 1958, 5, 353-360.
170. Prof. dr Karl Brandt - zbrodniarz wojenny. Studia z dziedziny etyki lekarskiej. Służ. Zdr., 1958, 10, 6, 3.
171. Ta wojna jest do wygrania. Służ. Zdr., 1958, 10, 30, 1.
172. Wrażenia z Anglii 1958 r. Z pobytu delegacji wyższego szkolnictwa polskiego w Wielkiej Brytanii. Służ. Zdr., 1958, 10, 50, 1 i 3.
173. Zagadnienia niepokojące świat. Służ. Zdr., 1958, 10, 32, 4-5.
174. Zakopane w Alpach. Służ. Zdr., 1958, 10, 29, 5.
175. Zapalenie płuc. Zdrowie, 1958, 10, 2, 4-5.
176. [rec.] A. Deroo: Lourdes, cité des miracles au marché d'illusions. Paris 1956. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1958, 7, 1, 13-16.
177. [rec.] P. Goemare: Thérèse Neumann. Visionnaire? Stigmatisée? Paris 1957. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1958, 7, 9, 668-669.
178. [rec.] A. Guerrin: Humanité et subsistances. Neuchâtel 1957. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1958, 7, 11, 855-857.
179. [rec.] Médecine et merveilleux... Paris 1957. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1958, 7, 2, 95-96.
180. [rec.] Odpowiedź na uwagi dra Zbigniewa Filara. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1958, 7, 6, 427-429.
181. [rec.] Postępy Ftyzjatrii i Pneumonologii, 1957, T. 2. Gruźlica, 1958, 26, 9, 797-799.
182. [rec.] H. Speedby-Szpidaum: XX wiek i twoje serce. Arterioskleroza, angina pectoris, zawały serca. Książka dla pacjentów i ich otoczenia. Londyn 1958. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1958, 7, 6, 447-449.
183. [rec.] M. Telatycki: Ftyzjatria. Podręcznik dla studentów medycyny i młodych lekarzy. T. 1. Część teoretyczna i rozpoznawanie gruźlicy. Warszawa 1957. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1958, 7, 2, 102-103.
184. [rec.] Zagadnienia niepokojące świat. Służ. Zdr., 1958, 10, 32, 4-5. Rec. pracy: G. L. Williams: The sanctity of life and the criminal law. New York 1957; toż: Biul. Gł. Bibl. Lek., 1958, 7, 174-177. .
185. [rec.] M. Zierski: Epidemiologia gruźlicy. Warszawa 1958. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1958, 7, 11, 6-878.

1959

186. A może jednak tędy droga? [„Głowski Pracy” w odpowiedzi.]. Służ. Zdr., 1959, 11, 22, 3.
187. Argumentować, a nie rozkazywać. Kilka uwag o dotychczasowej dyskusji deontologicznej. Służ. Zdr., 1959, 11, 34, 1-2.
188. Czy gruźlica jest uleczalna? Zdrowie, 1959, 11, 2, 3.
189. Francuska ustawa o przerywaniu ciąży. Argumenty, 1959, 3, 50, 3.
190. La déontologie médicale en Pologne actuelle. Bull. Acad. Nat. Med., 1959, 143, 24/25, 530-533.
191. Lekarskie przerywanie ciąży jako zagadnienie etyczne. Argumenty, 1959, 3, 20, 3 i 10.
192. Notatki z Istambułu z Międzynarodowego Zjazdu Przeciwigruźliczego. Służ. Zdr., 1959, 11, 3-4.
193. O etyce lekarskiej - bez patosu. Tryb. Ludu, 1959, 12, 303, 4.
194. Oświata sanitarna w walce z gruźlicą. Na marginesie obrad 15 Międzynarodowego Zjazdu Przeciwigruźliczego w Istambułu. Służ. Zdr., 1959, 11, 47, 3.

195. Lekarz musi znać prawo. *Służ. Zdr.*, 1959, 11, 38, 2.
196. 1944-1959. Osiągnięcia moralne polskiej służby zdrowia w piętnastolecu. (próba syntezy i krytyki). *Służ. Zdr.*, 1959, 11, 19, 2-4.
197. Kodeks deontologiczny polskiej służby zdrowia. *Służ. Zdr.*, 1959, 11, 12/13, 2; tamże 14, 3.
198. Mój prywatny stosunek (sentymentalny) do ustawy przeciwgruźliczej. *Służ. Zdr.*, 1959, 11, 3.
199. Teksty deontologiczne. Deklaracja Genewska (1949), Międzynarodowy Kodeks Etyczny (1949), Brytyjski Kodeks Etyczny (1953). [Wstęp i tł. z ang...]. *Biul. Gł. Bibl. Lek.*, 1959, 8, 2, 89-98.
200. Teksty deontologiczne. Amerykański Kodeks Deontologii Lekarskiej [Wstęp i tł. z ang...] *Biul. Gł. Bibl. Lek.*, 1959, 8, 6, 453-457.
201. Teksty deontologiczne. 3. Włoski Kodeks Deontologiczny [Il Codice Deontologico). Wstęp i tł. z wł...] *Biul. Gł. Bibl. Lek.*, 1959, 8, 5, 361-370.
202. [tłum.] D. Douady, M. Fourestier: Klasy śnieżne. *Służ. Zdr.* 1959, 11, 3, 4.
203. [rec.] S. J. Hadfield: Law and ethics for doctors. London 1958: *Biul. Gł. Bibl. Lek.*, 1959, 8, 5, 375.
204. [rec.] S. Konopka: Polska bibliografia lekarska za rok 1955. T. 1-2. Warszawa 1958. *Biul. Gł. Bibl. Lek.*, 1959, 8, 4, 295-296.
205. [rec.] Médecine moderne et respect de la vie. Paris 1957. *Biul. Gł. Bibl. Lek.*, 1959, 8, 3, 196-198.
206. [rec.] A. Mellor: Le problème des guérisseurs. Paris 1958. *Biul. Gł. Bibl. Lek.*, 1959, 8, 12, 929-930.
207. [rec.] E. Nodenot: Médecine tu seras roi. Paris 1958. *Biul. Gł. Bibl. Lek.*, 1959, 8, 4, 312-313.
208. [rec.] R. Piédelièvre, E. Fournier: Morale, médecine et biologie. Paris 1959. *Biul. Gł. Bibl. Lek.*, 1959, 8, 10, 750-751.
209. [rec.] Twórca doktora Knocka jeszcze raz o lekarzach. *Służ. Zdr.*, 1959, 11, 51/52, 5. Rec. pracy: J. Romains: Hommes, médecines, machines. Paris 1959.
210. [rec.] H. M. T. Valot: Lourdes et l'illusion en thérapeutique. Paris 1955. *Biul. Gł. Bibl. Lek.*, 1959, 8, 11, 831-832.
211. [wypow.] Nasza ankieta [na temat osiągnięć służby zdrowia w minionym dziesięcioleciu]. *Służ. Zdr.*, 1959, 11, 12/13, 3.

1960

212. ...a o Polsce ani słowa! *Służ. Zdr.*, 1960, 12, 21, 3.
213. Antropotechnika czy medycyna? Argumenty, 1960, 4, 5, 5 i 11.
214. Czy eksperymentować w służbie zdrowia? Argumenty, 1960, 4, 15, 3.
215. Czyżby wołanie o humanizm w medycynie było objawem wstecznictwa? *Służ. Zdr.*, 1960, 12, 15, 4.
216. Dotkliwa luka akcji przeciwgruźliczej. *Służ. Zdr.*, 1960, 12, 25, 4. (Wspólnie z H. Krzyżanowską).
217. Egzamin czy konkurs? *Służ. Zdr.*, 1960, 12, 35, 3.
218. Gruźlica jest ciągle klęską społeczną. *Zdrowie*, 1960, 12, 12, 3.
219. List do Wojewódzkiej Przychodni Przewodniczącej w Białymstoku. *Biul. Przewodniczącej* [Woj. Przychodni Przewodniczącej w Opolu], 1960, 4, 12-13.
220. Nie wierzę dyletantom... *Polityka*, 1960, 4, 43, 2.
221. Niebłahy spór deontologiczny o moralną odpowiedzialność lekarza. *Służ. Zdr.*, 1960, 12, 7, 2.
222. O majestacie śmierci. (Refleksje lekarza). Argumenty, 1960, 4, 31, 1 i 4.
223. Prof. dr Pierre Delore. *Służ. Zdr.*, 1960, 12, 51, 2.
224. Profesorowie medycyny i praktyka prywatna. *Służ. Zdr.*, 1960, 12, 1, 2.
225. Przedmowa do wydania polskiego. [W:] G. Williams: Świętość życia a prawo karne. Warszawa 1960, III - V.
226. Sprawozdanie z wyjazdu na XV Międzynarodowy Kongres P/Gruźliczy w Istanbule w dniach 11- 18 września 1959 r. *Biul. Przewodniczącej* [Woj. Przychodni Przewodniczącej w Opolu], 1960, 5, 121-124.
227. Stanowisko istotnie z konkursu. *Służ. Zdr.*, 1960, 12, 37, 2.
228. Szkoła akademicka to zakład dydaktyczno naukowy. *Służ. Zdr.*, 1960, 12, 49, 4.
229. „Tyfobacyleza“ Landouzy'ego, rzekomy zespół objawów ostrej gruźlicy nie zlokalizowanej. *Gruźlica*, 1960, 28, 8, 641-644.

230. [rec.] W. I. B. Beveridge: Sztuka badań naukowych. Warszawa 1960. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1960, 9, 6, 469-471.
231. [rec.] R. Dubos: Mirage of health. London 1960. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1960, 9, 12, 936-939.
232. [rec.] W. Koskowski: O starości. Londyn 1959. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1960, 9, 4, 280-282.
233. [rec.] A. Soubiran: Les hommes en blanc. 4. Paris 1958. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1960, 9, 1, 6-7.
234. [rec.] G. Williams: Świętość życia a prawo karne. Warszawa 1960. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1960, 9, 4, 279-280.
235. [rec.] The wonder of divine healing. Evesham 1958. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1960, 9, 6, 471-472.

1961

236. A może by tak po polsku? Służ. Zdr., 1961, 13, 19, 3.
237. Etyka lekarska w wypowiedziach lekarzy polskich XIX wieku. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1961, 10, 5, 337-345.
238. Jeszcze raz w sprawie neologizmów i łaciny. Służ. Zdr., 1961, 13, 27, 4.
239. Komisje dyscyplinarne dla młodzieży akademickiej. Służ. Zdr., 1961, 13, 18, 6.
240. Nieszczęsne doktoraty. Służ. Zdr., 1961, 13, 4, 4.
241. Propedeutyka medycyny. Wstęp do studiów lekarskich. Podręcznik dla studentów I roku wydziałów lekarskich akademii medycznych. PZWL, Warszawa 1961, 271.
242. Przyszłość medycyny. Argumenty, 1961, 5, 10, 1 i 5.
243. Wykład akademicki. Służ. Zdr., 1961, 13, 1, 6; toż: Nowy Medyk, 1961, 9, 4, 1-2.
244. Zaufanie do lekarzy. Argumenty, 1961, 5, 13, 1 i 8-9.
245. [rec.] R. H. Blum: The management of the doctor - patient relationship. New York 1960. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1961, 10, 10, 697-698.
246. [rec.] K. Borzęcki, Z. Woźniowski: Polska fraszka i satyra medyczna. Warszawa 1961. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1961, 10, 3, 177-178; toż: Służ. Zdr., 1961, 13, 8, 2.
247. [rec.] L. Krzeska: Kanada pachnąca medycyną. Warszawa 1961. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1961, 10, 9, 614-616.
248. [rec.] M. Łążyński: Sto lat bez mała. Wspomnienia lekarza z lat 1869-1956. Warszawa 1961. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1961, 10, 3, 175-176.
249. [rec.] T. Regau: Medizin auf Abwegen. München 1960. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1961, 10, 11, 789-791.
250. [rec.] Wielki patriota i wielki chirurg. Służ. Zdr., 1961, 13, 48, 4. Rec. pracy: S. Sokół: Ludwik Rydygier (1850-1920). Warszawa 1961.
251. [rec.] M. Le Yaouanc: Nosographie de l'humanité Balzacienne. Paris 1959. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1961, 10, 1, 6-7.

1962

252. Asklepios i Higiea. (Felieton ponury, pseudohellenistyczny). Argumenty, 1962, 6, 12, 9.
253. Byłem wasalem jestem feudałem. Feudałowie i wasale. Polityka, 1962, 46, 5.
254. Czy można tolerować chorych na gruźlicę w społeczeństwie? Służ. Zdr., 1962, 14, 23, 2.
255. Myśli na temat zbrodni i wyroku w Liège. Argumenty, 1962, 6, 51, 5.
256. Nie grozić - nie komenderować. Służ. Zdr., 1962, 14, 15, 3.
257. O medycynie polskiej w świecie nadal głucho. Służ. Zdr., 1962, 14, 12, 2.
258. O mówieniu chorym prawdy. Służ. Zdr., 1962, 14, 1, 3.
259. Propedeutyka medycyny. Wstęp do studiów lekarskich. Podręcznik dla studentów I roku wydziałów lekarskich akademii medycznych. Wyd. 2. PZWL, Warszawa 1962, 271.
260. Przedmowa do wydania polskiego. [W:] R. Dubos: Miraże zdrowia. Utopie, postęp i zmiany biologiczne. Warszawa 1962, V-XI.
261. Przestępcy czy bohaterzy? (Lekarze - więźniowie sabotażyści z Dachau). Argumenty, 1962, 6, 42, 1 i 8.
262. Przymus operacyjny w interesie społecznym? Służ. Zdr., 1962, 14, 20, 2.
263. Skazani na ubóstwo? Służ. Zdr., 1962, 14, 16, 4.

264. Widzieć we właściwych wymiarach. (Nad projektem ustawy o zawodzie lekarza). Tryb. Ludu, 1962, 320, 4.
265. [tłum.] R. Dubos: Miraże zdrowia. Utopie, postęp i zmiany biologiczne. Przeł. z ang. ... Warszawa 1962, 251.
266. [rec.] Arzt und Philosophie. Berlin 1961. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1962, 11, 9/10, 613-615.
267. [rec.] R. M. Cunningham: Hospitals, doctors and dollars. New York 1961. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1962, 11, 9/10, 615-616.
268. [rec.] A. V. Hill: The ethical dilemma of science and other writings. New York 1960. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1962, 11, 3, 186-188.
269. [rec.] J. Marshall: The ethics of medical practice. London 1960. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1962, 11, 2, 91-93.
270. [rec.] Sympozjum współczesnej medycyny. Osiągnięcia ostatnich lat w różnych dziedzinach medycyny. T. 1. Pr. zbior. pod red. W. Rudowskiego i M. Tulczyńskiego. Warszawa 1961. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1962, 11, 2, 93-95.
271. [rec.] V. Weizsaecker von, D. Wyss: Zwischen Medizin und Philosophie. Göttingen 1957. Biul. Gł. Bibl. Lek.; 1962, 11, 3, 185-186.
272. [rec.] Zapobieganie, rozpoznawanie i leczenie gruźlicy w otwartym lecznictwie. Wyd. 2, uzup. i rozsz. Pr. zbior. pod red. S. Hornunga. Warszawa 1962. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1962, 11, 6, 444-445.

1963

273. Czyja wina? Argumenty, 1963, 7, 20, 1 i 6-7.
274. Czynniki psychiczne w zdrowiu i chorobie. Streszcz. Przegl. Lek., 1963, 19, 10, 395. (Wspólnie z T. Bilikiewiczem).
275. Doktor doktorowi nierówny. Służ. Zdr., 1963, 15, 46, 1-2; tamże: 47, 3-4.
276. Dr Louis Vauthier (1887-1963). Służ. Zdr., 1963, 15, 20, 2.
277. Gruźlica płuc po czterdziestce. Zdrowie, 1963, 15, 8, 4-5.
278. Podsumowanie obrad XIV Ogólnopolskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego w Lublinie. Gruźlica, 1963, 31, 6, 763-764.
279. Problem niepotrzebnego cierpienia. (O niepotrzebnym cierpieniu, rodzonym przez postępy nauk medycznych). Stud. Filoz., 1963, 2, 113-125.
280. Zagadnienia etyczne i deontologiczne związane z ubocznym działaniem leków. Biul. Inst. Leków. 1963, 10, 3, 302-311.
281. [rec.] M. Bircher-Benner: Vom Werden des neuen Arztes. 4 Aufl Bern 1963. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1963, 12, 7/8, 411-412.
282. [rec.] J. L. Bory: Eugène Süe le roi du roman populaire. Paris 1962. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1963, 12, 7/8, 409-411.
283. [rec.] P. Chauchard: L'humanisme et la science. Paris 1961. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1963, 12, 6, 334-335
284. [rec.] E. Huant, A. Dussert: Les maladies de notre société. Paris 1961. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1963, 12, 7/8, 408-409.
285. [rec.] A. Jores: Die Medizin in der Krise unserer Zeit. 2 Aufl. Bern 1961. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1963, 12, 6, 335-337.
286. [rec.] J. Ch. Sournia: Logique et morale du diagnostic. Paris 1961. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1963, 12, 7/8, 407-408.
287. [rec.] P. Vallery-Radot: Médecine d'hier et d'aujourd'hui. Paris 1962. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1963, 12, 11/12, 670-671.
288. [wypow.] Czy kryzys medycyny współczesnej? Więź, 1963, 6, 4, 38-39, 44-45, 46-47, 47-48, 52.

1964

289. A propos de l'exercice de la médecine en Pologne. Bull. Acad. Nat. Méd. 3-e sér., 1964, 21/22, 424-425.
290. Czynniki psychiczne w zdrowiu i w chorobie. Zdr. Publ., 1964, 1/2, 19-28. (Wspólnie z T. Bilikiewiczem).
291. Hamilton i św. Apolonia. Służ. Zdr., 1964, 16, 18, 2.

292. Obowiązek każdego lekarza. Służ. Zdr., 1964, 16, 11, 1 i 3.
293. Przeciw społeczeństwu. Służ. Zdr., 1964, 16,20, 3; toż: Argumenty, 1964, 8, 19, 3.
294. Przedmowa do wydania polskiego. [W:] A. A. Hutschnecker: Chęć życia. Warszawa 1964, 7-15.
295. Rok akademicki 1944/1945. Służ. Zdr., 1964, 16, 18, 4.
296. Ubezpieczenie człowieka z punktu widzenia etyki lekarskiej. Echa sprawy Dohrna. Prawo i Życie, 1964, 4, 1.
297. [rec.] The control of tuberculosis. Geneva 1963. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1964, 13, 10, 724-725.
298. [rec.] R. Kourilsky: Les principes d'enseignement de la médecine à l'université de New York. Paris 1963. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1964, 13, 6, 444-445.
299. [rec.] E. Kretschmer: Gestalten und Gedanken. Stuttgart 1963. Arch. Hist. Med., 1964, 27, 1/2, 181-182.
300. [rec.] A. Mitscherlich, F. Mielke: Nieludzka medycyna. Dokumenty procesu norymberskiego przeciwko lekarzom. Warszawa 1963 Biul. Gł. Bibl. Lek., 1964, 13, 2, 86-88.
301. [rec.] Sympozjum współczesnej medycyny. Osiągnięcia ostatnich lat w różnych dziedzinach medycyny. T. 3. Pr. zbior. pod red. W. Rudowskiego i M. Tułczyńskiego. Warszawa 1964. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1964, 13, 11/12, 816-818.
302. [red.] A. A. Hutschnecker: Chęć życia. Red. nauk. ... PZWL, Warszawa 1964, 308.
303. [wypow.] Człowiek i medycyna. Argumenty, 1964, 8, 12, 1 i 12.

1965

304. Elementy etiologii gruźlicy człowieka. PZWL, Warszawa 1965, 118.
305. Jedność nauki i neo-antropocentryzm. Wykład na wspólnej inauguracji wyższych uczelni Trójmiasta w dniu 1.X.1964 r. w Teatrze Wybrzeże. Gd. Zesz. Hum., 1964 [druk 1965], 7, 12, 283-291.
306. Przedmowa do wydania polskiego. [W:] L. W. Dawydowski: Zagadnienie przyczynowości w medycynie. <Etiologia>. Warszawa 1965, 3-6.
307. Wprowadzenie. [40-lecie pracy prof. S. Hornunga] Gruźlica, 1965, 33, 12, 1257-1258.
308. [tłum.] Teksty deontologiczne. 5. Zalecenia dotyczące badań naukowych wykonywanych na człowieku. Deklaracja Helsińska. Światowe Stowarzyszenie Lekarskie (czerwiec 1964). [tł. z fr. ...] Biul. Gł. Bibl. Lek., 1965, 14, 10, 813-815.
309. [rec.] T. Bilikiewicz: Psychoterapia w praktyce ogólnolekarskiej. Warszawa 1964. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1965, 14, 5, 402-404.
310. [rec.] E. Brossolet: Le Médecine et l'euthanasie. Paris 1963. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1965, 14, 7/8, 573-575.
311. [rec.] Gruźlica. Pod red. W. Jaroszewicz. Warszawa 1964. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1965, 14, 5, 396-397.
312. [rec.] Man and his future. London 1963. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1965, 14, 4, 290-292.
313. [rec.] La préparation du médecine à son travail dans la collectivite. Copenhague 1963. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1965, 14, 3, 198-200.
314. [rec.] J. Rock: The time has come. London 1963. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1965, 14, 7/8, 572-573.
315. [rec.] J. Rostand: Biologie et humanisme. Paris 1964. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1965, 14, 9, 716-717.
316. [rec.] Sozialismus und ärztliche Pflichten. Leipzig 1964. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1965, 14, 3, 197-198.
317. [rec.] J. P. Valabrega: La relation thérapeutique. Paris 1962. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1965, 14, 3, 196.

1966

318. Deontologia - zaniedbana dyscyplina lekarska. Pol. Tyg. Lek., 1966, 21, 34, 1325-1327.
319. Medycyna. [W:] Wielka encyklopedia powszechna PWN. T. 7. Warszawa 1966, 171-174.
320. III Światowy Kongres w sprawie kształcenia lekarzy. Służ. Zdr., 1966, 51/52, 8.
321. [konsult. nauk.] B. Neuman: Słownik lekarski francusko-polski. Konsultacja nauk. ... PZWL, Warszawa 1966, 645.
322. [rec.] J. Aleksandrowicz, S. Cwynar: Relaks. Warszawa 1966. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1966, 15, 12, 1025-1027.

323. [rec.] T. Bilikiewicz: Psychoterapia w praktyce ogólnolekarskiej. Wyd. 2. Warszawa 1966. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1966, 15, 10, 840-841.
324. [rec.] M. Carré: Quelle médecine voulez-vous? Paris 1964. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1966, 15,3, 203-204.
325. [rec.] M. Koreywo: Medycyna dzisiejsza. Warszawa 1966. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1966, 15,9, 748-749.
326. [rec.] Le médecin face à ses devoirs et à ses droits. Paris 1964. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1966, 15, 6, 503-504.
327. [rec.] L. Portes: A la recherche d'une éthique médicale. Paris 1964. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1966, 15, 9, 725-726.
328. [rec.] J. Sawicki: Przymus leczenia, eksperyment, udzielanie pomocy i przeszczep w świetle prawa. Wyd. 2. Warszawa 1966. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1966, 15, 12, 1023-1025.
329. [członek kom. red.] Gdańskie Zeszyty Humanistyczne. Ser. Filozofia. Gdańsk 1965 R. 8 - 1966 R. 9.

1967

330. Anonimowy przyjaciel. Służ. Zdr., 1967, 18, 8.
331. II Światowy Kongres na temat szkolenia lekarzy. Probl. Uczelni, 1967, 2, 2, 69-73.
332. Medycyna - ekonomia. Myśli neurasteniczne spisane późną nocą. Argumenty, 1967, 11, 17, 1 i 5.
333. O kulturze współżycia. Wśród ludzi. Argumenty, 1967, 11, 14, 1 i 5.
334. Pozakongresowe wrażenia z Indii. Służ. Zdr., 1967, 1, 8.
335. Propedeutyka medycyny. Wstęp do studiów lekarskich. Wyd. 3 zm. i uzup. PZWL, Warszawa 1967, 308.
336. Propedeutyka medycyny. Wwedenie w medyczne nauki. „Medicina”, Moskwa 1967, 166.
337. Przedmowa do wydania polskiego. [W:] O problemie przyczynowości w medycynie. Pod red. M. G. Sirotkiny. Przekł. opiniował... Warszawa 1967, 3-4.
338. Samobójstwo. Argumenty, 1967, 11,48, 1 i 5.
339. Zdrowie na rozkaz. Argumenty, 1967, 11, 21, 1 i 9.
340. [rec.] M. Bouteiller: Médecine populaire d'hier et d'aujourd'hui. Paris 1966. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1967, 16, 6, 495-496.
341. [rec.] Ethics in medical progress: with special reference to transplantation. London 1966. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1967, 16, 7/8, 583-584.
342. [rec.] Etiemble: Le jargon des sciences. Paris 1966. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1967, 16, 11/12, 916-917.
343. [rec.] A. Galinat: Współczesna cywilizacja a zdrowie człowieka. Warszawa 1967. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1967, 16, 11/12, 915.
344. Gruźlica. Pod red. W. Jaroszewicz. Wyd. 2. Warszawa 1966. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1967, 16, 7/8, 599-600.
345. [rec.] L. Kreuz: Begegnungen mit Aphrodite. Stuttgart 1966. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1967, 16, 3, 228-229.
346. [rec.] Przegląd Lekarski. Kraków 1967 R. 23 nr 1: Oświęcim. Siódmy zeszyt poświęcony zagadnieniom lekarskim okresu hitlerowskiej okupacji. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1967, 16,7/8, 584-586.
347. [rec.] H. Selye: Od marzenia do odkrycia naukowego. Warszawa 1967. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1967, 16, 6, 493-494.
348. [rozm.] Nim będzie za późno. Rozm. przepr. D. Zabłocka, E. Gonczarski. Argumenty, 1967, 11, 41, 1 i 4.

1968

349. Co pan radzi panie doktorze? Ogólne zasady korzystania z pomocy lekarskiej. PZWL, Warszawa 1968, 45. Zdrowie dla wszystkich.
350. Gdańsk 31-00-00. Służ. Zdr., 1968, 16, 3. (Wspólnie z M. Skowrońskim).
351. Planned parenthood. Pol. Perspect., 1968, 11, 1, 41-45.
352. Prognoseologia medyczna. Służ. Zdr., 1968, 14, 8.
353. Przedmowa do wydania polskiego. [W:] Zagadnienia metodologiczne medycyny współczesnej. Pod red. G. J. Caregorodcewa. Przekł. opiniował... Warszawa 1968, 3-5.

354. [tłum.] Teksty deontologiczne. 6. Etyczne wskazania przewodnie co do badań klinicznych. [tł. z ang. ...] Biul. Gł. Bibl. Lek., 1968, 17, 1, 1-3.
355. [rec.] Ch. Bernadac: Les médecins maudits. Paris 1967. Arch. Hist. Med., 1968, 31, 3/4, 494-496.
356. [rec.] The changing mores of biomedical research. Ann. Int. Med., 1967, 67, 3 suppl. 7, P. 2. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1968, 17, 1, 4-5.
357. [rec.] Decision making in national science policy. London 1968. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1968, 17, 4, 301-302.
358. [rec.] Geschichte der Medizin. Hrsg. A. Mette, I. Winter. Berlin 1968. Arch. Hist. Med., 1968, 31, 3/4, 484-496.
359. [rec.] D. Kerner: Arzt-Dichter. Lebensbilder aus fünf Jahrhunderten. Stuttgart 1967. Arch. Hist. Med., 1968, 31, 1, 127-128.
360. [rec.] Ostatnia książka J. Sawickiego. Służ. Zdr., 1968, 10, 3. Rec. pracy: J. Sawicki: W kręgu starych i nowych konfliktów. Warszawa 1967.
361. [rec.] G. A. Picard: La réglementation des études médicales en France. Paris 1967. Arch. Hist. Med., 1968, 31, 2, 285-286.
362. [rec.] E. -G. Schenck: Das menschliche Elend im 20. Jahrhundert. Herford 1965. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1968, 17, 7/8, 568-570.
363. [rec.] La science biomédicale devant le dilemme de l'expérimentation sur l'homme. Paris 1967. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1968, 17, 3, 200-201.
364. [rec.] W. Theopold: Schiller. Sein Leben und die Medizin im 18. Jahrhundert. Stuttgart 1964. Arch. Hist. Med., 1968, 31, 1, 125-127.
365. [wypow.] Szansa na nieśmiertelność. Litera, 1968, 7, 3, 4-6.

1969

366. Gruźlica a alkoholizm. Służ. Zdr., 1969, 49, 6.
367. Precedens. Służ. Zdr., 1969, 39, 4.
368. Przedwczesna demobilizacja. Służ. Zdr., 1969, 28, 3.
369. [tłum.] Teksty deontologiczne. 7. Deklaracja z Sydney. Komunikat na temat śmierci przyjęty przez 22 Zebranie Światowego Stowarzyszenia Lekarzy - sierpień 1968. Tł. z ang. ... Biul. Gł. Bibl. Lek., 1969, 18, 1, 1-2.
370. [rec.] R. Baud: La pilule: échec au roi! Paris 1968. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1969, 18, 2, 103-104.
371. [rec.] M. Gelfand: Philosophy and ethics of medicine. London 1968. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1969, 18, 9, 671-672.
372. [rec.] Gruźlica. Pod red. W. Jaroszewicz. Wyd. 3 popr. i uzup. Warszawa 1968. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1969, 18, 2, 108-109.
373. [rec.] K. Hirszel: Lekarze ftizjatrzy. Wrocław 1969. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1969, 18, 10, 769-770.
374. [rec.] L'homme et son avenir 1968. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1969, 18, 2, 101-102.
375. [rec.] K. Ch. Hutchin: Mąż też człowiek. Wyd. 2. Warszawa 1969. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1969, 18, 7/8, 598-599.
376. [rec.] E. F. Lefort: Esculape et les siens. Paris 1968. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1969, 18, 7/8, 573.
377. [rec.] Die Wissenschaften und die Wahrheit. Hrsg. K. Ulmer. Stuttgart 1966. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1969, 18, 9, 672-674.
378. [wypow.] Problem widziany oczyma lekarza. Nauka i odpowiedzialność. Kultura, 1969, 27, 8.

1970

379. Odpowiedzialność uczonych. Dylemat współczesnej nauki. Wiedza Powszechna, Warszawa 1970, 138. Omega 176.
380. Posłowie do wydania polskiego. [W:] K. Pollak: Uczniowie Hipokratesa. Warszawa 1970, 331-335.
381. Prof. Debre o buntach młodzieży. Służ. Zdr., 1970, 30, 8.
382. Rewizja Hipokratesa. Argumenty, 1970, 14, 30, 1 i 10.

383. Walka z gruźlicą na Ziemi Gdańskiej w powojennym XXV-leciu. [W:] Drogi medycyny społecznej. Medycyna i służba zdrowia w XXV-leciu Ziemi Gdańskiej 1945-1970. Gdańsk 1970, 101-197. (Wspólnie z T. Gwoździewicz).
384. Wspomnienie o profesorze. [p. Groer] Służ. Zdr., 1970, 33, 3.
385. [konsult. nauk.] B. Neuman: Słownik lekarski francusko-polski. Konsultacja nauk. ... Wyd. 2. popr. i uzup. PZWL, Warszawa 1970, 703.
386. [rec.] A. Barlovatz: Rationaliser la médecine. Paris 1969. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1970, 19,7/8, 506-507.
387. [rec.] J. Charvat, C. McGuire, V. Parsons: Etude sur la nature et le rôle des examens dans l'enseignement médical. Genève 1970. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1970, 19, 7/8, 507.
388. [rec.] Dokument czasu zła. Służ. Zdr., 1970, 10, 8. Rec: pracy: Przegląd Lekarski. Kraków 1970, R. 26 nr 1: Oświęcim. Dziesiąty zeszyt poświęcony zagadnieniom lekarskim okresu hitlerowskiej okupacji.
389. [rec.] R. Dubos: Człowiek, środowisko, adaptacja. Warszawa 1970. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1970, 19, 9, 607-609.
390. [rec.] S. Laskownicki: Szpada, bagnet, lancet. Moje wspomnienia. Wrocław 1970. Arch. Hist. Med., 1970, 33, 2, 307-308.
391. [rec.] Le Médecine face aux risques et à la responsabilité. Paris 1968. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1970, 19, 5/6, 392-393.
392. [rec.] The modern university. Stuttgart 1969. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1970, 19,5/6,390-392.
393. [rec.] Reflections on research and the future of medicine. New York 1967. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1970, 19, 2, 107-108.
394. [rec.] W. M. Rzepecki: Skalpel ma dwa ostrza. Wrocław 1970. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1970,19, 3, 200-202.
395. [rec.] J. H. Young: The medical messiahs. Princeton 1969. Arch. Hist. Med., 1970, 33, 1, 131-134.
396. [rozm.] Badacze, ich moralność i odpowiedzialność. Rozm. przepr. T. Bolduan. Litery, 1970, 9, 8, 14-17.

1971

397. Co pan radzi panie doktorze? Ogólne zasady korzystania z pomocy lekarskiej. Wyd. 2. PZWL, Warszawa 1971, 45. Zdrowie dla wszystkich.
398. Dr Włodzimierz Leśniewski. Służ. Zdr., 1971, 12, 2.
399. Krwioplucie i krwotok płucny. Zdrowie, 1971, 23, 9, 4-5.
400. Motywy desperackiego kroku. Służ. Zdr., 1971, 38, 3.
401. Psychoprofilaktyka śmierci. Leczenie terminalne. 3. Służ. Zdr., 1971, 36,3.
402. W domu, czy w szpitalu? Leczenie terminalne. Służ. Zdr., 1971, 34, 3.
403. Z okupowanego Lwowa. Przegl. Lek., 1971, 27, 1, 109-113.
404. Zakład im. św. Krzysztofa w Londynie. Leczenie terminalne. 2. Służ. Zdr., 1971, 35, 3.
405. Zawodowa etyka lekarska – rozważania na temat kilku aktualnych zagadnień, [W:] Etyka zawodowa, pod red. A. Sarapaty, Książka i Wiedza, Warszawa 1971, 174-191.
406. [tłum.] Teksty deontologiczne. Dyrektywy dotyczące rozpoznania śmierci, ustalone przez Szwajcarską Akademię Nauk Medycznych (1969). Tł. z fr... Biul. Gł. Bibl. Lek., 1971, 20, 1, 1-2.
407. [rec.] Choroby układu oddechowego. Pod red. L. Deloffa. Warszawa 1971. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1971, 7/8, 450-453.
408. [rec.] Correspondence of Pasteur and Thuillier concerning anthrax and swine fever vaccinations. Birmingham 1968. Arch. Hist. Med., 1971, 34, 3/4, 470-471.
409. [rec.] A. Dawidowicz: Zdrowie ludzkie w czasie i przestrzeni. Warszawa 1970. Pol. Tyg. Lek., 1971, 26, 13, 491-492.
410. [rec.] J. N. Maillard, J. P. Benhamou: L'article médical. Paris 1970. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1971, 20, 2, 96-97.
411. [rec.] Medizinhistorische Reisen. Bd I. Paris. Hrsg. E. Seidler. Stuttgart 1971. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1971, 20, 7/8, 442-443.
412. [rec.] Stan medycyny polskiej w opinii towarzystw lekarskich. Warszawa 1971. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1971,20, 10, 614-615.

413. [rec.] P. Stringer: Ethics and judgement in surgery and medicine. London 1970. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1971,20, 6, 359.
414. [rec.] Zmora dwudziestego wieku: rak. Nowe Książ. 1971, 17, 1165-1166. Rec. pracy: E. Bäuml: Na tropach raka. Warszawa 1971.

1972

415. Cała prawda o gruźlicy płuc. PZWL, Warszawa 1972, 103. Zdrowie dla wszystkich. (Wspólnie z K. Szeleżyńskim).
416. Le droit à la santé et le droit d'être malade. Bull. Acad. Nat. Med., 1972, 156, suppl., 48-50.
417. Leczenie terminalne. Pol. Tyg. Lek., 1972, 27, 3, 81-83.
418. Prawo do choroby. Polska, 1972, 6, 3-4 oraz w mutacjach: ameryk. Poland nr 8, ang. Poland nr 6, fr. La Pologne nr 6, niem. Polen nr 6.
419. Prawo odmowy wykonania zlecenia. Służ. Zdr., 1972, 4, 1 i 3.
420. [rec.] The history of medical education. Ed. C.D.O'Malley. UCLA Forum Med. Sci., 1970, 12. Los Angeles 1970. Arch. Hist. Med., 1972, 35, 3, 375-377.
421. [rozm.] Czy gruźlica przemija? Rozm. przepr. I. Szenkowa. Służ. Zdr., 1972,49, 1 i 4.

1973

422. Antoni Cieszyński i Ludwik Czugała. Służ. Zdr., 1973, 43, 4.
423. Artysta, erudyta, znakomity lekarz – ale przede wszystkim dobry człowiek [W:] Franciszek Groer – życie i działalność. Red. H. Krukowska. PZWL, Warszawa 1973, 84-88.
424. Czy kryzys medycyny? Tyg. Mor., 1973, 51, 5.
425. Eutanazja a kakotanazja. Prawo i Życie, 1973, 6, 6-7.
426. Health service in Poland. Pol. Med. Publ., Warsaw 1973, 137. (Wspólnie z Z. Ehrmannem, J. Kamińskim, A. Leligdowiczem, T. Roźniatowskim, H. Tarchalską).
427. Kierowca. Sir Aleksander Fleming. Kelner. [Fragm. książki „Spotkania”]. Służ. Zdr., 1973, 42, 4.
428. Kilka pojęć mylnych i kilka prawd. Służ. Zdr., 1973, 5, 8.
429. Magnificencje. Spisane wiernie. Służ. Zdr., 1973,48, 4.
430. Między chorym i lekarzem. O potrzebie rehumanizacji medycyny. Polska, 1973, 10, 17 oraz w mutacjach ameryk. Poland nr 12, ang. Poland nr 10, fr. La Pologne nr 10, niem. Polen nr 10.
431. Niobe lat czterdziestych. Spisane wiernie. Służ. Zdr., 1973, 50, 5.
432. O tak zwanej eutanazji dobrowolnej. Pol. Tyg. Lek., 1973, 28, 24, 922-923. (Wspólnie z R. Tybuszem, K. B. Ruszel).
433. O zjazdach naukowych - po sezonie. Służ. Zdr., 1973,45, 3.
434. Pacjenci. Spisane wiernie. Służ. Zdr., 1973, 51/52, 11.
435. Propedeutyka medycyny. Wstęp do studiów lekarskich. Wyd. 4 zm. i rozsz. PZWL, Warszawa 1973, 311.
436. Przedmowa do wydania polskiego. [W:] R. Dubos: Tyle człowieka co zwierzęcia. Warszawa 1973, VII-XI.
437. Rozmyślenia o przemijaniu. Wiedza Powszechna, Warszawa 1973, 131. Omega 240.
438. Samobójstwo. Problemy, 1973, 12, 20-24.
439. Trzej Niemcy w mojej ordynacji. Spisane wiernie. Służ. Zdr., 1973, 46, 4.
440. [rec.] I. Desi: Das geheimnisvolle Gehirn. Budapest 1973. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1973,22, 10, 450.
441. [rec.] J. Fry: Medycyna w Związku Radzieckim, Stanach Zjednoczonych i Wielkiej Brytanii. Warszawa 1972. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1973, 22, 8/9, 337-339.
442. [rec.] La formation des chercheurs en sciences médicales. Genève 1973. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1973, 22, 8/9, 335-337.
443. [rec.] Repertoire mondial des écoles de santé publique, 1971. Genève 1973. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1973, 22, 10, 429-430

1974

444. Choroby naszych czasów. Niepokoje medycznych futurologów. Tyg. Mor., 1974, 18, 10.
445. Doktor Johann Gall. Służ. Zdr., 1974, 1, 5.
446. Eutanatologia, czyli nauka o dobrej śmierci. Problemy, 1974, 6, 14-18.
447. Gruźlica nie całkiem pokonana. Problemy, 1974, 4, 13-16.
448. Heroina w terapii nieuleczalnie chorych. Pol. Tyg. Lek., 1974, 29, 26, 1129-1130.
(Wspólnie z R. Tybuszem, K. Ruszel).
449. Kazimierz Bocheński - René Leriche. Spisane wiernie. Służ. Zdr., 1974, 7, 4.
450. Lekarz w obliczu ludzkiego cierpienia. Problemy, 1974, 12, 10-14.
451. Niepokoje medycznych futurologów. Tyg. Mor., 1974, 12, 6.
452. O człowieku doskonałym. Polska, 1974, 6, 28-29 i 34 oraz w mutacjach ameryk. Poland nr 8, ang. Poland nr 6, fr. La Pologne nr 6, niem. Polen nr 6.
453. Ryzyko, nadzieje, katastrofy. Tyg. Mor., 1974, 22, 10.
454. Styl życia. Przemiany życia, przemiany wartości. Argumenty, 1974, 24, 3. .
455. Zdrowie człowieka. Człow. i Nauka, 1974, 164-175.
456. [tłum.] K. Engelhardt: Pacjent w swojej chorobie. Tł. z niem. i wstępem zaopatrzył... PZWL, Warszawa 1974, 164.
457. [rec.] L. Deloff, D. Szymańska: Patogeneza i patomorfologia gruźlicy. Warszawa 1974. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1974, 23, 9/10, 555-556.
458. [rec.] F. K. Kaul: Nazimordaktion. T. 4. Ein Bericht über die erste industriermässig durchgeführte Mordaktion des Naziregimes. Berlin 1973. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1974, 23, 7/8, 462-464.
459. [rec.] S. Klonowicz: Praca umysłowa. Warszawa 1974. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1974, 23, 7/8, 464-466.
460. [rec.] W. Krzemińska: Literatura piękna a zdrowie psychiczne. Warszawa 1973. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1974, 23, 11/12, 663-664.
461. [rec.] T. Majewski: Niewidomi wśród nas. Warszawa 1973. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1974, 23, 6, 379-381.
462. [rec.] Y. Temon, S. Helman: Eksterminacja chorych psychicznie w III Rzeszy. Od teoretyków narodowosocjalistycznych do praktyków z SS. Warszawa 1974. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1974, 23, 11/12, 655-657.
463. [rec.] Y. Temon, S. Helman: Historia medycyny SS, czyli mit rasizmu biologicznego. Warszawa 1973. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1974, 23, 9/10, 567-569.
464. [rec.] Wątpliwości nad książką o śmierci. Problemy, 1974, 2, 70. Rec. pracy: Człowiek wobec śmierci. [Aut.] A. Toynbee [i in.]. Warszawa 1973.
465. [rozm.] Czy stress sprzyja chorobom? Rozm. przepr. E. Nowakowska. Kierunki, 1974, 15, 5 i 9.
466. [rozm.] O przemijaniu, samotności i nadziei. Rozm. przepr. M. Woźniak. Tyg. Mor., 1974, 37, 1 i 4.
467. [rozm.] Śmierć i cierpienie. Rozm. przepr. A. A. Sibiela. Argumenty, 1974, 46, 1 i 4-5 i 12-13.

1975

468. Czy lekarze kłamią? Mała filozofia medycyny. Czas, 1975, 19, 18.
469. Granice ludzkiego działania. Mała filozofia medycyny. Czas, 1975, 25, 13.
470. Mała filozofia medycyny. Czas, 1975, 5, 18.
471. Medyczne i moralne problemy umierania i śmierci. Etyka 1975, 14, s. 97-106.
472. O potrzebie wykształcenia ogólnokulturowego i humanistycznego studentów medycyny. Kwart. AM Warsz., 1975, 7, 1, 21-26.
473. Pielęgniarstwo - zawód czy powołanie? Problemy, 1975, 8, 2-6.
474. Przeciw cierpieniu. Argumenty, 1975, 36, 1 i 6-7.
475. Przedmowa do wydania polskiego. [W:] Śmierć i umieranie. Postępowanie z człowiekiem umierającym. Wyd. 2. Warszawa 1975, VII-XI.
476. Requiem dla groźnego zabójcy? [Gruźlica]. Czas, 1975, 46, 21.
477. Psychoterapia terminalna. Probl. Dydak. Med., 1975, 3, 81-90.
478. Rozmowa. Mała filozofia medycyny. Czas, 1975, 33, 9.

479. Umierając - cierpieć mniej. *Życie Lit.*, 1975, 42, 11.
480. (konsult. nauk.] B. Neuman: Słownik lekarski polsko-francuski. Konsultacja nauk. ... PZWL, Warszawa 1975, 562.
481. [rec.] Analyse de programme: L'éducation pour la santé. Genève 1974. *Biul. Gł. Bibl. Lek.*, 1975, 24, 5/6, 242-243.
482. [rec.] M. Brooke: Utilisations actuelles et futures des registres dans les systems d'information sanitaire. Genève 1974. *Biul. Gł. Bibl. Lek.*, 1975, 24, 5/6, 243-244.
483. [rec.] Foschen. Vorgeugen, Heilen. Hrsg. R. Lothar, A. Thom. Berlin 1974. *Biul. Gł. Bibl. Lek.*, 1975, 24, 7/8, 347-349.
484. [rec.] A. Galinat: Człowiek dawniej i dziś. Warszawa 1975. *Biul. Gł. Bibl. Lek.*, 1975, 24, 3/4, 130-131.
485. [rec.] Gesunderhaltung, ein gesellschaftliches Problem in philosophischer, medizinischer, soziologischer und pädagogischer Sicht. Hrsg. H. Schwarz. Jena 1974. *Biul. Gł. Bibl. Lek.*, 1975, 24, 5/6, 244-245.
486. [rec.] A. Wieluński: Lekarskie światy. Warszawa 1975. *Biul. Gł. Bibl. Lek.*, 1975, 24, 3/4, 135-136.
487. [wypow.] Konferencja naukowa na temat „Współczesne trudności decyzji lekarskiej” z okazji XXX-lecia Akademii Medycznej w Lublinie 23.X.1974 r. *Pol. Tyg. Lek.*, 1975, 30, 33, 1377-1381; tamże 34, 1417-1420, 1412.
488. [rozm.] Entuzjazm jeszcze we mnie nie wygasł. Rozm. przepr. W. Łukasiewicz. *Dziennik Bałtycki* z 12-13 IV 1975.

1976

489. Anonimowy przyjaciel. *Polska*. 1976, 3, 45 i 52 oraz w mutacjach ameryk. *Poland* nr 5, ang. *Poland* nr 3, fr. *La Pologne* nr 3, niem. *Polen* nr 3.
490. Nie ma odwrotu. *Argumenty*, 1976, 44, 1 i 4.
491. O śmierci i o polskim obyczaju. *Problemy*, 1976, 8, 34-35.
492. O tzw. moralnym obowiązku pracy naukowej lekarzy. *Zdr. Pub.*, 1976, 87, 1, 69-71.
493. Prawda i pocieszanie. *Argumenty*, 1976, 51, 1 i 4-5.
494. Pytania o ludzkie życie. *Czas*, 1976, 21, 10 i 28.
495. Stanowienie o sobie. *Argumenty*, 1976, 22, 1 i 4-5.
496. W obronie wykładów akademickich. *Służ. Zdr.*, 1976, 51/52, 8.
497. [rec.] Création et organisation des écoles de médecine. Genève 1975. *Biul. Gł. Bibl. Lek.*, 1976, 25, 3/4, 123-124.
498. [rec.] Les effets du tabac sur la santé. Genève 1975. *Biul. Gł. Bibl. Lek.*, 1976, 25, 3/4, 134-136.
499. [rec.] Participation et santé. Sous la dir. de K. W. Newell. Genève 1975. *Biul. Gł. Bibl. Lek.*, 1976, 25, 3/4, 143-145.

1977

500. Antymedycyna za progiem. *Argumenty*, 1977, 46, 1 i 6-7.
501. Cudowne wyzdrowienia a medycyna współczesna. *Problemy*, 1977, 5, 21-24.
502. Gdański Anonimowy Przyjaciel. *Służ. Zdr.*, 1977, 49, 1 i 3.
503. Marzenia o idealnym lekarzu w idealnym społeczeństwie. [W:] Rola i pozycja lekarza w socjalistycznym społeczeństwie. Białystok 1977, 24-33.
504. Medical and moral problems of dying and death. Tł. z pol. A. Rodzińska. *Dial. Hum.*, 1977, 4, 3, 113-118.
505. Medycyna rajy nie przyrzeka. *Polska*, 1977, 8, 27-28 i 48 oraz w mutacjach amer. *Poland* nr 10, ang. *Poland* nr 8, fr. *La Pologne* nr 8, niem. *Polen* nr 8.
506. O potrzebie nauczania historii medycyny na wydziałach lekarskich. *Kwart. Hist. Nauki*, 1977, 22, 1, 123-127.
507. Przeciw samobójstwom. *Służ. Zdr.*, 1977, 31, 4.
508. [rec.] L'agent de santé communautaire. Guide d'action, guide de formation, guide d'adaptation. Genève 1977. *Biul. Gł. Bibl. Lek.*, 1977, 26, 9/10, 537-538.

509. [rec.] J. Aleksandrowicz, S. Cwynar, A. Szyszko-Bohusz: Relaks. Wskazówki dla lekarzy i pedagogów. Wyd. 2. Warszawa 1976. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1977, 26, 9/10, 538-539.
510. [rec.] H. Brody: Ethical decision in medicine. Boston 1976. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1977, 26, 7/8, 411-413.
511. [rec.] Contemporary marriage. Structure, dynamics and therapy. Ed. H. Grünebaum, J. Christ. Boston 1976. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1977, 26, 7/8, 413.
512. [rec.] M. Demel: Wysoko jak król Zygmunt. Życie i dzieło dra Stanisława Markiewicza. Warszawa 1977. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1977, 26, 9/10, 541-542.
513. [rec.] The dying patient. A supportive approach. Ed. R. E. Caughill. Boston 1976. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1977, 26, 7/8, 417-418.
514. [rec.] K. C. Hutchin: Nie zabijaj siebie samego. Warszawa 1976. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1977, 26, 9/10, 546-547.
515. [rec.] Międzynarodowa opieka medyczna. Pod red. J. Fry'a i W. J. Famdale'a. Warszawa 1976. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1977, 26, 9/10, 553-555.
516. [rec.] A. Nowaczyk, Z. Żołnowski: Logika i metodologia badań naukowych dla lekarzy. Warszawa 1974. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1977, 26, 3/4, 163-164.
517. [rec.] A. R. Parsi, D. Nelius: Der Student am Krankenbett. Berlin 1976. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1977, 26, 9/10, 563-564.
518. [rec.] A. Smith: Ciało. Wyd. 2. Warszawa 1976. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1977, 26, 9/10, 567-568.
519. [rec.] A. Tulczyński: Polskie lekarskie kodeksy deontologiczne. Warszawa 1975. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1977, 26, 3/4, 176-178.
520. [rec.] W. B. Werther, C. A. Lockhart: Labor relations in the health professions. Boston 1976. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1977, 26, 7/8, 436-437.
521. [rozm.] Thanatos. Rozm. przepr. W. J. Piasecki. Kamena, 1977, 1, 12-13.
522. [rozm.] Zawiedzione nadzieje? Rozm. przepr. R. Kałuża. Literatura, 1977, 24, 1 i 9-10.

1978

523. Cierpienie i szczęście. Proszę mnie wysłuchać, Doktorze.. Tryb. Ludu, 1978, 220, 6.
524. Człowiek i prawo do szczęścia. Argumenty, 1978, 37, 1 i 3.
525. Human life without pain? [W:] First Symposium: Pain and its treatment, Gdańsk, 21-22. 5. 1978, summ. 21.
526. Mój życiorys naukowy. Kwart. Hist. Nauki, 1978, 23, 3/4, 561-592.
527. Prawo człowieka do stanowienia o sobie. [W:] Człowiek w obliczu śmierci, z uwzględnieniem etyki marksistowskiej, granic i praw reanimacji. Krajowa Konferencja Lekarzy i Humanistów, Gdańsk, 10-11 maja 1976. Gdańsk 1978, 17-23.
528. Życie ludzkie bez bólu? Służ. Zdr., 1978, 23, 1 i 3.
529. [głos w dyskusji] [W:] Człowiek w obliczu śmierci, z uwzględnieniem etyki marksistowskiej, granic i praw reanimacji. Krajowa Konferencja Lekarzy i Humanistów, Gdańsk, 10-11 maja 1976. Gdańsk 1978, 139-140.
530. [wypow.] Jak rozumiem odpowiedzialność społeczeństwa za skuteczność walki z pijaństwem i alkoholizmem. Probl. Alkoh., 1978, 25, 10, 6 i 24.
531. [rozm.] Medycyna jest nauką humanistyczną. Rozm. przepr. A. Dmuchowska. Życie i Nowocz., 1978, 419, I-II. (Dod. do Życia Warsz.).

1979

532. Człowiek, jego ból, cierpienie i prawo do szczęścia. Człow. i Światop., 1979, 6, 82-87; toż: Służ. Zdr., 1979, 9, 1 i 4.
533. Konflikt zasad deontologicznych. Służ. Zdr., 1979, 35, 4.
534. Los uratowanych. Służ. Zdr., 1979, 41, 1 i 4.
535. Życie ludzkie bez bólu? Problemy, 1979, 3, 3 okł.
536. [rec.] L. S. King: Why not say it clearly. A guide to scientific writing. Boston 1978. Biul. Gł. Bibl. Lek., 1979, 28, 8, 713-714.

537. [rec.] Między życiem a śmiercią. Nowe Książ., 1979, 7, 26. Rec. pracy: H. Hašcovcová: Między życiem a śmiercią. Warszawa 1978.
538. [rozm.] Powrócić do swojego lekarza. Rozm. przepr. K. W. Kasprzyk. Życie Lit., 1979, 30, 1 i 4.

1980

539. Człowiek, jego ból, cierpienie i prawo do szczęścia. [W:] Człowiek, jego ból, cierpienie i prawo do szczęścia. II Krajowa Konferencja Lekarzy i Humanistów, Gdańsk, 11-12 grudnia 1978. Gdańsk 1980, 15-20.
540. Medycyna naukowa i uzdrowiciele. Argumenty, 1980, 38, 11 i 14.
541. Mutti (wydarzenie prawdziwe). Służ. Zdr., 1980, 15, 6.
542. Na zdrowy rozum... Wspomnienia z pierwszych lat budowy AM w Białymstoku. Służ. Zdr., 1980, 37, 1 i 4-5.
543. O czym zapomniała medycyna. Kierunki, 1980, 28, 5.
544. Paramedycyna. Kierunki, 1980, 14, 9.
545. Powstanie i organizacja Akademii Medycznej w Białymstoku. Wspomnienia pierwszego rektora. W 30 rocznicę powstania Akademii Medycznej w Białymstoku. Kwart. Hist. Nauki, 1980, 25, 2, 299-318.
546. Profesor Maurycy Roch i jego „Dialogi kliniczne”. Służ. Zdr., 1980, 41, 8.
547. Reaktywować Izby Lekarskie. Kierunki, 1980, 47, 5.
548. Rozmyślania o przemijaniu. Wyd. 3 uzup. Wiedza Powszechna, Warszawa 1980, 136. Omega 240.
549. „Telefony zaufania“ w profilaktyce samobójstw. Patol. Społ. Zapob., 1980, 8, 5-12.
550. Wprowadzenie do nauki o etyce i deontologii lekarskiej. [W:] Wybrane zagadnienia z etyki i deontologii lekarskiej. Pod red. Warszawa 1980, 7-15.
551. [Zakończenie obrad] [W:] Człowiek, jego ból, cierpienie i prawo do szczęścia. II Krajowa Konferencja Lekarzy i Humanistów, Gdańsk, 11-12 grudnia. Gdańsk 1980, 307-310.
552. [red.] Wybrane zagadnienia z etyki i deontologii lekarskiej. Pod red. ... PZWL, Warszawa 1980, 170.
553. [rozm.] Radości i smutki uczonego. Rozm. przepr. Cz. Curyłło. Argumenty 1980, 38, 37, 5.

1981

554. Leczyć należy do końca. (O umieraniu chorych w szpitalu). Probl. Rodz., 1981, 4, 26-29.
555. Od samobójstwa do samozagłady. Argumenty, 1981, 22, 1 i 12.
556. Trzej Niemcy w mojej ordynacji. Wydarzenia prawdziwe. Służ. Zdr., 1981, 11, 6.
557. [rec.] Apartheid i medycyna. Nowe Książ., 1981, 9, 47-48. Rec. pracy: Ch. Barnard, S. Stander: Odtrącenie. Warszawa 1980.
558. [rec.] Co to jest ból? Nowe Książ., 1981, 1, 89-90. Rec. pracy: T. Domżał: Ból. Warszawa 1980.
559. [rec.] Niedobry brat boga Hypnosa. Nowe Książ., 1981, 6, 25-26. Rec. pracy: J. Brehant: Thanatos. Chory i lekarz w obliczu śmierci. Warszawa 1980.
560. [rec.] O medycynie - inaczej. Nowe Książ., 1980, 24, 92-93. Rec. pracy: M. Sokołowska: Granice medycyny. Warszawa 1980.
561. [rec.] O polskiej medycynie - informacja dla świata. Nowe Książ., 1981, 8, 87-88. Rec. pracy: J. Żukowski: Polska myśl medyczna. Warszawa 1980.
562. [rec.] O seksie i obyczajach - poważnie, pięknie, kompetentnie. Nowe Książ., 1981, 12, 90-91. Rec. pracy: Seksuologia kulturowa. Pod red. K. Imielińskiego. Warszawa 1980.
563. [rec.] O trudach i kłopotach wieku dojrzenia. Nowe Książ. 1981, 18, 80-81. Rec. pracy: Zaburzenia psychiczne u młodzieży. Pod red. M. Orwid. Warszawa 1981.
564. [rec.] Opieka pielęgniarska. Nowe Książ., 1981, 14, 92-93. Rec. pracy: Z. L. Burrell, L. Owens Burrell: Postępowanie w stanach zagrożenia życia. Warszawa 1981.
565. [rec.] Plaga XX wieku, jedna z wielu. Nowe Książ., 1981, 7, 93-94. Rec. pracy: G. Mathé: Rak. Warszawa 1980.
566. [rec.] Psychoterapia przez uniwersytety dezawuowana. Nowe Książ., 1981, 15, 24-25. Rec. pracy: Psychologia w działaniu. Warszawa 1981.

567. [rec.] Różne są motywy dbania o własne zdrowie. *Nowe Książ.*, 1981, 2, 91-92. Rec. pracy: K. Wiśniewska-Roszkowska: *Asceza, moralność, zdrowie*. Warszawa 1980.
568. [rec.] M. Sokołowska: *Granice medycyny*. Warszawa 1980. *Probl. Rodz.*, 1981, 3, 50-51.
569. [rec.] Starość może być pogodna. *Nowe Książ.*, 1981, 10, 89-90. Rec. pracy: P. Tournier: *Pod wieczór życia*. Warszawa 1980.
570. [rec.] Swastyka i kadyceusz. *Nowe Książ.*, 1981, 22, 73-74. Rec. pracy: S. Sterkowicz: *Zbrodnicze eksperymenty medyczne w obozach koncentracyjnych Trzeciej Rzeszy*. Warszawa 1981.
571. [rec.] Wiedza medyczna dla wszystkich. *Nowe Książ.*, 1980, 9, 5-7. Rec. pracy: *Mała encyklopedia medycyny*. Red. T. Różniatowski. Warszawa 1979.
572. [rec.] Życie, kochać, rodzić - "zgodnie z naturą"? *Nowe Książ.*, 1981, 20, 74-76. Rec. prac: I. Trobisch: *Być kobietą*. Warszawa 1981; W. Fijałkowski: *Spotkania w szkole rodzenia*. Warszawa 1980; *Poród naturalny po przygotowaniu w szkole rodzenia*. Red. W. Fijałkowski. Warszawa 1981; *Kobieta, mężczyzna, dziecko*. Red. Z. Strenadel. Wyd. 2. Warszawa 1980; L. Pytel: *Co należy wiedzieć o ciąży, porodzie i połogu?* Wyd. 6. Warszawa 1980.

1982

573. *Od samobójstwa do samozagłady*. *Człow. i Światop.*, 1982, 10, 7-11
574. *Primum vivere, deinde philosophari*. *Argumenty*, 1982, 34, 4.
575. René Dubos (29.11.1901 - 20.11.1982). *Służ. Zdr.*, 1982, 10, 8.
576. *Wspomnienia z pierwszych lat budowy Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej*. *Kwart. Hist. Nauki*, 1982, 27, 3/4, 59-19.
577. *Z kazuistyki najtrudniejszych decyzji lekarza*. *Służ. Zdr.*, 1982, 1, 8.
578. *Zdrowie, niezdrowie i śmierć J. W. Goethego*. W 150 rocznicę zgonu poety. *Służ. Zdr.*, 1982, 7, 8.
579. [rec.] *Fenomen Kępińskiego*. *Nowe Książ.*, 1982, 1, 78-80. Rec. pracy: A. Jakubik, J. Masłowski: *Antoni Kępiński - człowiek i dzieło*. Warszawa 1981.
580. [rec.] *Koniec medycznej gwary*. *Nowe Książ.*, 1982, 3, 79-81. Rec. pracy: *Polski słownik medyczny*. Warszawa 1981.
581. [rec.] *O życiu - prawie wszystko*. *Nowe Książ.*, 1982, 4, 98-99. Rec. pracy: A. Nason, R. L. Dehaan: *Świat biologii*. Warszawa 1981.

1983

582. *Co pan radzi, panie doktorze? Ogólne zasady korzystania z pomocy lekarskiej*. Wyd. 3. PZWL, Warszawa 1983, 45. *Zdrowie dla wszystkich*.
583. *Człowiek tworzy siebie sam*. *Służ. Zdr.*, 1983, 24, 1 i 5.
584. *Dr Daniel Douady 1904 - 1982*. *Służ. Zdr.*, 1983, 4, 8.
585. *My meetings with Ludwik Fleck in Lublin during the years 1945-1950*. *Kwart. Hist. Nauki*, 1983, 28, 3/4, 583-587.
586. *Od samobójstwa do samozagłady*. [W:] *Człowiek zabija siebie sam*. III Krajowa Konferencja Lekarzy i Humanistów, Gdańsk, 15-16 maja 1981. Gdańsk 1983, 7-12.
587. *Posłowie* [W:] B. Hołyst, *Samobójstwo: przypadek czy konieczność*, Warszawa 1983, 459-462.
588. *Renesans myśli moralnej w medycynie*. (Wykład wygłoszony w dniu inauguracji roku akademickiego 1957/58 Akademii Medycznej w Gdańsku). *Pol. Tyg. Lek.*, 1983, 38, 33/34, 1049-1052.
589. *W oczekiwaniu na człowieka*. *Człow. i Światop.*, 1983, 9, 6-9.
590. [Zakończenie obrad] [W:] *Człowiek zabija siebie sam*. III Krajowa Konferencja Lekarzy i Humanistów, Gdańsk, 15-16 maja 1981. Gdańsk 1983, 284-286.
591. [rec.] *Dzieje nauk przyrodniczych - pięknie opisane*. *Nowe Książ.*, 1983, 12, 9-10. Rec. pracy: *Zarys dziejów nauk przyrodniczych w Polsce*. Warszawa 1983.
592. [rec.] *Nadzieje medycyny w biologii?* *Nowe Książ.*, 1983, 3, 71-73. Rec. pracy: A. Mostowicz: *Biologia zmienia medycynę*. Warszawa 1982.
593. [rec.] *Nieco optymizmu, nieco nadziei*. *Nowe Książ.*, 1983, 4, 99-101. Rec. pracy: J. Aleksandrowicz: *Nie ma nieuleczalnie chorych*. Warszawa 1982.

594. [rec.] Polskie dzieło o samobójstwie. Służ. Zdr., 1983, 45, 6. Rec. pracy: B. Hołyst: Samobójstwo, przypadek czy konieczność. Warszawa 1983.
595. [rozm.] Gdy z medycznych słowników zniknęło słowo „cierpienie”. Rozm. przepr. B. Kastory. Życie Warsz., 1983, 131, 3.
596. [rozm.] Przeciw osamotnieniu medycyny współczesnej. Rozm. przepr. J. Paszkiewicz. Radar, 1983, 34, 28, 2.

1984

597. Ile cierpienia? Służ. Zdr., 1984, 34, 1 i 5.
598. Mówić prawdę! (Mówić prawdę...?). Służ. Zdr., 1984, 32, 3.
599. Profesor P. Huebschmann. Ze wspomnień. Służ. Zdr., 1984, 41, 5.
600. Rozmyślania o przemijaniu. Wyd. 4. Wiedza Powszechna, Warszawa 1984, 133. Omega 240.
601. Rozmyślania pod monitorem. Służ. Zdr., 1984, 9, 1 i 4.
602. Znowu mrzonki? [35-lecie powstania Akademii Medycznej w Białymstoku]. Fragm. wspomnień. Kontrasty, 1985, 7, 2-3.
603. [rec.] Zły los. Nowe Książ., 1984, 9, 111-112. Rec. pracy: Studia z socjologii niepełnej sprawności. Wrocław 1983.
604. [rec.] Zupełnie niezwykły klucz historyczny. Nowe Książ., 1984, 1, 120-121. Rec. pracy: R. Dzierżanowski. Słownik chronologiczny dziejów medycyny i farmacji. Warszawa 1983.
605. [rozm.] Kilka oddechów przed śmiercią. Rozm. przepr. W. Opacki. Życie Lit., 1984, 44, 1 i 8-9.

1985

606. Fragmenty wspomnień ze Lwowa. Przegl. Lek., 1985, 42, 1, 127-135.
607. Kazyistyka moralnie trudnych i spomych decyzji w praktyce lekarskiej. [W:] Etyka i deontologia lekarska pod red. Wyd. 2 zm. i rozsz. Warszawa 1985, 188-193.
608. Moralna specyfika medycznej pracy badawczej. [W:] Etyka i deontologia lekarska pod red. ... Wyd. 2 zm. i rozsz. Warszawa 1985, 117-124.
609. Uciec od cierpień terminalnych? Probl. Dydak. Med., 1985, 17,5-9; toż: Nurt, 1985, 11, 11-12.
610. Wprowadzenie do nauki o etyce i deontologii lekarskiej. [W:] Etyka i deontologia lekarska pod red. ... Wyd. 2. zm. i rozsz. Warszawa 1985, 7-14.
611. [rec.] Co siódmy Polak niepełnosprawny? Nowe Książ., 1985, 9, 128-129. Rec. pracy: Sytuacja ludzi niepełnosprawnych i stan rehabilitacji w PRL. Wrocław 1984.
612. [rec.] Filozofia codzienności. Nowe Książ., 1985, 12, 50-52. Rec. pracy: M. Szyszkowska: Twórcze niepokoje codzienności. Łódź 1985.
613. [rec.] Granice medycyny.[Książka I. Illicha]. Służ. Zdr., 1985, 10, 4.
614. [rec.] M. Juchniewicz: Węzłowe przyczyny niedostatecznych efektów w zwalczaniu gruźlicy w Polsce. Warszawa 1984. Pneumonol. Pol., 1985, 53, 11/12, 564.
615. [rec.] Polscy uczeni o współczesnej medycynie i jej problemach. Nowe Książ., 1985, 1, 29-31. Rec. prac: J. Bogusz: Lekarz i jego chorzy. Wyd. 2. Warszawa 1984; Z. Falicki: Zespoły psychopatologiczne w medycynie. Wyd. 2. Warszawa .1984; I. Marcisz: O zdrowiu i chorobie. Warszawa 1983.
616. [red.] Etyka i deontologia lekarska pod red. ... Wyd. 2 zm. i rozsz. PZWL, Warszawa 1985, 216.

1986

617. Królowa tańczy rock and rolla... . Frag. książki „Prawie cały wiek dwudziesty“. Argumenty, 1986, 51/52, 6.
618. Uchronić od zapomnienia. Gd. Zesz. Hum., 1986, 25, 29, 185-220.
619. [rec.] Trudne prawdy nowej wiedzy o raku. Nowe Książ., 1986, 2, 104-105. Rec. pracy: R. Klimek: Rak. Warszawa 1985.
620. [rozm.] Nieuchronność przemijania. Rozm. przepr. M. Szyszkowska. Przegl. Katol., 1986, 47,3.

1987

621. Medyczne i moralne problemy umierania i śmierci. [W:] W kręgu życia i śmierci. Moralne problemy medycyny współczesnej. Warszawa 1987, 243-251.
622. Prawie cały wiek dwudziesty, wspomnienia lekarza. Kraj. Agencja Wydaw., Gdańsk 1987, 297.
623. Problem niepotrzebnego cierpienia. O niepotrzebnym cierpieniu, rodzonym przez postępy nauk medycznych. [W:] W kręgu życia i śmierci. Moralne problemy medycyny współczesnej. Warszawa 1987, 151-165.
624. [rozm.] Nienawiść odbiera rozum. Rozm. przepr. A. Kietrys. W kręgu książki, 1987, 9, 54-58.

1992

625. O potrzebie rehumanizacji medycyny [W:] Uniwersalizm i medycyna. Red. K. Imieliński. UW, Warszawa 1992, 83-85.
626. [rozm.] Bóg między ludźmi: Polski Kościół czeka na swojego Lutra. Rrozm. przepr. S. Malinowski, Wprost, 1992, 39, 59-61.

2005

627. Mój życiorys naukowy. Post scriptum – jesien i późnia jesień życia. Zeszyty Historyczne, 2005-2007, 4, 4, 11-52¹²⁷⁵.

Przedruki publikacji Tadeusza Kielanowskiego

Teksty wspomnieniowe i historyczne Tadeusza Kielanowskiego są przywoływane w wielu publikacjach – zwłaszcza w:

1. publikacjach okolicznościowych wydawanych przez Uniwersytet Medyczny w Białymstoku i Uniwersytet Medyczny w Lublinie, m. in.: Pół wieku Akademii Medycznej w Białymstoku 1950 – 2000, opr. i wyb. K. Worowski, Białystok 2000;
2. czasopismach uczelnianych:
 - „Medyk Białostocki” (m. in.: 2005, nr 5 i nr 11; 2008 nr 2-3);
 - „Alma Mater” (m. in.: 1995, nr 4; 2004, nr 3).

¹²⁷⁵ Pierwsza część jest przedrukiem z „Kwartalnika Historii Nauki” z 1978, nr 3-4. Druga: *Post scriptum – jesien i późnia jesień życia*, napisana ok. 1982 r., wydaje się, że po raz pierwszy została tu opublikowana.

III. PUBLIKACJE POŚWIĘCONE TADEUSZOWI KIELANOWSKIEMU I JEGO TWÓRCZOŚCI.

1. Bernacki E., *Tadeusz Michał Kielanowski (1905-1992)* „Białostoczczyzna” 1996, nr 2, s. 87-91.
2. Birn L., *Nasi wykładowcy i mistrzowie. Tadeusz Kielanowski (1905- 1992)* [w:] *Pierwszy powojenny rocznik studentów medycyny w Gdańsku (1945-1950*, opr. M.M Żydowo, L. Birn, Gdańsk 2000.
3. Bogusz J., *Wspomnienia lekarza*, rec., *T. Kielanowski, Prawie cały wiek dwudziesty*, „Nowe Książki” 1988, nr 3, s. 68-69.
4. Brzeziński T., *Tadeusz Kielanowski (1905-1992) członek honorowy Polskiego Towarzystwa Historii Medycyny i Farmacji*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny” 1992, nr 2, s. 133 -136.
5. Bukowski J., *Tadeusz Kielanowski – lekarz i filozof*, „Edukacja Filozoficzna” 1993, nr 15, s. 243-245.
6. Curyło Cz., *Radości i smutki uczonego*, „Argumenty”, 1980, 37, s. 5.
7. Cześninowa M., *Portret mistrza*, „Służba Zdrowia” 1985 , nr 41 , s. 1, 5.
8. Fąfrowicz B., *Pamięci Rektora Profesora doktora hab. Tadeusza Kielanowskiego*, „Zeszyty Historyczne” Okręgowej Izby Lekarskiej w Białymstoku 2005-2007, nr 4, s. 7-9.
9. Fąfrowicz B., *Profesor Tadeusz Kielanowski współorganizator Wydziału Lekarskiego w Lublinie*, „Alma Mater” 2004, nr 3, s. 28-29.
10. Grupiński T., rec., *Tadeusz Kielanowski, Rozmyślenia o przemijaniu*, „Czas Kultury” 1997, nr 2, s. 4-5
11. Halasz J., *Kielanowski Tadeusz Michał (1905-1992)*, [w:] *Ludzie Akademii Medycznej w Gdańsku*, t. 4, red. Z. Machaliński, Gdańsk 2006.
12. Halasz J., *Tadeusza Kielanowskiego koncepcja eutanalogii – nauki o dobrym umieraniu*, (referat na konferencji „Bioetyka w praktyce medycznej”, Lublin 2010 - w druku).
13. Iwanicka A., *Hierarchia wartości według Tadeusza Kielanowskiego: pamięci znakomitego lekarza i humanisty*, „Res Humana” 2004, nr 6, s. 28-30.
14. Jakowicki J., *Wystąpienie wygłoszone w czasie Uroczystej Inauguracji roku akademickiego 2000/2001 Akademii Medycznej w Białymstoku*, „Zeszyty Historyczne” Okręgowej Izby Lekarskiej w Białymstoku 2001, t. 3, nr 2, s. 79-81.
15. Kielanowska Z. *Białystok 1945-1955* [w:] *Pół wieku Akademii Medycznej w Białymstoku 1950 – 2000*, opr. i wyb. K. Worowski, Białystok 2000.
16. *Kielanowski Tadeusz Michał, (ps. „Profesor”)*, [nekr.], „Więź” 1992, nr 7, s. 162.
17. Kieraciński P., *Medyk ze skrzypcami*”, „Forum Akademickie” 2007, nr 12, s. 54-55.
18. Kładny J., rec., *T. Kielanowski, Prawie cały wiek dwudziesty. Wspomnienia lekarza*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny” 1992, nr 2, s. 245-146.
19. Kotarbiński T., *Problemy eutanazji*, [w:] *Pisma etyczne*, red. P.J. Smoczyński, Wrocław 1987.
20. Krukowski M., rec., *Debata o szczęściu i cierpieniu*, „Nowe Książki” 1981, nr 15, s. 26-28.
21. Laval J. de, *Spis prac prof. dr. Tadeusza Kielanowskiego*, „Annales Academiae Medicae Gedanensis” 1993, nr 23, s. 303-326.
22. Madey B., Szeleżyński K., *Tadeusz Kielanowski (1905-1992)*, „Annales Academiae Medicae Gedanensis” 1993, 23, s. 301-303.
23. Madey B., Szeleżyński K., *Tadeusz Kielanowski (1905-1992)*, „Annales Academiae Medicae Gedanensis” 1995, 25, suppl. 4, s. 113-115.
24. *Nowi członkowie honorowi PTS*, [a.n.], „Szpitalnictwo Polskie” nr 24, s. 159-161.
25. Panas H., *Człowiek stwarza siebie sam*, „Warmia i Mazury” 1983, nr 14, s. 14.
26. Pietruski J., *Prof. zw. dr hab. med. dr h. c. mult. Tadeusz Kielanowski*, [w:] *Profesor Tadeusz Kielanowski i jego uczniowie*, Białystok 2005,

27. Pietruski J., *Profesor dr med. dr. h.c. Tadeusz Kielanowski*, „Biuletyn OIL” 2009, nr 2.
28. *Prof. Kielanowski (1905 – 1992. Kierownik Katedry i Kliniki Ftyzjologii*, [w:] *Księga pamiątkowa absolwentów Wydziału Lekarskiego i Oddziału Stomatologicznego Akademii Medycznej w Gdańsku. Rocznik 1954 – 1960*, red. J. de Laval, Gdańsk 2010.
29. *Prof. Tadeusz Kielanowski*, [uczniowie], „Biuletyn OIL” 2005, nr 3, s. 41-42.
30. *Romantyczna decyzja*, [oprac. na podst. audycji D. Kucia *Profesor. Opowieść o Tadeuszu Kielanowskim* w Radiu Białystok], „Medyk Białostocki” 2004, nr 12, s. 14-16.
31. Sahaj T., *Co to jest eutanatologia i eutanatopedagogika. Próba eksplikacji*, [w:] *Problemy współczesnej tanatologii. Medycyna – antropologia kultury – humanistyka*, red. J. Kolbuszewski, Wrocław 2004, t. VIII, s. 255-261.
32. *Sylwetki białostockich medyków*, „Medyk Białostocki” 2001, nr 1, s. 22. (przedruk z: *Pierwszy powojenny rocznik studentów medycyny w Gdańsku 1945-1950*. Gdańsk 2000).
33. Szabała H., *Niepokoje egzystencjalne Tadeusza Kielanowskiego*, „Kwartalnik Filozoficzny” 2000, nr 3, s. 173-189.
34. Szabała H., *Przekraczanie horyzontu bytu Tadeusza Kielanowskiego*, „Gdański Rocznik Kulturalny” 1996, nr 16, s. 54-65.
35. Szeleżyński K., *Katedra i Klinika Chorób Płuc i Gruźlicy*, „Annales Academiae Medicae Gedanensis” 1995, nr 25, supl. 1, s. 161-169.
36. Szeleżyński K., *Tadeusz Kielanowski (1905-1992)*, „Sprawozdania Gdańskiego Towarzystwa Naukowego” 1993, t. 19, s. 220-222.
37. Szulkin M., rec., *T. Kielanowski, Prawie cały wiek dwudziesty. Wspomnienia lekarza*, „Biuletyn Żydowskiego Instytutu Historycznego w Polsce” 1989, nr 1, s. 122-123.
38. Szyszkowska M., *Twórcze niepokoje codzienności*, „Nowe Książki” 1985, nr 12, s. 50-52.
39. Świątecka G., *Wspomnienie o Profesorze Tadeuszu Kielanowskim (1905 - 1992)*, „Telefon Zaufania – Nasza Gazeta” 1992, nr 3, s. 2.
40. *Tadeusz Kielanowski*, oprac. K. Worowski, „Medyk Białostocki” 2006, nr 5, s. 4.
41. *Tadeusz Michał Kielanowski*, „Służba Zdrowia” 1992, nr 20, s. 3.
42. *W majowym nastroju. Rozmowa z Zofią Kielanowską* [rozm. D. Ślósarska], „Medyk Białostocki” 2005, nr 5, s. 20
43. Wdowiak J., *Tadeusz Kielanowski (1905-1992) a historia medycyny*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny” 1992, nr 2, s. 137-139.
44. Worowski K., *Tadeusz Kielanowski. Wspomnienia w setną rocznicę urodzin*, „Medyk Białostocki” 2000, nr 12, s. 13-14.

IV. LITERATURA

1. Adamkiewicz M., *Oblicza śmierci. Propedeutyka tanatologii*, Toruń 2004.
2. *Akademia Medyczna w Lublinie w XX-lecie Polski Ludowej 1944-1964*, red. A. Tuszkiewicz, oprac. S. Kowalczyk, Lublin 1964.
3. Aleksandrowicz J., *Nie ma nieuleczalnie chorych*, Łódź 1987.
4. Aleksandrowicz J., Duda H., *U progu medycyny jutra*, Warszawa 1988.
5. Aleksandrowicz J., Matuszewski H., *Synteza poglądów na definicję zdrowia w aspekcie rewolucji naukowo-humanistycznej* [w:] *Rewolucja naukowo-humanistyczna*, red. J. Aleksandrowicz, Warszawa 1974.
6. Aleksandrowicz J., *Medycyna i społeczeństwo*, „Argumenty” 1964, nr 16, s. 1, 6.
7. Aleksandrowicz J., *Środowisko psychiczne chorego*, „Szpitalnictwo Polskie” 1971, nr 15.
8. Alichniewicz A., *Eutanazja a etyczne podstawy medycyny stanów terminalnych*, [w:] *Narodziny i śmierć. Bioetyka kulturowa wobec stanów granicznych życia ludzkiego*, red. M. Gałuszka, K. Szewczyk, Warszawa–Łódź 2002.
9. Alichniewicz A., Szczęsna A., red., *Dylematy bioetyki*, Łódź 2001.
10. Alichniewicz A., *Tanatologia filozoficzna jako podstawa tanatologii lekarskiej. "Twoja śmierć" i "bycie-ku-śmierci" a sztuka dobrego umierania*, [w:] *Umierać bez lęku. Wstęp do bioetyki kulturowej*, red. M. Gałuszka, K. Szewczyk Warszawa-Łódź 1996.
11. Ariès Ph., *Człowiek i śmierć*, tłum. E. Bąkowska, Warszawa 1992.
12. Bajer M., *Życiorys (Leopold Pobóg-Kielanowski)*, „Tygodnik Powszechny” 1988, nr 7, s. 7.
13. Barański J., Piątkowski W., red., *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, Wrocław 2002.
14. Bartoszek A., *Telefon Zaufania w służbie człowiekowi i społeczeństwu*, Katowice 2003.
15. Bartoszek A., *Człowiek w obliczu cierpienia i umierania. Moralne aspekty opieki paliatywnej*, Katowice 2000.
16. Bauman Z., *Śmierć i nieśmiertelność: o wielości strategii życia*, tłum. N. Leśniewski, Warszawa 1998.
17. Beauchamp T.L., Childress J.F., *Zasady etyki medycznej*, tłum. W. Jacórzyński, Warszawa 1996.
18. Becela L. i in., red., *Kto jest kim w polskiej medycynie*, Warszawa 1987.
19. Biegański W., *Kilka uwag w sprawie etyki zawodowej lekarskiej*, [w:] idem, *Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej*, Warszawa 1957.
20. Biegański W., *Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej*, Warszawa 1957.
21. Biela A., red., *Eutanazja a opieka paliatywna: aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne*, Lublin 1996.
22. Biesaga T., *Elementy etyki lekarskiej*, Kraków 2006.
23. Bilikiewicz T., *Psychoterapia w praktyce ogólnolekarskiej*, Warszawa 1976.
24. *Biogramy uczonych polskich. Cz. 6. Nauki medyczne*, oprac. A. Śródka, Wrocław 1990.
25. Bocheński J. M., *Sto zabobonów*, Kraków 1992.
26. Bogusz J., *Chirurgia i etyka*, Kraków 1972.
27. Bogusz J., *Lekarz i jego chorzy*, Kraków 1979.
28. Bogusz J., *Pierwsze głosy w dyskusji nad projektem kodeksu deontologicznego*, „Służba Zdrowia” 1959, nr 18, s. 3.
29. Bogusz J., red., *Chory w stanach terminalnych a etyka zawodowa w medycynie*, Bydgoszcz 1985.
30. Bogusz J., *Zasady deontologiczne związane z postęпами wiedzy lekarskiej* [w:] *Etyka i deontologia lekarska*, red. T. Kielanowski, Warszawa 1985.
31. Bołoz W., *Życie w ludzkich rękach. Podstawowe zagadnienia bioetyczne*, Warszawa 1997.

32. Boniecki A., *Herbarz polski. Cz. 1, Wiadomości historyczno - genealogiczne o rodach szlacheckich*, t. 11, Warszawa 1987.
33. Bortnowska H., red., *Sens choroby, sens śmierci, sens życia*, Kraków 1984.
34. Bréhant J., *Thanatos. Chory i lekarz w obliczu śmierci*, tłum. U. Sudolska, Warszawa 1980.
35. Brokman H., *Dalszy ciąg dyskusji nad projektem kodeksu deontologicznego*, „Służba Zdrowia” 1959, nr 22, s. 3.
36. Brzeziński T., *Etyka lekarska*, Warszawa 2002.
37. Brzeziński T., *Filozofia medycyny na łamach „Krytyki Lekarskiej”*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny” 1992, nr 2, s. 148-151.
38. Brzeziński T., *Polskie Towarzystwo Lekarskie 1951-2001*, Warszawa 2001.
39. Brzeziński T., *Tradycyjne zasady deontologii lekarskiej*, [w:] *Etyka i deontologia lekarska*, red. T. Kielanowski, Warszawa 1985.
40. Byrdy M., *Dydaktyka w okresie XX-lecia Akademii Medycznej w Białymstoku*, „Roczniki Akademii Medycznej w Białymstoku” 1970, supl. 27, s. 17-25.
41. Canguilhem G., *Normalne i patologiczne*, tłum. i posł. P. Pieniążek, Gdańsk 2000.
42. Capra F., *Punkt zwrotny*, tłum. E. Woydyłło, Warszawa 1987.
43. Caregorodcew G.I., red., *Zagadnienia metodologiczne medycyny współczesnej*, Warszawa 1968.
44. Caregorodcew G.I., *Materializm dialektyczny a medycyna*, tłum. M. Hanecki, Warszawa 1966.
45. Chańska W., *Nieszczęsny dar życia. Filozofia i etyka jakości życia w medycynie współczesnej*, Wrocław 2009.
46. Chyrowicz B., red., *Przedłużanie życia jako problem moralny*, Lublin 2008.
47. Cichowicz S., *Śmierć gwałt na idei lub reakcja życia*, [w:] *Antropologia śmierci. Myśl francuska*, wyb. i przekł. S. Cichowicz i J. Godzimirski, Warszawa 1993.
48. *Czy kryzys medycyny współczesnej?*, „Więź” 1963, nr 3, s. 3-27.
49. *Czy kryzys medycyny współczesnej?*, „Więź” 1963, nr 4, s. 38-52.
50. Dawydowski H. W., *Problemy przyczynowości w medycynie (etiologia)*, tłum. W. Zawadzki, Warszawa 1965.
51. Dąbrowski K., *Co to jest zdrowie psychiczne*, [w:] *Zdrowie psychiczne*, red. K. Dąbrowski, Warszawa 1981.
52. Derecki J., *Katera i Fakultet Medycyny Wojskowej w Lublinie*, „Alma Mater” 1995, nr 4, s. 47-50.
53. Draus J., *Uniwersytet Jana Kazimierza we Lwowie 1918-1946. Portret kresowej uczelni*, Kraków 2006.
54. Drażkiewicz J., red., *W stronę człowieka umierającego. O ruchu hospicjów w Polsce*, Warszawa 1989.
55. Drogoś S., *Człowiek w obliczu śmierci*, Toruń 2001.
56. Dubiel J., *Deontologia lekarska a etyka niezależna Tadeusza Kotarbińskiego*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1968, nr 49, s. 1903-1906.
57. Dubiel J., *Kodeksy deontologii lekarskiej, ich racje bytu, cele i zadania. Spór o moralność zawodu. Specyficzne aspekty zawodu lekarza*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1971, nr 8, s. 535-537.
58. Dubos R., *Człowiek, środowisko, adaptacja*, tłum. S. Bogusławski, A. Czerwiński, Warszawa 1970.
59. Dubos R., *Miraże zdrowia*, tłum. T. Kielanowski, Warszawa 1962.
60. Dubos R., *Tyle człowieka co zwierzęcia*, tłum. H. Wasylkiewicz, Warszawa 1973.
61. Dunn H. P., *Etyka dla lekarzy, pielęgniarek i pacjentów*, Tarnów 1997
62. Dybicki J., *Droga do Akademii i do samodzielności: wspomnienia gdańskiego chirurga*, Gdańsk 2005.
63. *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*, red. A. Muszala, Radom 2005.

64. Engelhardt K., *Pacjent w swojej chorobie*, tłum. T. Kielanowski, Warszawa 1974.
65. *Etyka a problemy zdrowia i rehabilitacji. Konferencja 28 X-31 X 1974 w Jabłonie*, „Etyka” 1975, 14, s. 11-184.
66. *Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty religijne, psychologiczne i prawne*, red. A. Biela i in., Lublin 1996.
67. Fenigsen R., *Eutanazja. Śmierć z wyboru?*, Poznań 1994.
68. Fijałkowski W., *Od kiedy człowiek?*, „W drodze” 1996, nr 6, s. 26-28
69. Fleck L., *W sprawie doświadczeń lekarskich na ludziach*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1948, nr 35, s. 1052-1056.
70. Frankl V., *Homo patiens*, tłum. R. Czernecki, J. Morawski, Warszawa 1984.
71. Gajda-Krynicka J., *Tanatologia jako dyscyplina naukowa? Logos śmierci*, [w:] *Problemy współczesnej tanatologii. Medycyna–antropologia kultury–humanistyka*, red. J. Kolbuszewski, Wrocław 2005, t. IX.
72. Gajda-Krynicka J., *Tanatologia jako dyscyplina naukowa? Próba refleksji filozoficzno-metodologicznej*, [w:] *Problemy współczesnej tanatologii. Medycyna – antropologia kultury – humanistyka*, red. J. Kolbuszewski, Wrocław 2004, t. VIII.
73. Gajl T., *Herbarz polski od średniowiecza do XX wieku*, Gdańsk 2007.
74. Galewicz W., red., *Wokół śmierci i umierania*, Kraków 2009.
75. Gawrychowski S., *Władysław Biegański. Lekarz i filozof*, Kraków 1980.
76. Gert B., Culver Ch., Clouser K., *Bioetyka. Ujęcie systematyczne*, tłum. M. Chojnacki, Gdańsk 2009.
77. Gibiński K., *Pacjent i lekarz*, Kraków 1966
78. Gillon R., *Etyka lekarska. Problemy filozoficzne*, tłum. A. Alichniewicz, A. Szczęsna, Warszawa 1997.
79. Grabowski R., *Doctor Medicinae Universae Witold Stasiewicz*, „Biuletyn OIL w Białymstoku” 2009, nr 1.
80. Grabski W. J., *Karol Fourier (1772 – 1837). Jego życie i doktryna*, Warszawa 1928.
81. Gryglewski R., *Czy medycyna jest sztuką czy nauką? – rozważania w świetle polskiej szkoły filozofii medycyny...*, „Medycyna Nowożytna” 2006, z. 1-2, s. 7-24.
82. Gutt R.W., *Propedeutyka medycyny*, Warszawa 1982.
83. Halasz J., *Szeleżyński Kazimierz Aleksander (1925 – 2001)*, [w:] *Ludzie Akademii Medycznej w Gdańsku*, red. S. Konieczna, t. 6, Gdańsk 2008.
84. Halasz J., *Tyrakowska Jadwiga (1925 – 2004)*, [w:] *Ludzie Akademii Medycznej w Gdańsku*, red. S. Konieczna, t. 7, Gdańsk 2009.
85. Hartman J., *Bioetyka dla lekarzy*, Warszawa 2009.
86. Hass L., *Masoneria Polska XX wieku*, Warszawa 1996.
87. Heszen-Niejodek I., *Rozwój i perspektywy psychologii zdrowia*, „Acta Universitatis Palackianae Olomucensis” 1998, nr 32, s. 47-64.
88. Hołówka J., *O pojęciu i wartości zdrowia*, [w:] *W kręgu życia i śmierci*, Warszawa 1987.
89. Hołyst B., *Samobójstwo – przypadek czy konieczność*, Warszawa 1983.
90. Hutschnecker A.A., *Chęć życia*, tłum. F. Wolski, Warszawa 1964.
91. Imieliński K., red., *Humanizm i medycyna*, Warszawa 1993
92. Imieliński K., red., *Sztuka łagodzenia bólu i cierpienia*, Warszawa 2003.
93. Imieliński K., red., *Uniwersalizm i medycyna*, Warszawa 1992.
94. Jabłoński, *Rola Telefonów Zaufania w zapobieganiu samobójstwom w Polsce*, „Telefon Zaufania – Nasza Gazeta” 2006, nr 33, s. 12-13.
95. Jakowicki J., *Serenissima Alma Mater Bialostocensis* [przemówienie], „Medyk Białostocki” 2005, nr 11, s. 9.
96. Jakubiak M.B., *Tadeusz Kotarbiński*, Warszawa 1987, s. 171.

97. Jan Paweł II, *List apostolski „Salvifici doloris” o chrześcijańskim sensie ludzkiego cierpienia (11 II 1984 r.)*, [w:] *Listy pasterskie Ojca Świętego Jana Pawła II*, Kraków 1997.
98. Jankélévitch V., *To, co nieuchronne: rozmowy o śmierci*, tłum. M. Kwaterko, Warszawa 2005.
99. Jarosz M., *Samobójstwa. Ucieczka przegranych*, Warszawa 2004.
100. Jonas H., *Prawo do śmierci*, „Etyka” 1988, nr 23, s. 7-26.
101. Kacprzak M., *Lekarz dziś i jutro*, „Argumenty” 1964, nr 16, s. 1-2.
102. Kacprzak M., *O humanizmie dawnym i obecnym*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1959, nr 41, s. 1847-1851.
103. Kamiński B., *Lekarz wobec śmierci*, [w:] *Człowiek w obliczu śmierci, z uwzględnieniem etyki marksistowskiej, granic i praw reanimacji*. Krajowa Konferencja Lekarzy i Humanistów, Gdańsk 10-11 maja 1976, Gdańsk 1978,
104. Kamiński S., *Pojęcie nauki i klasyfikacja nauk*, Lublin 1981.
105. Kessler D., *Śmierć jest częścią życia: o prawo do godnego umierania*, tłum. E. Czerwińska, Warszawa 1999.
106. Kępiński A., *Lęk*, Warszawa 1977
107. Kępiński A., *Rytm życia*, Kraków 1972
108. Kielanowski J., *W gmachu Skarbka i w gimnazjum. Wspomnienie o Leopoldzie Kielanowskim*, „Pamiętnik Teatralny” 1990, nr 1-2, s. 123-150.
109. Kolek A., *Sens życia i umierania. Antropologiczno-tanatologiczne aspekty myśli Antoniego Kępińskiego*, Kraków 2009.
110. Konieczna S., Suchodolski W., *Bilikiewicz Tadeusz (1901 - 1980)*, [w:] *Ludzie Akademii Medycznej w Gdańsku*, red. Z. Machaliński, t. 5, Gdańsk 2007.
111. Kornas S., *Współczesne eksperymenty medyczne w ocenie etyki katolickiej*, Częstochowa 1986.
112. Kotarbiński T., *Medytacje o życiu godziwym*, Warszawa 1986.
113. Kotarbiński T., *Pisma etyczne*, red. P.J. Smoczyński, Wrocław 1987
114. Kotarbiński T., *Zagadnienia etyki niezależnej*, [w:] idem, *Medytacje o życiu godziwym*, Warszawa 1986.
115. Kowalski J., *Nasi profesorowie na Wydziale Lekarskim UMCS w latach 1944 – 1945*, „Alma Mater” 1995, nr 4, s. 30-38.
116. Kowalski Z., *Baza materialna Uniwersytetu [w:] Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej 1944-1979*, red. W. Skrzydło i in., Lublin 1979.
117. Kownacki S., *Dalszy ciąg dyskusji nad projektem Deontologii Lekarskiej*, „Służba Zdrowia” 1959, nr 20, s. 4.
118. Kozak Z., *Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne*, Lublin 1996
119. Kroński T., *Kant*, Warszawa 1966.
120. Kübler-Ross E., *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, tłum. I. Doleżał-Nowicka, Warszawa 1979.
121. Kuhn T., *Struktura rewolucji naukowych*, tłum. H. Ostromięcka, Warszawa 2001.
122. Kuhse H., *Eutanazja*, [w:] *Przewodnik po etyce*, red. P. Singer, Warszawa 1998.
123. Kujawa E., *Moralność i etyka zawodowa*, „Służba Zdrowia” 1970, nr 31, s. 1.
124. Kurowska-Dąbrowska T., *Herkulesi w białych fartuchach*, „Medyk Białostocki” 2005, nr 11, s. 10-11.
125. Kurowska-Dąbrowska T., *Pierwsza inauguracja 1950/1951*, „Medyk Białostocki” 2008, nr 10, s. 13.
126. Kurowska-Dąbrowska T., *Przeszłość idzie razem z nami*, „Medyk Białostocki” 2005, nr 5, s. 18-19.
127. Kwiatkowska S., Grzelewska-Rzymowska I., *Gruźlica w Polsce i na świecie*, „Alergia” 2008, nr 2, s. 42.

128. Kwiatkowski W., *Tanatologia – nauka czy pseudonauka*, [w:] *Umierać bez lęku. Wstęp do bioetyki kulturowej*, red. M. Gałuszka, K. Szewczyk, Warszawa-Łódź 1996.
129. Lazari-Pawłowska I., *Etyka zawodowa*, „Etyka” 1969, t. 4, s. 58-80.
130. Löwy I., *Polska szkoła filozofii medycyny. Od Tytusa Chałubińskiego do Ludwika Flecka*, Wrocław 1992.
131. Łuczak J., *Etyka w opiece paliatywnej* [w:] *Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne*, Lublin 1996.
132. Machaliński Z., *Wokół genezy i początków Akademii Medycznej w Gdańsku (1954-1950)*, t. 1., Gdańsk 1998.
133. Machaliński Z., *Grzegorzewski Edward (1906-1982)*, [w:] *Ludzie Akademii Medycznej w Gdańsku*, red. Z. Machaliński, t. 2, Gdańsk 2004.
134. Machaliński Z., red., *Ludzie Akademii Medycznej w Gdańsku*, [t. 1-5], Gdańsk [2003-2007].
135. Makselon J., *Psychologiczne aspekty lęku przed śmiercią*, „Analecta Cracoviensia” 1986, nr 18, s. 145-166.
136. Malarczyk J., *Powstanie i rozwój Uniwersytetu* [w:] *Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej 1944-1979*, red. W. Skrzydło i in., Lublin 1979.
137. Malarczyk J., *XX lat UMCS, „Życie Szkoły Wyższej”* 1964, t. 6, s. 52-94.
138. Malczewski J., *Z dziejów pojęcia eutanazji* [w:] *Eutanazja: prawo do życia - prawo do wolności*, red. B. Chyrowicz, Lublin 2005.
139. McIntyre A., *Dziedzictwo cnoty. Studium z teorii moralności*, tłum. A. Chmielewski, Warszawa 1996.
140. Michalik M., *Spoleczne przesłanki, swoistość i funkcje etyki*, [w:] *Etyka zawodowa*, red. A. Sarapata, Warszawa 1971.
141. Müldner-Nieckowski P., *Problem umierania i śmierci w praktyce lekarskiej*, „Problemy Dydaktyki Medycznej i Wychowania” 1985, nr 17, s. 137-150.
142. Musielak M., red., *Konteksty społeczno-kulturowe zdrowia i medycyny*, Poznań 2000.
143. Muszala A., *Debata nad polską Ustawą o ochronie życia nienarodzonych*, [w:] *Bioetyka polska*, red. T. Biesaga, Kraków 2004.
144. Mysakowska H., *Początki Katedry i Kliniki Ftyzjatrycznej Akademii Medycznej w Lublinie*, „Archiwum Historii Medycyny” 1968, nr 1, s. 95.
145. Nawrat E., *Pamięci Leopolda Pobóg-Kielanowskiego*, „Śląsk” 2007, nr 6.
146. Nawrocka A., *Etos w zawodach medycznych*, Kraków 2008.
147. Nawrocka A., *W poszukiwaniu podstaw i zasad bioetyki*, Katowice 2001.
148. Nielubowicz J., *Lekarz w oczach chorego. Humanistyczne wartości medycyny u progu XXI wieku. Relacja lekarz-pacjent*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1993, nr 18-19, s. 394-400
149. Niemiec H., *Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne*, Lublin 1996
150. Nuland S.B., *Jak umieramy*, tłum. M. Lewandowska, Warszawa 1996.
151. *Odczerwieniam UMCS*, [Rozmowa z dr. D. Gałaszewską-Chilczuk z IPN w Lublinie], „Dziennik Wschodni” [on-line] z 13 II 2009, World Wide Web: <http://www.dziennikwschodni.pl/>.
152. Olejnik S., *Etyka lekarska*, Katowice 1995
153. Ossowska M., *Podstawy nauki o moralności*, Warszawa 1957.
154. Ostrowska A., *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*, Warszawa 1997.
155. Pearson L., red., *Śmierć i umieranie. Postępowanie z człowiekiem umierającym*, tłum. B. Kamiński, przedm. T. Kielanowski, Warszawa 1973.
156. Petsch D., *Tomasz Morus*, Warszawa 1962.
157. Pietruski J., *Kronika rodzinna*, Białystok-Warszawa 2009.
158. *Pięć lat Akademii. 108 lekarzy idzie w świat*, [kg], „Medyk Białostocki” 2005, nr 11, s. 12-13 [przedruk z „Życia Białostockiego” 25 X 1955 r.].

159. Platon, *Państwo*, tłum. W. Witwicki, Warszawa 1990.
160. *Początki ludzkiego życia. Antologia bioetyki*, red. i wstęp W. Galewicz, Kraków 2010.
161. Podhorecki L., *Dzieje Lwowa*, Warszawa 1993.
162. Pollak K., *Uczniowie Hipokratesa*. Warszawa 1970.
163. *Pół wieku Akademii Medycznej w Białymstoku 1950 – 2000*, opr. i wyb. K. Worowski, Białystok 2000.
164. Pręgowski W., *Katedra i Klinika Gruźlicy Płuc w latach 1951 – 1960*, „Roczniki Akademii Medycznej w Białymstoku” 1960, r. 6, 271-280.
165. *Przodownicy nauki*, [rozm. D. Ślósarska], „Medyk Białostocki” 2005, nr 11, s. 5-8.
166. Ramsey P., *Pacjent jest osobą*, tłum. S. Łypacewicz, Warszawa 1977.
167. Raszeja S., *Refleksje na temat tanatologii – klasycznego działu medycyny sądowej*, „Annales Academiae Medicae Gedanensis” 2005, nr 35, s. 165-172.
168. Rowiński K., Rys historyczny kształcenia kadr medycznych w Polsce Ludowej, „Kwartalnik Historii Nauki i Techniki” 19, nr 3, s. 553-561.
169. Rużyło E., *Lekarz – przyjaciel człowieka*, Łomża 2006.
170. Rydzewski W., *Kropotkin*, Warszawa 1979.
171. Sahaj T., *Filozoficzne aspekty śmierci w medycynie współczesnej*, „Archeus” 2001, t. 2, s. 27-35.
172. Sahaj T., *Co to jest tanatologia filozoficzna?* „Principia” 2004, t. 35-36, s. 181-191.
173. Sahaj T., *Tadeusz Kotarbiński jako prekursor bioetyki i suicydologii [w:] Problemy współczesnej tanatologii. Medycyna – antropologia kultury – humanistyka*, red. J. Kolbuszewski, Wrocław 2005, t. IX, s. 245-250.
174. Saint-Simon C.-H. de, *Pisma wybrane*, tłum. S. Antoszczuk, wstęp J. Trybusiewicz, Warszawa 1968.
175. *Samobójstwo. Antologia tekstów filozoficznych*, wyb. i wstęp T. Sahaj, Toruń 2008.
176. Sarapata A., red., *Etyka zawodowa*, Warszawa 1971.
177. Saunders C., *Chwila prawdy: opieka nad człowiekiem umierającym [w:] Śmierć i umieranie. Postępowanie z człowiekiem umierającym*, red. L. Pearson, Warszawa 1973.
178. Sawicki J., *Przymus leczenia i eksperyment lekarski w świetle prawa*, Warszawa 1964.
179. Scheler M., *Cierpienie, śmierć, dalsze życie: pisma wybrane*, tłum. i wst. A. Węgrzecki, Warszawa 1994.
180. Scherer G., *Filozofia śmierci. Od Anakasyndra do Adorno*, tłum. M. Chojnacki, Kraków 2008.
181. Seneka, *Listy moralne do Lucylusza*, tłum. W. Kornatowski, Warszawa 1961.
182. Sheridan Ch.L., Radmacher S.A., *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*, tłum. A. Dodziuk i in., Warszawa 1998.
183. Sieńkowski E., *Dzieje Akademii Medycznej w Gdańsku (1945 – 1995)*, Gdańsk 1995.
184. Sieńkowski E., *Zakład Historii i Filozofii Nauk Medycznych*, „Annales Academiae Medicae Gedanensis” 1995, 25, supl.1, s. 185-194.
185. Sieńkowski E., *Zarys dziejów Akademii Medycznej w Gdańsku*, „Annales Academiae Medicae Gedanensis” 1971, nr 1, s. 70.
186. Sikora A., *Fourier*, Warszawa 1989.
187. Singer P., *O życiu i śmierci. Upadek etyki tradycyjnej*, Warszawa 1997.
188. Sirotkina. M.G., red., *O problemie przyczynowości w medycynie*, Warszawa 1967.
189. Słobodzianek B., *Białystok, lekarze, Akademia Medyczna*, „Roczniki Akademii Medycznej w Białymstoku” 1970, supl. 27, s. 26-39.
190. Sokołowska M., *Granice medycyny*, Warszawa 1980.
191. Suchorzewska J., Michowska M., red., *Wybrane zagadnienia z etyki lekarskiej z elementami prawa w medycynie*, Gdańsk 2006.

192. Szawarski Z., *Etyka przerywania ciąży*, *Etyka* 1978, nr 16, s. 135-154.
193. Szawarski Z., *Jak umiera człowiek. Etyka i problemy opieki terminalnej*, *Etyka* 2001, nr 34, s. 115-135.
194. Szawarski Z., *Mądrość i sztuka leczenia*, Gdańsk 2005.
195. Szawarski Z., red., *W kręgu życia i śmierci. Moralne problemy medycyny współczesnej*, Warszawa 1987
196. Szawarski Z., *Rozmowy o etyce*, Warszawa 1987
197. Szawarski Z., *Samobójstwo: w poszukiwaniu definicji*, „*Etyka*” 1988, nr 23, s. 27-62.
198. Szaykowska B., red., *Chronologiczny wykaz wydarzeń za okres 15 lat (1950-1965) Akademii Medycznej w Białymstoku*, „*Roczniki Akademii Medycznej w Białymstoku*” 1965, supl. 13, s. 46-73.
199. Szczęśna A., *Wokół medycznej definicji śmierci* [w:] M. Gałuszka, K. Szewczyk [red.], *Narodziny i śmierć. Bioetyka kulturowa wobec stanów granicznych życia ludzkiego*, red. M. Gałuszka, K. Szewczyk, Warszawa– Łódź 2002.
200. Szeleżyński K., *Katedra i Klinika Chorób Płuc i Gruźlicy*, „*Annales Academiae Medicae Gedanensis*” 1995, 25, supl. 1, s. 165-169.
201. Szenajch W., *Myśli lekarza*, Warszawa 1965.
202. Szeroczyńska M., *Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie*, Kraków 2004.
203. Szewczyk K., *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*, Warszawa 2009.
204. Szewczyk K., *Bioetyka. Pacjent w systemie ochrony zdrowia*, Warszawa 2009.
205. Szewczyk K., *Dobro, zło i medycyna. Filozoficzne podstawy bioetyki kulturowej*, Warszawa 2001.
206. Szewczyk K., *Katastrofy przestrzeni. Studia z filozofii biologii i medycyny*, Łódź 2002.
207. Szewczyk K., *O René Dubosie, jego nowej medycynie hipokratesowej i teologii Ziemi*, „*Diametros*” [on-line] 2006, nr 9. World Wide Web: <http://www.diametros.iphils.uj.edu.pl/>.
208. Szmuda M., *Telatycki Michał (1998– 1955)* [w:] *Ludzie Akademii Medycznej w Gdańsku*, red. Z. Machaliński, t. 5, Gdańsk 2007.
209. Szulc R., red., *Wybrane problemy deontologii lekarskiej*, Poznań 1999
210. Szumowski W., *Dzieje filozofii medycyny, jej istota, nazwa i definicja*, [w:] idem, *Filozofia medycyny*, Kęty 2005.
211. Szumowski W., *Filozofia medycyny*, [w:] idem, *Filozofia medycyny*, Kęty 2005.
212. Ślipko T., *Etyczny problem samobójstwa*, Kraków 2008.
213. Ślipko T., *Granice życia. Dylematy współczesnej bioetyki*, Kraków 1994
214. *Śmierć. Antologia tekstów filozoficznych*, wyb. i wstęp T. Sahaj, Toruń 2008.
215. Śródka A., *Uczni polscy XIX i XX stulecia*, t. V, Warszawa 2002.
216. Świątecka G., *Gdański Telefon Zaufania „Anonimowy Przyjaciel” święci jubileusz 40-lecia*, „*Nasza Gazeta – Telefon Zaufania*” 2007, nr 2,
217. Świątecka G., *Rys historyczny ruchu pomocy telefonicznej w Polsce* [w:] *20 lat Polskich Telefonów Zaufania*, Gdańsk 1987.
218. Świątecka G., *Zamierzone i umiłowane samobójstwa na podstawie materiałów gdańskiego Telefonu Zaufania*, „*Zdrowie Psychiczne*” 1978, nr 4., s. 33-41
219. Świdorski G., Stański M., red., *Władysław Biegański. Lekarz i filozof (1857 – 1917)*, Poznań 1971.
220. Tatoń J., *Filozofia w medycynie*, Warszawa 2003
221. *Telefon zaufania w profilaktyce patologii społecznej*, red. I. Kaflik, M. Marchewski, S. Węglewski, Częstochowa 1987.
222. Tétaz N., *Warto żyć*, tłum. R. Tybusz, Warszawa 1976.
223. Thomas L-V., *Tworzenie tanatologii*, [w:] *Wymiary śmierci*, wyb. i opr. S. Rosiek, Gdańsk 2002.
224. Tokarczyk R., *Prawa narodzin życia i śmierci*, Kraków 1997.

225. Tokarski S., *Psychologiczne źródła religijności*, [w:] *Podstawowe zagadnienia psychologii religii*, red. S. Głaz, Kraków 2006.
226. Toynbee A. i in., *Człowiek wobec śmierci*, tłum. D. Petsch, Warszawa 1973.
227. Tulczyński A., *Historia i ewolucja kodeksów deontologicznych*, [w:] *Etyka i deontologia lekarska*, red. T. Kielanowski, Warszawa 1985.
228. Tulczyński A., *Polskie lekarskie kodeksy deontologiczne*, Warszawa 1975.
229. Tulczyński A., red., *Deontologia lekarska*, Warszawa 1993.
230. Tulibacki W., *Etyka i nauki biologiczne*, Olsztyn 1994.
231. *Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej 1944-1979*, red. W., Skrzydło, R. Orłowski, G.L. Seidler, Lublin 1979.
232. Vovelle M., *Śmierć w cywilizacji Zachodu. Od roku 1300 po współczesność*, tłum. T. Swoboda i in., Gdańsk 2008.
233. *W drodze do brzegu życia*, red. E. Krajewska-Kułał i in., Białystok 2008, t. 5.
234. Walden-Gałuszko K. de, *Filozofia postępowania w opiece paliatywnej*, [w:] *Podstawy opieki paliatywnej*, red. K. de Walden-Gałuszko, Warszawa 2007.
235. Wejroch J., *W poszukiwaniu źródeł kryzysu*, „Więź” 1963, nr 4, s. 53-69.
236. Wielosz M., *Początki nauczania medycyny w Lublinie*, „Alma Mater” 2004, nr 3, s. 20-23.
237. Williams G., *Świętość życia a prawo karne*, tłum. J. Sawicki, Warszawa 1960.
238. Wilson M., *Zdrowie, postawy i wartości*, [w:] *Sens choroby, sens śmierci, sens życia*, opr. H. Bortnowska, Kraków 1984.
239. Witusik A., red., *Słownik biograficzny miasta Lublina*, Lublin 1993.
240. *Wmurowanie aktów erekcyjnych pod budowę gmachu Fizyki i Chemii oraz Domu Akademickiego*, [m.a.j.], „Sztandar Ludu” 1949, nr 293, s. 3.
241. *Wokół śmierci i umierania.. Antologia bioetyki*, red. i wstęp W. Galewicz, Kraków 2009.
242. Woleński J., *Kotarbiński*, Warszawa 1990.
243. Worowski K., *Początki AMB 1950 – 1955*, „Medyk Białostocki” 2008, nr 61/62, s. 23.
244. Wroński K., Cywiński J., Bocian R., Dziki A., *Paternalizm w medycynie*, „Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska” 2008, nr 3, s. 349–352.
245. *Wspomnienia dawne i niedawne: 60 lat nauczania medycyny w Lublinie*, red. W. Matysiak, oprac. B. Gašior, Lublin 2004.
246. Wulff H.R., Pedersen S.A., Rosenberg R., *Filozofia medycyny*, tłum. Z. Szawarski, Warszawa 1993, s. 64-65.
247. *Wymiary śmierci*, wyb. i opr. S. Rosiek, Gdańsk 2002.
248. Zagórski S., Jan Kielanowski, 1910-1989, „Gazeta Wyborcza”, 2006, dod. „Duży Format” nr 37 z 18 IX 2006.
249. Zawła M., *Religia i śmierć: trajektoria umierania i jej religijne elementy na przykładzie środowisk hospicyjnych w Polsce*, Kraków 2008.
250. Zborowski P., *Filozofia postępowania lekarskiego*, Warszawa 1990.
251. Zegarska Z., *Samodzielna Pracownia Embriologii*, „Annales Academiae Medicae Gedanensis” 1995, 25, supl. 1, s. 427-428.
252. Zieliński Z., *Lwów stolicą*, „Semper Fidelis” 1997, nr 5-6.
253. Ziemiński I., *Metafizyka śmierci*, Kraków 2010.
254. Ziotecka A., *Jan Kielanowski (1910-1989)*, [nekr., publikacje], „Nauka Polska” 1991, nr 3, s. 199-211.

Spis ilustracji

- Fot. 1. Herb rodowy Kielanowskich – Pobóg (wg: A. Boniecki, *Herbarz polski*, t. 11, Warszawa 1987) /9
- Fot. 2. Panorama Lwowa – widok z wieży ratuszowej, 2002 r. Kościół Dominikanów, Zespół Cerkwi Wołoskiej, Góra Piaskowa (fot. S. Kosiedowski, ZSK) /10
- Fot. 3. Lwów na starych fotografiach – widok na ul. Legionów (ZSK) /10
- Fot. 4. Tadeusz Kielanowski z ojcem i młodszym bratem Leopoldem (ZRK) /11
- Fot. 5. Gmach Skarbka – dom rodzinny Tadeusza Kielanowskiego, wygląd obecny (fot. S. Kosiedowski, ZSK) /11
- Fot. 6. Lekarska legitymacja urzędowa Bolesława Kielanowskiego, 1926 r. (ZRK) /11
- Fot. 7. Maria i Bolesław Kielanowscy – rodzice Tadeusza Kielanowskiego (ZRK) /11
- Fot. 8. Budynek byłego gimnazjum nr VIII we Lwowie, obecnie grekokatolicka Akademia Teologiczna (fot. S. Kosiedowski, ZSK) /12
- Fot. 9. Legitymacja Tadeusza Kielanowskiego (ZRK) /12
- Fot. 10. Zdjęcie rodzinne Kielanowskich, 1918 r. (ZJP) /12
- Fot. 11. Fragment przedstawienia L.H. Morstina „Mikołaj Kopernik” na dziedzińcu wawelskim (1936 r.). Leopold Pobóg-Kielanowski w roli Mikołaja Kopernika (NAC, sygn. 1-P-3685-22) /14
- Fot. 12. Szkoła w Nancy (ZRK) /15
- Fot. 13. Biblioteka uniwersytecka, okres międzywojenny (ZSK) /18
- Fot. 14. Uniwersytet Jana Kazimierza we Lwowie, obecnie Lwowski Uniwersytet Narodowy im. Iwana Franki (fot. S. Kosiedowski, ZSK) /18
- Fot. 15. Tadeusz Kielanowski z grupą studencką. Pierwszy rok studiów medycznych. (ZRK) /19
- Fot. 16. Pierwsza sekcja zwłok. (ZRK) /19
- Fot. 17. Zaświadczenie o pełnieniu funkcji przewodniczącego Towarzystwa Wzajemnej Pomocy Medyków – z 20 kwietnia 1928 r. (ZRK) /20
- Fot. 18. Zaproszenie na promocję doktorską (ZRK) /20
- Fot. 19. Dyplom doktora wszech nauk lekarskich (AGUMed) /20
- Fot. 20. Zaświadczenie potwierdzające uprawnienia do wykonywania praktyki lekarskiej (ZRK) /22
- Fot. 21. T. Kielanowski z prof. F. van Deinsse i dr. E. Loukidisem w Instytucie Pasteura (ZRK) /23
- Fot. 22. Fotografia Tadeusza Kielanowskiego z 1938 r. (ZRK) /24
- Fot. 23. Legitymacja członka Izby Zdrowia, Lwów 1942 r. (ZRK) /27
- Fot. 24. Tablica upamiętniająca mord na polskich profesorach na Wzgórzach Weluckich (fot. S. Kosiedowski, ZSK) /27
- Fot. 25. Lublin 1944 r. –Tadeusz Kielanowski w mundurze oficera Wojska Polskiego (ZRK) /30
- Fot. 26. Podanie o zatrudnienie na UMCS w Lublinie (AUML) /32
- Fot. 27. Życiorys z 1944 r. (AUML) /32
- Fot. 28. Dokument potwierdzający ministerialne zatwierdzenie habilitacji, 1945 r. (AUML) /36
- Fot. 29. Dokument mianowania profesorem nadzwyczajnym Katedry Patologii Ogólnej i Doświadczalnej UMCS, 1945 r. (AUML) /36
- Fot. 30. Tadeusz Kielanowski – rektor UMCS w Lublinie (AUMCS) /41
- Fot. 31. Powołanie na stanowisko rektora UMCS, 1948 r. (AUML) /41
- Fot. 32. Inauguracja roku akademickiego 1949/50 i uroczystości 5-lecia UMCS (AUMCS) /42
- Fot. 33. Wycinki prasowe z gazet lubelskich – 5 lat UMCS (AUMCS) /42
- Fot. 34. Wycinki prasowe z gazet lubelskich – „Sztandar Akademika”, pismo ZMP (AUMCS) /43
- Fot. 35. Pałac Branickich – z Kroniki AMB (AUMB) /49
- Fot. 36. Pałac Branickich – zniszczenia wojenne, 1944 r. (AUMB) /49
- Fot. 37. Powołanie Tadeusza Kielanowskiego na stanowisko rektora AMB (AUMB) /51
- Fot. 38. Powierzenie funkcji kierownika i organizatora Katedry Fizjologii AMB (AUML) /51
- Fot. 39. Karty z „Kroniki AMB” (AUMB) /55
- Fot. 40. Gmach główny AMB (były pałac Branickich) od strony dziedzińca, zima 2010 r. (fot. J. Halasz, ZJH) /56
- Fot. 41. Gmach główny AMB od strony parku, zima 2010 r. (fot. J. Halasz, ZJH) /56
- Fot. 42. Rada Wydziału Lekarskiego 1952/53 AMB (AUMB) /60
- Fot. 43. Widok na nowo wybudowane obiekty AMB: dom studencki i zakłady teoretyczne (AUMB) /61
- Fot. 44. W klinice AMB – prof. Kielanowski i część zespołu: lab. E. Szymska, piel. E. Łapińska, dr B. Fąfrowicz, H. Kwiatkowska, dr W. Stański, 1954 r. (ZRK) /63

- Fot. 45. Dokument mianowania profesorem nadzwyczajnym /64
- Fot. 46. Tadeusz Kielanowski w otoczeniu studentów AMB (ZRK) /66
- Fot. 47. Wręczenie dyplomów pierwszym absolwentom AMB, 1955 r. (ZRK) /68
- Fot. 48. Karty z „Kroniki AMB”. Artykuły prasowe, 1955 r. (AUMB) /68
- Fot. 49. „Medyk Białostocki” przypominający postać Kielanowskiego oraz folder wystawy (fot. J. Halasz, ZJH) /71
- Fot. 50. Powołanie na kierownika Katedry Ftyzjatrii AMG (ZRK) /73
- Fot. 51. Wyjazd z Białegostoku do Gdańska, 1956 r. (ZRK) /74
- Fot. 52. Zofia i Tadeusz Kielanowscy (ZRK) /76
- Fot. 53. Dokument nadania tytułu profesora zwyczajnego (ZRK) /76
- Fot. 54. Pawilony Katedry i Kliniki Gruźlicy i Chorób Płuc AMG – obecnie Klinika Pneumologii oraz Klinika Alergologii (fot. J. Halasz, ZJH) /77
- Fot. 55. List ministra zdrowia w związku z przejściem Tadeusza Kielanowskiego na emeryturę, 1975 r. (ZRK) /84
- Fot. 56. Budynek Wojewódzkiego Szpitala Przeciwgruźliczego na Stawowiu w Sopocie, wygląd obecny (fot. J. Halasz, ZJH) /86
- Fot. 57. Grób Tadeusza Kielanowskiego na cmentarzu Srebrzysko w Gdańsku (fot. J. Halasz, ZJH) /88
- Fot. 58. Spis publikacji naukowych Tadeusza Kielanowskiego załączony do dokumentów złożonych na UMCS w Lublinie (AUML AoTK) /89
- Fot. 59. Rękopis pracy „Ftyzjatria czy pneumologia” (AUMB) /90
- Fot. 60. Rękopis pracy „Rozważania na temat moralności socjalistycznej służby zdrowia” (AUMB) /90
- Fot. 61. Książki autorstwa Tadeusza Kielanowskiego (fot. J. Halasz, ZJH) /91
- Fot. 62. Książki w tłumaczeniu lub naukowej redakcji Tadeusza Kielanowskiego (fot. J. Halasz, ZJH) /92
- Fot. 63. Pismo do Zarządu Głównego PTF w sprawie powołania oddziału gdańskiego PTF, 1965 r. (AOGPTF) /96
- Fot. 64. Powołanie na stanowisko dyrektora Instytutu Gruźlicy w Warszawie, 1958 r. (ZRK) /97
- Fot. 65. Dokument stwierdzający nadanie godności członka honorowego PTPT oraz legitymacja Honorowego Dyżurnego TZ – nr 1 (ZRK) /100
- Fot. 66. „Gazeta AMG”, z artykułem przypominającym historię telefonów zaufania; prof. G. Świątecka i „Telefon Zaufania – Nasza Gazeta” (fot. J. Halasz, ZJH) /100
- Fot. 67. Opublikowane materiały z Krajowych Konferencji Lekarzy i Humanistów (fot. J. Halasz, ZJH) /104
- Fot. 68. Tadeusz Kielanowski w czasie uroczystości nadania doktoratu honoris causa i obchodów 25-lecia UMCS i AML (AUMCS) /105
- Fot. 69. Krzyż Armii Krajowej – dokument nadania (ZRK) /106
- Fot. 70. Medal „Medicus Magnus” – dokument nadania (ZRK) /106
- Fot. 71. Medal Boya-Żeleńskiego – dokument nadania, 1980 r. (ZRK) /106
- Fot. 72. Tytuł laureata Académie Nationale de Médecine i nagroda im. Batel-Rouvier, 1969 r. (ZRK) /106
- Fot. 73. Nagroda I stopnia im. Jędrzeja Śniadeckiego PAN, 1974 r. (ZRK) /106
- Fot. 74. Nagroda naukowa I stopnia ministra zdrowia za szczególne osiągnięcia na rzecz ochrony zdrowia (ZRK) /107
- Fot. 75. Dyplom uznania PTL za wkład pracy w tworzenie zbioru zasad etyczno-deontologicznych, 1990 r. (ZRK) /107
- Fot. 76. Nagroda miesięcznika „Problemy”, 1985 r. (ZRK) /107
- Fot. 77. Kurs szybowcowy w Czerwonym Kamieniu pod Lwowem, 1939 r. (ZRK) /107
- Fot. 78. Tadeusz Kielanowski z psem Dingo, okres gdański (ZRK) /108

Aneks I. Teksty deontologiczne

PRZYSIĘGA HIPOKRATESA¹²⁷⁶

„Przysięgam na Apollina, lekarza, na Asklepiosa, Hygieę i Pahacę, oraz na wszystkich bogów i boginie, biorąc ich za świadków, że wedle mej możliwości i zdolności będę dochowywał tej przysięgi i tego zobowiązania.

Mistrza mego w tej sztuce będę szanował na równi z rodzicami, będę się dzielił z nim swem mieniem i na żądanie zaspokajał jego potrzeby; synów jego będę uważał za swych braci i będę uczył ich swej sztuki, gdyby zapragnęli się w niej kształcić, bez wynagrodzenia i żadnego zobowiązania z ich strony; prawideł, wykładów i całej pozostałej nauki będę udzielał swym synom, synom swego mistrza oraz uczniom, wpisanym i związanym prawem lekarskim, poza tym nikomu innemu.

Będę stosował zabiegi lecznicze wedle mych możliwości i zdolności ku pożytkowi chorych, broniąc ich od uszczerbku i krzywdy.

Nikommu, nawet na żądanie, nie podam śmiertelnej trucizny, ani nikomu nie będę jej doradzał, podobnie też nie dam nigdy niewieście środka na poronienie. W czystości i niewinności zachowam życie swoje i sztukę swoją.

Do jakiegokolwiek wejdę domu, wejdę doń dla pożytku chorych, wolny od wszelkiej chęci krzywdzenia i szkodenia, jako też wolny od pożądań zmysłowych, tak względem niewiast jak mężczyzn, względem wolnych i niewolników.

Cokolwiek bym podczas leczenia czy poza nim w życiu ludzkim ujrzał czy usłyszał, czego nie należy rozgłaszać, będę milczał, zachowując to w tajemnicy.

Jeżeli dochowam tej przysięgi i nie złamię jej, obym osiągnął pomyślność w życiu i pełnieniu swej sztuki, ciesząc się uznaniem ludzi po wszystkie czasy; w razie jej przekroczenia i złamania niech mię los przeciwny dotknie”.

DEKLARACJA GENEWSKA (1949 r.)¹²⁷⁷

„W chwili przyjęcia mnie do grona członków zawodu lekarskiego ślubuję uroczyście, że poświęcę moje życie służbie ludzkości;

Będę otaczał moich nauczycieli należną im wdzięcznością i czcią;

Będę wykonywał swój zawód sumiennie i z godnością;

Zdrowie chorego będzie moją główną troską;

Będę szanował powierzone mi tajemnice;

Wedle wszelkich moich możliwości będę dbał o honor i szlachetne tradycje zawodu lekarskiego;

Moi Koledzy będą moimi braćmi;

Nie dopuszczę do tego, by argumenty religijne, narodowościowe, rasowe, partyjne lub klasowe mogły wpływać na mnie w wykonywaniu mojego obowiązku wobec chorego;

Zachowam najwyższy respekt dla życia ludzkiego od chwili jego poczęcia; nawet pod wpływem groźby nie użyję mojej wiedzy lekarskiej przeciwko prawom ludzkości.

Przyrzekam to uroczyście, bez przymusu na mój honor”.

¹²⁷⁶Tekst przysięgi przytaczam za: „Służba Zdrowia” 2002, nr 10. Tłumaczenie zostało dokonane z oryginału greckiego według wydania: Hippocrates – *Opera omnia*, Lipsiae 1892, vol. 2 oraz *Hippocratis et aliorum medicorum veterum reliquiae*, ed. Franc. Zachar Ermerins, Traiecti ad Rhenum, 1852-1859, vol. 3. Tekst przetłumaczyła dr G. Piankówna, został opublikowany w r. 1931 przez prof. dr. Władysława Szenajcha.

¹²⁷⁷ Tekst przytaczam za: *Teksty deontologiczne. Deklaracja Genewska (1949), Międzynarodowy Kodeks Etyczny (1949), Brytyjski Kodeks Etyczny (1953)*, wstęp i tłum. z j. angielskiego T. Kielanowski, „Biuletyn Głównej Biblioteki Lekarskiej” 1959, nr 2, s. 89.

PRYZRZECZENIE LEKARSKIE

(obowiązujące w okresie Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej – tekst został przyjęty w 1918 r.)¹²⁷⁸

„Przyjmując z czcią i głęboką wdzięcznością nadany mi stopień lekarza i pojmując całą wagę związanych z nim obowiązków przyrzekam i ślubuję,

że w ciągu całego życia będę spełniał wszystkie prawem nałożone obowiązki, strzegł godności lekarza i niczym jej nie splamię,

że według najlepszej wiedzy będę dopomagał cierpiącym, zwracającym się do mnie o pomoc, mając na celu wyłącznie ich dobro,

że nie nadużyję ich zaufania

i, że zachowam w tajemnicy to wszystko, o czym się dowiem w związku z wykonywaniem zawodu.

Przyrzekam i ślubuję dalej, że do kolegów lekarzy będę się zawsze odnosił z koleżeńską życzliwością, jednak bezstronnie, mając dobro chorych mi powierzonych przede wszystkim na względzie.

Przyrzekam i ślubuję wreszcie, że będę się stale doskonalił w naukach lekarskich i ze wszystkich sił starał przyczynić się do ich rozkwitu

i, że podam zawsze bez zwłoki do wiadomości świata naukowego wszystko to, co uda mi się wynaleźć lub udoskonalić”.

PRYZRZECZENIE LEKARSKIE

(obowiązujące obecnie wraz z tekstem „Kodeksu etyki lekarskiej” od 2 stycznia 2004 r. ze zmianami uchwalonymi w dniu 20 IX 2003 roku przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy)¹²⁷⁹:

„Przyjmuję z szacunkiem i wdzięcznością dla moich Mistrzów nadany mi tytuł lekarza i w pełni świadomy związanych z nim obowiązków przyrzekam:

- obowiązków te sumiennie spełniać;*
- służyć życiu i zdrowiu ludzkiemu;*
- według najlepszej mej wiedzy przeciwdziałać cierpieniu i zapobiegać chorobom, a chorym nieść pomoc bez żadnych różnic, takich jak: rasa, religia, narodowość, poglądy polityczne, stan majątkowy i inne, mając na celu wyłącznie ich dobro i okazując im należyty szacunek;*
- nie nadużywać ich zaufania i dochować tajemnicy lekarskiej nawet po śmierci chorego;*
- strzec godności stanu lekarskiego i niczym jej nie splamić, a do kolegów lekarzy odnosić się z należną im życzliwością, nie podważając zaufania do nich, jednak postępując bezstronnie i mając na względzie dobro chorych;*
- stale poszerzać swą wiedzę lekarską i podawać do wiadomości świata lekarskiego wszystko to, co uda mi się wynaleźć i udoskonalić.*

Przyrzekam to uroczyście!”

¹²⁷⁸ Przytaczam za: A. Tulczyński, *Historia i ewolucja kodeksów deontologicznych*, [w:] *Etyka i deontologia lekarska*, pod red. T. Kielanowskiego, Warszawa 1985, s. 197.

¹²⁷⁹ *Kodeks etyki lekarskiej (Tekst jednolity z dnia 2 stycznia 2004 r.)*, Warszawa 2004.

MIĘDZYKARODOWY KODEKS ETYCZNY (1949 r.)¹²⁸⁰

Ogólne obowiązki etyczne lekarzy

Zachowanie się lekarza we wszelkich dziedzinach życia, winno dążyć do osiągnięcia wysokiego poziomu moralnego.

Lekarzom nie wolno dopuścić do tego, by głównym motywem jego działalności zawodowej była chęć zysku.

Lekarzom nie wolno ani żądać, ani korzystać z żadnych ogłoszeń, dotyczących jego kwalifikacji lub pracy zawodowej, z wyjątkiem takich, na jakie zezwala kodeks etyczny, obowiązujący w jego kraju.

Lekarzom nie wolno się zgodzić na takie warunki pracy, któreby nie respektowały jego zawodowej niezależności.

Lekarzom nie wolno korzystać z takich dochodów lub przywilejów pieniężnych, o których nie wiedziałby jego pacjent.

W żadnym wypadku nie wolno lekarzom wykonywać, zezwalać na wykonanie ani współdziałać w takich czynnościach, które mogą osłabić odporność fizyczną lub umysłową człowieka, z wyjątkiem potrzeb wynikających z zapobiegania chorobom lub ich leczenia.

Lekarz wezwany do zbadania faktów lub wystawienia świadectwa, ma prawo stwierdzić tylko prawdę, lub to, co jest zgodne z jego opinią zawodową,

Obowiązki etyczne lekarzy wobec chorych

Lekarz winien zawsze pamiętać o ważności zachowania życia ludzkiego, od chwili poczęcia życia, aż do śmierci.

Lekarzom nie wolno się wahać w zaproponowaniu lub zgodzie na propozycję narady z kolegą zawodowym, jeżeli z jakiegokolwiek przyczyny narada wydaje się pożądana w interesie chorego

Z wyjątkiem przypadków przewidzianych przez prawo jego kraju, nie wolno lekarzom wyjawiać bez zgody chorego wiadomości, uzyskanych w czasie stosunku zawodowego z chorym.

Lekarz jest obowiązany udzielać pomocy w przypadku nagłym, póki nie upewni się, że pomoc ze strony innego lekarza może być i jest zapewniona.

Obowiązki etyczne wewnątrz zawodowe

Lekarz winien utrzymywać przyjazne stosunki ze swoimi kolegami, oceniać właściwie ich opinie i ich osiągnięcia i w żadnym wypadku nie podkopywać zaufania, jakie w nich pokładają ich pacjenci.

Lekarzom nie wolno dążyć do przyciągania ku sobie pacjentów swoich kolegów za pomocą sposobów innych, niż zdobycie normalną drogą dobrej opinii zawodowej

Lekarz winien stosować się do zasad „Deklaracji Genewskiej”, zatwierdzonej przez Światowe Stowarzyszenie Lekarzy.

¹²⁸⁰ Tekst przytaczam za: *Teksty deontologiczne. Deklaracja Genewska (1949), Międzynarodowy Kodeks Etyczny (1949), Brytyjski Kodeks Etyczny (1953)*, op. cit., s. 89-90.

Aneks II. Projekt kodeksu etyki lekarskiej

**Tadeusz Kielanowski – Kodeks deontologiczny polskiej służby zdrowia¹²⁸¹.
Tekst projektu z 1959 r.**

1. Służba zdrowia Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej udziela porady i pomocy lekarskiej wszystkim mieszkańcom kraju, bez względu na ich przynależność państwową i ich narodowość.
2. Jakość porady i pomocy nie zależy ani od rodzaju wykonywanej przez pacjenta pracy, ani od zajmowanego stanowiska, ani od funkcji społecznej, ani od wysokości ewentualnie należnej zapłaty.
3. Nikt nie może być pozbawiony prawa korzystania ze świadczeń służby zdrowia Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej.
4. Służba zdrowia PRL opiera się w wykonywaniu swoich zadań na osiągnięciach nauki lekarskiej, której rozwój na terenie kraju otacza szczególną opieką.
5. Wykonawcą zadań służby zdrowia jest lekarz i farmaceuta, a ich pomocnikami są felczer, pielęgniarka, położna, laborant medyczny i pracownicy różnych zawodów zajęci w zakładach służby zdrowia.
6. Naczelnym organem, kontrolującym pracę służby zdrowia, jest Ministerstwo Zdrowia. Minister Zdrowia odpowiada przed Sejmem za pracę organów służby zdrowia.
7. Obowiązkiem służby zdrowia jest leczenie chorych i zapobieganie chorobom przez wprowadzenie w życie środków zalecanych przez naukę.
8. Obowiązkiem wszystkich pracowników służby zdrowia jest szerzenie oświaty sanitarnej, walka z ciemnotą, znachorstwem, przesądem.
9. Służba zdrowia PRL potępia surowo wszelkie próby nadużywania nauki lekarskiej dla celów wojny lub masowej zagłady, zaś wszelkie zdobycze nauki rodzimej podaje bezzwłocznie do wiadomości całego świata.
10. Służba zdrowia PRL niesie w miarę swoich możliwości pomoc narodom cierpiącym z powodu dyskryminacji rasowej, ucisku kolonialnego, agresji, wojny i klęsk żywiołowych.

Lekarze

I Postanowienia ogólne

11. Obowiązkiem lekarza jest bezpośrednio niesienie pomocy ludziom chorym, praca zapobiegawcza, szerzenie oświaty sanitarnej, czynna współpraca z władzami, kierującymi służbą zdrowia i praca naukowa.
12. Szczególnie poświęcenie się jednej z wymienionych dziedzin pracy lekarskiej nie zwalnia lekarza od obowiązku stosowania się do zasad niniejszego kodeksu.
13. Praca lekarza jest pracą zaszczytną, a społeczeństwo ufa lekarzowi.
Zachowanie się lekarza w pracy i poza pracą, powinno wzbudzać w społeczeństwie zaufanie do osoby lekarza.
Wszelkie dokonane przez lekarza przekroczenia pospolitych praw i rozporządzeń stanowią równocześnie przekroczenie zawodowe i mogą być karane dyscyplinarnie, niezależnie od postępowania publicznego. Przekroczenia pospolite dokonane z niskich pobudek lub chęci zysku karane są dyscyplinarnie czasowo utratą prawa wykonywania zawodu, zbrodnie z niskich pobudek lub chęci zysku karane są utratą prawa wykonywania zawodu na zawsze.

¹²⁸¹ Tekst opublikowany po raz pierwszy w „Służbie Zdrowia” 1959, nr 12/13, s. 2; oraz nr 14, s. 3; Tekst przytaczam za: A. Tulczyński, *Polskie lekarskie kodeksy deontologiczne*, Warszawa 1975, s. 162-171.

14. Lekarz obowiązany jest stosować się do praw, rozporządzeń i przepisów, dotyczących służby zdrowia.
Jeżeliby lekarz uważał, że zasady wymienionych praw, rozporządzeń lub przepisów nie były zgodne z dobrem służby zdrowia, dobrem społecznym lub jego sumieniem, winien zawiadomić o tym tę władzę, która je wydała. Do czasu rozpatrzenia sprawy winien się jednak do nich stosować.
15. Lekarz winien się zwolnić z pracy lub zmienić rodzaj pracy, jeżeli uważa, że praca dotychczasowa naraża go na obowiązek dokonywania czynów wprawdzie legalnych i naukowo lub społecznie uzasadnionych, lecz niezgodnych z jego sumieniem lub jego przekonaniem.
16. Przynależność do związku zawodowego i do lekarskich towarzystw naukowych jest moralnym obowiązkiem lekarza. Nikt nie może być jednak pociągniętym do odpowiedzialności za nienależenie do nich.
17. Lekarz opiera się w swojej pracy na swojej wiedzy i na swoim doświadczeniu. Błędy, popełnione przez lekarza z niedostatku wiedzy, mogą stanowić przekroczenie zawodowe i podlegać dyscyplinarnej karze. Lekarz powinien na żądanie swoich lekarskich władz przełożonych umieć uzasadnić swoje postępowanie.
Lekarzowi nie wolno stosować metod ani środków tajnych, jemu tylko znanych. W razie uczynienia spostrzeżeń lub odkryć naukowych obowiązany jest lekarz – nie czekając na wezwanie – podać je do wiadomości towarzystwa naukowego, Rady Wydziału Akademii Medycznej, Rady Naukowej Instytutu Naukowego lub Rady Naukowej przy Ministerstwie Zdrowia, lub też ogłosić je drukiem w dowolnym polskim lub zagranicznym piśmie naukowym.
Omawianie bieżących spostrzeżeń naukowych lub prowadzonych prac naukowych – nie poddanych krytyce wymienionych instytucji lub prasy zawodowej i nie sprawdzonych – w prasie codziennej lub periodycznej, przeznaczonej dla szerokiej publiczności, a mogące nosić cechy reklamy lub wprowadzić czytelników w błąd, jest przekroczeniem zawodowym.
18. Chęć zysku nie może być nigdy głównym motywem działalności lekarza. Lekarzowi wolno jednak starać się o poprawę swoich warunków bytu w drodze domagania się przewidzianej ustawami zapłaty oraz starać się o zmianę tych ustaw lub rozporządzeń drogą akcji związku zawodowego lub innych legalnych organizacji.
19. Podejmowanie przez lekarza czynności zawodowych, w szczególności zabiegów specjalistycznych bez ich dostatecznej znajomości i bez doświadczenia, jest przekroczeniem zawodowym, a może być nawet poważnym przekroczeniem zawodowym, bez względu na to, czy chory poniósł, czy też nie poniósł uszczerbku na zdrowiu.
20. Posługiwanie się przez lekarza nie należnymi mu tytułami zawodowymi lub naukowymi, a także stałe tolerowanie posługiwania się nimi w stosunku do niego przez podwładnych lub pacjentów, jest przekroczeniem zawodowym. Powyższa zasada nie dotyczy tytułowania przez pacjentów zwyczajowym tytułem doktora, jeżeli sam lekarz nie używa nie przysługującego mu tytułu.
21. W godzinach wolnych od pracy zawodowej, może lekarz oddawać się dowolnej aktywności społecznej, politycznej, literackiej, artystycznej, sportowej lub innej. W razie jednak, gdyby ta aktywność miała wpływać ujemnie na jego powagę zawodową, winien się w niej posługiwać pseudonimem.
22. Wszelka współpraca lekarza ze znachorami i osobami zajmującymi się leczeniem bez uprawnienia, bez względu na motywy tej współpracy, jest karygodna.
Naukowe badanie metod, stosowanych przez znachorów, może być dokonywane jedynie przez odpowiednio przygotowane i zaopatrzone kliniczne lub podobne zakłady naukowe.
23. Umniejszanie w oczach społeczeństwa wartości świadczeń uspołecznionej służby zdrowia w celu zwiększenia zysku z praktyki prywatnej, stanowi poważne przekroczenie zawodowe.
24. Obowiązkiem lekarza jest czynna współpraca z władzami wszelkich szczebli w zakresie dążenia do spełnienia zadań służby zdrowia. Lekarz, uchylający się od czynnej współpracy z władzami bez poważnej przyczyny, nie spełnia należycie swojego obowiązku.
25. Lekarz, zaniedbujący stałego dokształcania się, popełnia czyn karygodny.

Lekarz, odmawiający zgody na doksztalcenie, wymagane przez władze, może być pociągnięty do odpowiedzialności dyscyplinarnej, a nawet czasowo lub stale pozbawiony prawa wykonywania zawodu.

26. Wystawianie na piśmie świadectw i orzeczeń lekarskich należy do normalnych czynności lekarza. Lekarz obowiązany jest znać ustawy, rozporządzenia i przepisy, dotyczące orzecznictwa. W swoich świadectwach i orzeczeniach może lekarz stwierdzać tylko prawdę, oraz wypowiadać opinie zgodne ze swoim przekonaniem zawodowym i najlepszą wiedzą. Wystawianie świadectwa lub orzeczenia, niezgodnego z powyższymi zasadami, już to w celu wyświadczenia choremu przysługi, już to w jakimkolwiek celu, stanowi poważne przekroczenie zawodowe. Uczynienie tego z chęci zysku, karane jest pozbawieniem prawa wykonywania zawodu na czas określony lub na zawsze.
27. Lekarz obowiązany jest zawiadomić władze nadzorcze o swojej chorobie lub ułomności, obniżającej jego sprawność zawodową. Władze nadzorcze obowiązane są, po dokładnym zaznajomieniu się ze stanem zdrowia lekarza, stworzyć mu inne, właściwsze warunki pożytecznej pracy.
28. Lekarz, który z przyczyn osobistych pragnie zaprzestać pracy w służbie zdrowia, powinien zawiadomić o tym właściwą władzę. Lekarz powinien zawsze pamiętać, że koszta jego studiów pokryło społeczeństwo i że dług ten powinien być w przewidziany sposób spłacony.

II. Obowiązki lekarza wobec chorych

29. Lekarz winien stale pamiętać o tym, że chory jest przede wszystkim człowiekiem cierpiącym, nieszczęśliwym i że w postępowaniu z nim należy się kierować współczuciem i wyrozumiałością. To samo dotyczy stosunków zawodowych z rodziną chorego.
30. Bez względu na to, jakie uczucia osoba pacjenta budzi w lekarzu, winien lekarz widzieć w niej tylko człowieka cierpiącego, wymagającego pomocy. Nawet w czasie wojny nie wolno lekarzowi kierować się uczuciem nienawiści do podlegających jego opiece chorych nieprzyjaciół.
31. Lekarz winien szanować przekonania religijne, wierzenia, obyczaje i wszelkie szczególne cechy ludzi, których leczy lub którymi się opiekuje. W razie jednak gdyby stały one w rażącej sprzeczności ze zdrowym rozsądkiem, były przyczyną choroby lub szkodliwy w danej chorobie, winien w sposób taktowny, ale zdecydowany, zwrócić im na to uwagę.
32. Lekarzowi nie wolno wykorzystywać wpływu, uzyskanego na chorego w czasie leczenia, w celu prowadzenia agitacji religijnej, politycznej lub jakiegokolwiek innej.
33. Lekarz winien dbać o to, by w podległym mu zakładzie służby zdrowia żadna akcja, propaganda ani tworzone nastroje nie narażały chorego na przykrości, ani nie ograniczały jego przekonań i swobód obywatelskich.
34. Wszelkie czynności lub zabiegi lekarskie powinny mieć uzasadnienie naukowe lub społeczne. Lekarzowi nie wolno wykonywać nie uzasadnionych zabiegów wyłącznie na życzenie pacjenta.
35. Lekarz odpowiada zawsze osobiście za leczenie chorego. Od odpowiedzialności nie zwalnia go fakt podlegania w lecznictwie otwartym lub zamkniętym lekarzowi starszemu, bez względu na jego tytuł zawodowy lub naukowy. Lekarz ma prawo odmówić wykonania zabiegu lub stosowania leczenia zaleconego przez swojego przełożonego kolegę, jeżeli nie jest osobiście przekonany o celowości i słuszności zalecenia. O swojej odmowie musi jednak przełożonego zawiadomić, prosząc o wyjaśnienia i argumenty. W razie stałej niezgodności opinii w sprawach, dotyczących rozpoznania lub leczenia między lekarzem przełożonym a podległym, powinni obaj przedstawić sprawę specjalistycznie wojewódzkiemu lub krajowemu swojej specjalności, który zdecyduje w porozumieniu z właściwymi władzami, w jaki sposób rozwiązać przyszłą pracę jednego lub obu zainteresowanych lekarzy.

36. W każdym wypadku, w którym rozpoznanie, leczenie lub rokowanie nasuwa lekarzowi wątpliwości, a także na życzenie chorego lub jego rodziny, winien lekarz prosić bardziej doświadczonego kolegę o poradę.
Odbycie narady i zastosowanie się do jej wyniku nie zwalnia lekarza w żadnym stopniu od odpowiedzialności za losy chorego, ani nie przenosi tej odpowiedzialności na osobę konsultanta.
Jeżeli opinia konsultanta nie przekonała lekarza, wolno mu się do niej nie stosować, winien jednak poinformować o tym konsultanta, a także, jeżeli zachodzi potrzeba – chorego lub jego rodzinę.
37. Lekarz obowiązany jest udzielić pierwszej pomocy choremu w nagłym wypadku o każdej porze dnia i nocy, bez względu na swoją specjalność, jeżeli pomoc Pogotowia Ratunkowego nie jest natychmiast z jakiegokolwiek przyczyny osiągalna.
38. W przypadku klęsk społecznych lekarz jest obowiązany udzielać pomocy ludności na wezwanie władz lub z własnej inicjatywy w miarę swoich najlepszych możliwości, a bez względu na swoją specjalność, szczególne kwalifikacje lub tytuły.
39. W wypadkach klęsk społecznych nie wolno lekarzowi odmówić imiennemu wezwaniu ze strony Ministra Zdrowia udania się na czas trwania klęski w wyznaczony teren.
40. Lekarz winien zachować w tajemnicy wszystko to, co mogłoby szkodzić choremu lub jego rodzinie, nawet fakty mało istotne, na których ukryciu jednak choremu zależy.
Lekarz winien dbać o to, by warunki pracy w jego zakładzie sprzyjały dyskrecji.
Lekarzowi nie wolno ukrywać chorób zakaźnych, ani zbrodni dokonanych na osobie chorego.
Lekarz zwolniony jest z zachowania tajemnicy zawodowej w przypadkach przewidzianych przez prawo.
41. Obowiązek lekarza nie ogranicza się do zalecania choremu właściwego leczenia; lekarz winien ponadto wskazać choremu sposoby uzyskania świadczeń służby zdrowia, otrzymania zaleconych leków, skierowań na leczenie szpitalne, sanatoryjne lub inne. Obowiązek ten obciąża lekarza szczególnie w wypadku chorych niezaradnych, nieobytých, o niskim poziomie wykształcenia.
42. Lekarz obowiązany jest mówić choremu prawdę o rozpoznaniu, proponowanym leczeniu i rokowaniu. Rokowania poważne powinny być jednak podawane do wiadomości ogłędnie, a rokowania niepomysłne wolno zataić.
Lekarz decyduje w każdym wypadku sam, kiedy powinien rodzinę chorego zawiadomić o złym rokowaniu.
Lekarz powinien pamiętać, że pocieszenie chorego i jego rodziny jest wielką sztuką i pierwszym obowiązkiem, a doskonalenie się w tej sztuce trwa całe życie.
43. Lekarz powinien na każde życzenie chorego, a w granicach możliwości także uprzedzając to życzenie, wyjaśniać choremu działanie leków, metod leczniczych lub zabiegów, które zamierza u niego stosować. Niski stopień wykształcenia chorego nie zwalnia lekarza od tego obowiązku
44. Nikogo nie wolno leczyć ani operować wbrew jego woli. Wyjątek stanowią choroby zakaźne, alkoholizm i choroby psychiczne, przewidziane przez prawo.
45. Nie wolno leczyć ani operować dzieci wbrew woli ich rodziców lub prawnych opiekunów. Wyjątek stanowią przypadki zaniedbywania dzieci, wymagające odebrania rodzicom lub opiekunom praw wychowawczych.
W wypadku dzieci starszych, mających ukończoną szkołę podstawową, a wymagających w ciężkiej chorobie nieodzownego leczenia i zgadzających się na to leczenie lub proszących o nie, lekarz może wystąpić do właściwych władz z wnioskiem o pominięcie nie uzasadnionego sprzeciwu rodziców lub opiekunów.
Oddanie dziecka na leczenie na oddział wewnętrzny nie jest równoznaczne ze zgodą rodziców na wykonanie operacji na oddziale zabiegowym. Operacja może być jednak wykonana w przypadkach nagłych, wykluczających możliwość porozumienia się w potrzebnym czasie.
46. Powyższe zasady nie zwalniają lekarza od obowiązku dokładania największych wysiłków w celu przekonania chorych lub ich rodziców o konieczności prowadzenia leczenia lub dokonania operacji.

47. Leczenie lub operowanie chorego wbrew jego woli lub wbrew woli jego rodziców lub prawnych opiekunów, z wyjątkiem przypadków przewidzianych przez prawo, jest ciężkim przekroczeniem zawodowym, bez względu na wynik leczenia lub operacji.
48. Brak zgody chorego na proponowane przez lekarza leczenie nie zwalnia lekarza od obowiązku dalszej opieki nad nim. Jednakowoż w wyjątkowych wypadkach wolno lekarzowi za wiedzą i zgodą dyrektora szpitala wypisać chorego z wysoce specjalistycznego oddziału, po zapewnieniu mu dalszej potrzebnej opieki na innym oddziale lub w lecznictwie otwartym.
49. W wypadkach chorób, dających się wyleczyć przy pomocy środków lub zabiegów znanych i wypróbowanych, nie wolno lekarzowi w celach wyłącznie naukowych stosować środków nowych i nie wypróbowanych.
- W wypadkach uzasadnionych i wyjątkowych wolno to jednak czynić za zgodą takiego chorego, którego wykształcenie i inteligencja są dostateczne dla zrozumienia eksperymentu. Przed rozpoczęciem leczenia winien lekarz uzyskać zgodę Rady Wydziału Akademii Medycznej, Rady Naukowej Instytutu Naukowego lub Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia. Dotyczy to tylko eksperymentów, nie narażających chorego na żadne, nawet najmniejsze niebezpieczeństwo.
50. W wypadkach chorób lub stanów nieuleczalnych, lub uchodzących za takie, wolno stosować wszelkie nowe, a rozsądne środki i zabiegi, bez informowania o tym chorego, jednakowoż za wiedzą dyrektora szpitala, specjalisty wojewódzkiego lub innego przełożonego lekarza.
51. W wypadkach nagłych lekarz postępuje zawsze zgodnie ze swoim sumieniem.
52. Przeprowadzanie doświadczeń naukowych, dotyczących zapobiegania chorobom, żywienia, a nawet leczenia zespołów ludzkich, nie może odbywać się nigdy, nawet za zgodą zainteresowanych na żołnierzach w służbie czynnej, dzieciach wychowywanych w zakładach, ani więźniach.
53. Podobne doświadczenia mogą być jednak wykonywane na zespołach ludzi pełnoletnich mieszkających w Domach Akademickich, Domach Robotniczych, internatach szkolących osoby pełnoletnie itp. zakładach, których mieszkańcy mogą w zasadzie każdej chwili Dom opuścić. Odmowa poddania się doświadczeniu nie może być jednak w żadnym wypadku przyczyną usunięcia mieszkańca z Domu, internatu lub zakładu.
54. Osoby, poddawane doświadczeniu, powinny być szczegółowo poinformowane o jego potrzebach społecznych lub naukowych i jego celach. Doświadczeń niebezpiecznych dla życia osób, żyjących w wymienionych zespołach, w ogóle przeprowadzać nie wolno.
55. Doświadczenia niebezpieczne może lekarz przeprowadzać tylko na sobie samym, a po uzyskaniu zgody Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej lub Rady Naukowej Instytutu Naukowego, zatwierdzonej przez Radę Naukową przy Ministrze Zdrowia i przy braku sprzeciwu ze strony Ministra Zdrowia.
56. Lekarzowi nie wolno dążyć do skrócenia życia nieuleczalnie chorego, nawet na jego prośbę. Nie wolno również pomagać choremu w dokonaniu samobójstwa.
- W wypadku choroby, w obecnym stanie wiedzy bezwzględnie nieuleczalnej, znacznie zaawansowanej, a połączonej z bardzo dotkliwymi, nie dającymi się już opanować cierpieniami, wolno lekarzowi kłaść główny nacisk na łagodzenie cierpień chorego, bez stosowania środków, mogących przedłużyć życie i cierpienie.
57. Przyjmowanie od chorych wynagrodzeń za czynności objęte umową o pracę w służbie zdrowia stanowi poważne przekroczenie zawodowe.
- Przyjmowanie od chorych darów, nie posiadających wartości handlowej, lub wartość bardzo niewielką, nie jest przekroczeniem.

III. Obowiązki lekarza wobec współpracowników

58. Lekarz starszy, pracujący przy pomocy lekarza stażysty lub lekarzy młodszych, lub kierujący zespołem lekarzy niżej kwalifikowanych i pomocniczego personelu lekarskiego, jest obowiązany ich szkolić i umożliwiać im podwyższenie kwalifikacji.

Utrudnianie lekarzom młodszym nabywania wiedzy i doświadczenia jest poważnym przekroczeniem zawodowym.

59. Lekarz winien dbać o dobre imię służby zdrowia. W razie stwierdzenia uchybień w pracy podległych mu lub nie podległych mu pracowników służby zdrowia wszelkich szczebli, winien powiadomić o tym w sposób rzeczowy właściwe w danym wypadku władze nadzorcze służby zdrowia. Do czasu rozstrzygnięcia sprawy winien wstrzymać się od wszelkich komentarzy i od rozpowszechniania swoich spostrzeżeń.
60. Lekarz oskarżony – jego zdaniem niesłusznie – o złe wykonywanie swoich obowiązków, ma prawo i obowiązek żądania obrony ze strony swoich przełożonych i Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia. Pominięcie tej drogi obrony, a szukanie obrony w prasie przeznaczonej dla ogółu, jest przekroczeniem zawodowym.
61. Lekarz odpowiada dyscyplinarnie za błędy zawodowe podległych mu lekarzy i innych pracowników służby zdrowia, jeżeli obowiązująca go stała, troskliwa i wnikliwa kontrola ich pracy byłaby pozwoliła na uniknięcie tych błędów.
62. Lekarz nie powinien wyrażać się wobec chorego krytycznie o metodach rozpoznawania lub leczenia, stosowanych uprzednio przez innego lekarza, gdyż taka krytyka, niezależnie od jej słuszności, może stanowić dla chorego duży uraz psychiczny. Obejmując w leczenie chorego, leczonego dotąd przez innego kolegę, winien lekarz dążyć do uzyskania od tego kolegi wszelkich potrzebnych wyjaśnień.
63. W razie zawodowego lub niezawodowego konfliktu z lekarzem lub innym pracownikiem służby zdrowia, winien lekarz dołożyć wysiłku, by konflikt nie stał się przyczyną zgorznienia publicznego i przekazać konflikt jak najszybciej do rozpatrzenia właściwej komisji dyscyplinarnej lub władzy.
64. Udzielenie przez lekarza upomnienia lub nagany podległemu pracownikowi w sposób taktowny nie stanowi konfliktu, bez względu na zachowanie się ukaranego.
65. Rozpowszechnianie wiadomości o konflikcie z innym pracownikiem służby zdrowia, informowanie prasy przed rozstrzygnięciem sprawy przez władze dyscyplinarne lub sąd, obmawianie pracowników służby zdrowia w gronie prywatnym lub publicznie, stanowią przekroczenia zawodowe i mogą podlegać dochodzeniu dyscyplinarnemu niezależnie od tego, czy rozpowszechniane wiadomości odpowiadają lub też nie odpowiadają prawdzie.

IV. Postanowienia końcowe

66. Przed rozpoczęciem pracy zawodowej winien lekarz zapoznać się szczegółowo z zasadami tego kodeksu, stwierdzić to podpisem i posiadać jeden egzemplarz kodeksu na własność.
67. Lekarz nie może się tłumaczyć nieznaną zasadami kodeksu deontologii służby zdrowia.
68. Troska o doskonalenie zasad deontologii lekarskiej obowiązuje każdego lekarza.

Aneks III. Kalendarium życia

Ważniejsze wydarzenia z życia Tadeusza Kielanowskiego

- 1905 12 września – urodził się we Lwowie.
- 1921 – 1923 Pobiera naukę i zdaje maturę w Lyceé Henri Poincaré w Nancy.
- 1923 – 1925 Studiuje na Sorbonie i w Szkole Nauk Politycznych w Paryżu.
- 1925 – 1931 Studiuje na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie, uzyskując tytuł doktora wszech nauk lekarskich.
- 1931 – 1937 Pracuje jako asystent Zakładu Anatomii Patologicznej UJK, publikuje pierwsze prace naukowe.
- 1935 – 1936 Wyjeżdża na stypendium Funduszu Kultury Narodowej do Berlina, Dusseldorfu i Paryża.
- 1937 – 1939 Pracuje w Klinice Chorób Wewnętrznych UJK na stanowisku asystenta, organizuje półsanatoria przeciwgruźlicze dla młodzieży.
- 1939 – 1941 Jako ordynator kieruje oddziałem gruźliczym Fakulcieckiej Kliniki Chorób Wewnętrznych Medinstytutu we Lwowie.
- 1941 – 1944 Pracuje jako adiunkt miejskiego szpitala przeciwgruźliczego w okupowanym Lwowie. Wstępuje do Armii Krajowej, prowadzi tajne szkolenia pielęgniarek. Rozpoczyna prywatną praktykę lekarską.
- 1944 Zostaje zmobilizowany w szeregi Wojska Polskiego, następnie powołany na stanowisko kierownika Katedry Patologii Ogólnej i Doświadczalnej UMCS w Lublinie.
- 1945 Uzyskuje stopień doktora habilitowanego oraz zostaje mianowany na stanowisko profesora nadzwyczajnego UMCS.
- 1946 – 1948 Pracuje na stanowisku dziekana Wydziału Lekarskiego UMCS.
- 1946 – 1950 Organizuje i kieruje kliniką ftyzjatryczną UMCS.
- 1948 – 1950 Pełni urząd rektora UMCS w Lublinie.
- 1948 – 1949 Pełni funkcję radnego Miejskiej Rady Narodowej w Lublinie.
- 1949 Uzyskuje członkostwo w „The Royal Society of Medicine” w Londynie.
- 1950 – 1955 Tworzy Akademię Medyczną w Białymstoku. Zostaje jej pierwszym rektorem oraz kierownikiem Katedry i Kliniki Gruźlicy i Chorób Płuc AMB – do lutego 1956.
- 1951 Zawiera małżeństwo z Zofią Zielińską. W tym samym roku promuje pierwsze prace doktorskie w Białymstoku.
- 1951 – 1955 Pełni funkcję radnego Wojewódzkiej Rady Narodowej w Białymstoku.
- 1952 Rodzi mu się syn Maciej.
- 1956 – 1975 Pracuje na stanowisku kierownika Katedry i Kliniki Gruźlicy i Chorób Płuc Akademii Medycznej w Gdańsku.
- 1957 Otrzymuje tytuł profesora zwyczajnego. Bierze udział w powołaniu do życia Towarzystwa Świadomego Macierzyństwa.
- 1958 Powołano go na dyrektora Instytutu Gruźlicy w Warszawie.
- 1959 Publikuje projekt „Kodeksu deontologii polskiej służby zdrowia”
- 1961 Publikuje „Propedeutykę medycyny”. Zostaje powołany w skład Komitetu Nauk Klinicznych PAN.
- 1963 Zostaje wybrany na członka-korespondenta Académie Nationale de Médecine.
- 1965 Otrzymuje tytuł *Doctor honoris causa* Akademii Medycznej w Białymstoku.
- 1965 Ukazują się „Elementy etiologii gruźlicy człowieka”.
- 1967 Bierze udział w organizacji społecznego telefonu zaufania „Anonimowy Przyjaciel” w Gdańsku.
- 1969 Otrzymuje nagrodę im. Batel-Rouvier francuskiej Académie Nationale de Médecine.
- 1970 Publikuje „Odpowiedzialność uczonych. Dylemat współczesnej nauki”.
- 1973 Ukazuje się pierwsze wydanie „Rozmyślań o przemijaniu”.
- 1974 Zostaje uhonorowany nagrodą I stopnia im. Jędrzeja Śniadeckiego PAN.
- 1975 Otrzymuje tytuł *Doctor honoris causa* Akademii Medycznej w Lublinie.
- 1976 Inicjuje, a potem organizuje cykl Krajowych Konferencji Lekarzy i Humanistów w Gdańsku.
- 1980 Redaguje i współtworzy „Wprowadzenie do etyki i deontologii lekarskiej”, której II wydanie ukazuje się pod tytułem „Etyka i deontologia lekarska”.
- 1987 Publikuje autobiografię „Prawie cały wiek dwudziesty. Wspomnienia lekarza”.
- 1992 6 maja – zmarł w Gdyni.