

## Dyskusja po referatach prof. W. Degi i dr. J. Hołówki. Przewodniczy prof. dr H. Jankowski

Prof. J. Szczepański: Zabieram głos jako przewodniczący Komitetu Rehabilitacji działającego przy PAN. Zadaniem Komitetu jest dokonanie rejestracji faktów w tej dziedzinie, stwierdzenie, jaki jest zakres występowania zjawisk niepełnej sprawności wśród ludności naszego kraju, stwierdzenie związków między nimi a różnymi czynnikami społecznymi i ekonomicznymi i zaproponowanie środków zaradczych dla polityki państwa w tej dziedzinie. Komitet Rehabilitacji zwraca więc uwagę przede wszystkim na zagadnienia medyczne leczenia i rehabilitacji osób niepełnosprawnych, na społeczne, ekonomiczne i inne przyczyny wywołujące niepełną sprawność ludności, na zagadnienia sytuacji w społeczeństwie tzn. w miejscach zamieszkania, na sytuację prawną i ekonomiczną osób dotkniętych niepełną sprawnością. Staramy się opracowywać te wszystkie zagadnienia korzystając ze współpracy lekarzy, ekonomistów, prawników, socjologów, psychologów i architektów opracowujących zagadnienia urbanistyczne i zagadnienia budownictwa dla potrzeb ludzi niepełnosprawnych. Wydawało się nam, że połączenie tych punktów widzenia wystarcza dla zaproponowania zsyntetyzowanych miar polityki społecznej.

Jednakże udział w tej konferencji pokazuje nam, tzn. członkom Komitetu, że istnieje bardzo doniosły punkt widzenia, który dotychczas uchodził z pola naszej uwagi, a mianowicie punkt widzenia etyczny. Jak przedstawiają się problemy rehabilitacji z punktu widzenia wartości moralnych, jakie zasady etyczne są w praktyce rozwiązywania problemów ludzi niepełnosprawnych naruszane, a jakie powinny być uwzględniane w polityce państwa w codziennych postępowaniach obywateli. Byłoby to dla nas wielką pomocą, gdyby koledzy etycy, na podstawie analiz faktów codziennego życia ludzi niepełnosprawnych zechcieli odtworzyć, jakie zasady etyczne w stosunku do tych ludzi są rzeczywiście stosowane i przestrzegane, co obowiązuje w powszechnym odczuciu i jakie wartości etyczne przyjmuje milcząco polityka państwa, zakładając je jako oczywiste. Nie mamy jeszcze takiej analizy, ale lektura książki Ireny Kowalczyk *Poza granicą skargi* (Wydawnictwo Literackie, Kraków 1974) daje wgląd w ten świat i charakteryzuje postawy moralne ludzi działających w rozwiązywaniu problemów ludzi niepełnosprawnych. Jest to bowiem sprawa wielkiej wagi: jakie zasady postępowania obowiązują lekarzy, prawników, budowniczych, polityków, pracowników instytucji społecznych i wreszcie wszystkich obywateli stykających się z cierpieniem, chorobą, bezradnością i bezsilnością bliźnich. Bo przecież każdy człowiek, każdy lekarz, każdy działacz ma jakiś system wartości, który świadomie czy nieświadomie stosuje w swoich stosunkach z tymi ludźmi, którzy mają niesłychanie wyostrzone odczucia dla ludzkich postaw, wielką wrażliwość na zachowania w stosunku do nich.

Na podstawie nawet dość pobieżnego poznania faktów można mówić o swoi-

stym społecznym okrucieństwie czasami niezamierzonym, a czasami wręcz zamierzonym, wynikającym czy to z niewiedzy, czy z braku wrażliwości, obojętności, czy też nie przemyślanych racji ekonomicznych. Bo czym można wytłumaczyć fakt, że nie buduje się w domach mieszkalnych wjazdów dla wózków inwalidzkich, dlaczego przydziela się inwalidom mieszkania na wyższych piętrach, a równocześnie buduje windy, do których wózki inwalidów się nie mieszczą, że dopiero zaczyna się myśleć o domach z urządzeniami pozwalającymi inwalidom korzystać z mieszkania samodzielnie itp. Lecz analogiczne przykłady okrucieństwa społecznego w stosunku do ludzi niepełnosprawnych można spotkać także w wielu innych dziedzinach życia społecznego. Przede wszystkim w stosunku do ludzi kalekich i chorych wyrażającym się w tworzeniu pogardliwych nazw, traktowaniu kalectwa jako rzeczy śmiesznej.

Badania nad postawami wobec inwalidów prowadzone przez doc. Larkową pokazują wiele takich faktów.

W referacie przedmówcy była mowa o pięciu zasadach sprawiedliwości. Referat był świetny i przekonujący. Brakło mi w nim tylko wymienienia chrześcijańskiej zasady miłości bliźniego, która chociaż bardzo nieskuteczna w życiu codziennym, to jednak odegrała w naszej kulturze ważną rolę w stosunkach do ludzi niepełnosprawnych. Zastanawiając się nad moim poglądem na zasady, jakie powinny wyznaczać stosunek społeczeństwa i jednostek wobec faktów niepełnej sprawności i sytuacji ludzi niepełnosprawnych, dochodzę do wniosku, że są dwa elementy wyznaczające te zasady.

Pierwsza z nich to definicja człowieka jako istoty cierpiącej i godnej współczucia. Wydaje mi się, że cierpienie jest powszechnym zjawiskiem w życiu człowieka, dosięgającym każdego w sposób nieunikniony i nie ma przed nim ani ucieczki, ani obrony. Każdy człowiek jest na cierpienie narażony i dlatego każdy człowiek mając to na uwadze powinien żywić dla innych takie samo współczucie, jakie żywi dla siebie. Jednakże fakty mówią nam, że cierpienie rodzi więcej okrucieństwa niż współczucia, jest więc zatem rzeczą ważną, aby współczucie i litość stały się podstawowymi zasadami działania w rozwiązywaniu stosunków między społeczeństwem a ludźmi niepełnosprawnymi, w polityce państwa.

Druga zasada, która — jak mi się wydaje — powinna obowiązywać każdego człowieka, wynika z mechanizmów solidarności, konieczności utrzymywania ciągłości grup ludzkich. Niepełnosprawność jest w jakimś stopniu zagrożeniem dla istnienia i rozwoju społeczeństwa. Stąd też w wielu społeczeństwach i kulturach wytwarzano instytucje dla eliminowania ludzi niepełnosprawnych. Nie ma o tym mowy w społeczeństwie socjalistycznym, które ma już inne możliwości regulowania problemów swojego zagrożenia, a zatem może nie odwoływać się do działań wynikających z pierwotnych popędów. Wolałbym odwołać się do zasady racjonalnego egoizmu jako podstawy solidarności z ludźmi niepełnosprawnymi. Nikt z nas nie jest pewny, czy jutro nie znajdzie się w sytuacji człowieka niepełnosprawnego, każdemu z nas codziennie grozi choroba, kalectwo, zagrożenia losowe są „sprawiedliwie” rozdzielane przez los i mogą dotknąć każdego. Zatem troska o ludzi niepełnosprawnych jest także troską o siebie. Sądzę więc, że nie apel do miłości bliźniego, bo tej w duszach ludzkich jest zazwyczaj niewiele, nie do sprawiedliwości i zasad humanitarnych, nie do sumienia, ale apel do egoistycznego lęku o swój los może być bardziej skuteczny jako zasada organizowania stosunku jednostek do problemów ludzi niepełnosprawnych. Troska o nich jest także troską o siebie. Komu bije dzwon — bije także dla siebie.

Prof. B. Górnicki: Nie bardzo rozumiem, co to z punktu widzenia pojęciowego znaczy sumienie? Jest to właściwie zespół uwarunkowań nabytych w życiu. W dwóch niesłychanie ciekawych referatach podniesiono problem bardzo interesujący, interesujący w ramach całego gatunku, a nie indywidualnej rehabilitacji.

Jasno widzimy, że wystąpiło bardzo dostrzegalne pogorszenie wartości biologicznej populacji współczesnej, może właśnie częściowo dzięki postępowi w medycynie, dlatego że zostało wyeliminowane prawo naturalnej selekcji. Wobec tego społeczeństwo zostało obciążone utrzymaniem przy życiu szeregu osobników, którzy wymagają permanentnej rehabilitacji. W zasadzie można sobie powiedzieć, że rozwój osobniczy jest realizacją możliwości tkwiących w genach. Jeżeli tych możliwości tkwiących w genach nie możemy realizować, to właściwie tworzymy twór biologicznie niekompletny. Czyli należałoby się zastanowić, jakie metody rehabilitacji gatunku należy przeprowadzić, żeby wydobyć możliwości tkwiące w genach, które są przeciw możliwościami rozwojowymi, bo każde dziecko jest to twór zaplanowany, twór warunkowany rozwojem gatunku, chodzi o to, aby dzięki profilaktyce twórczej istniał w granicach postępu biologicznego.

Mnie się wydaje, że jednym z czynników niesłychanie ważnych, których niedocenienie jest z gruntu nieetyczne, jest rehabilitacja środowiska. To słowo nie padło, ale leży ono u samej podstawy pojęcia rehabilitacji. Bez rehabilitacji środowiska, to znaczy bez tzw. rehabilitacji ekologicznej nie może być mowy o poprawie sytuacji samego gatunku. Oczywiście, ściśle rzecz biorąc, chodzi tak samo o rehabilitację życia rodziny.

Następnym elementem dyskusyjnym jest tzw. akceleracja. Wiemy, że akceleracja jest miarą pewnego postępu fizycznego i psychicznego, wcześniejszego rozwoju, dzięki czemu dzieci dojrzewają wcześniej w tej chwili o lat trzy niż lat temu 100, a dzieci z domów robotniczych, jak to pięknie opisał Dickens w *Oliwierze Twiście*, były na pewno o 10 cm niższe od dzieci w tym samym wieku nam współczesnych. Powstaje pytanie, czy ta akceleracja winna być utrzymana i czy staranie się o jakieś jej rozsądne granice jest działaniem etycznym, czy nieetycznym. Ktoś powiedział, że im człowiek wcześniej dojrzewa, tym wcześniej umiera. Jest w tym jakaś prawda, jest pewien zasób typowych uwarunkowań osobników, którzy po prostu wymierają, bo tzw. *timing factor* jest tu czynnikiem regulującym. Ale akceleracja jest zagadnieniem bardzo ważnym i nad etyką akceleracji, tj. sterowanego przyspieszenia rozwoju osobniczego warto się zastanowić. My wiemy, że tzw. nadmierne przystosowanie, termin, którego prof. Sokołowska tak nie lubi, może pociągnąć za sobą utratę znacznej części ludzkich wartości. Bo za nadmierne przystosowanie płaci się bardzo często samoookaleczeniem w sferze psychicznej i fizycznej.

Teraz samo zagadnienie rehabilitacji. Jakie są granice między rehabilitacją a leczeniem? Ja panu prof. Dedze nie śmiem takiego pytania zadać, bo właściwie ono nie egzystuje w ogóle. W każdym razie jeśli dzielimy medycynę na medycynę kliniczną, zabiegową i społeczną, to czy należy dodać tutaj czwarty typ medycyny — medycynę rehabilitacyjną, czy też uznać, że rehabilitacja mieści się we wszystkich trzech elementach wyżej wymienionego podziału? Mnie się wydaje, że ona się tam mieści, a więc jest na pewno częścią medycyny klinicznej i dalszym jej ciągiem, a zwłaszcza rehabilitacja wczesna, że rehabilitacja ma zawierać czynnik społeczny i że w elementach zapobiegania element rehabilitacji powinien niesłychanie silnie być zaznaczony.

Wezmę tylko jeden przykład — tj. szkołę. Szkoła jest zagadnieniem bardzo trudnym. Bo wiemy, że uczniowie to są ludzie ciężkiej, może najcięższej pracy, a

nie korzystają z przywilejów ochrony pracy, pracują kilkanaście godzin na dobę i właściwie w tym należy upatrywać wielu czynników tzw. nieprzystosowania młodzieży. Wydaje mi się więc, że sytuacja młodzieży jest bardzo trudna w szkołach. zresztą analizy i nasze badania testowe, nasze diagnozy pozwalają nam pewne rzeczy ustalić niewątpliwie, np. wady wzroku, głównie wady refrakcji występujące u 6 do 20% młodzieży szkolnej, niedowidzenie jednooczne, tzw. częściowe, spotyka się w 4—5%, niedosłuch występuje u 3—6% dzieci szkolnych, a wady wymowy u dzieci 6-letnich wynoszą do 30%. W ostatnich latach szkoły średniej wynoszą już tylko 7%, ale i to jest przecież procent znaczny. Wady postawy przeciętnie obejmują 20% dzieci szkolnych. Tu wchodzi wady różnego typu, np. patologiczne skrzywienia kręgosłupa, płaskostopie, kolana koślawe i inne następstwa krzywicy. Są i inne zachwiania psychiczne, np. legastenia, której wyrazem jest dysleksja i dyzgrafia, tj. trudności w czytaniu i pisaniu, które występują u 12% dzieci szkoły podstawowej. To są zjawiska bardzo smutne, bo wydaje się, że te wszystkie dzieci winny być poddane leczeniu czy rehabilitacji. Uważam, że rehabilitację można zastosować u nas wszystkich i że wszyscy siedzący na tej sali wymagamy rehabilitacji. Prawdopodobnie wymagaliśmy jej dużo wcześniej, być może już w kilka tygodni po naszym urodzeniu, a konieczność naszej rehabilitacji wzrasta z wiekiem. To nie jest leczenie ściśle biorąc, gdyż nikt z nas nie uznaje siebie za chorego, ale reprezentuje ten subkliniczny zespół, którego w zasadzie nie można zaliczyć do choroby. Trudno powiedzieć, żeby dziecko ze skrzywieniem kręgosłupa było chore, ono jest tylko mniej wydolne fizycznie. Ja bym się wahał, nawet z punktu widzenia stworzenia u dziecka kompleksu tzw. zagrożenia, zaliczyć je do dzieci chorych. Natomiast należy je zaliczyć do grupy dzieci, które wymagają rehabilitacji. Na świecie rodzi się rocznie 10 milionów dzieci z wadami wrodzonymi, to jest problem niemały i wymaga na pewno jakiejś akcji zbiorowej i systemu organizacji, który jest zresztą, generalnie rzecz biorąc, zaprojektowany, zresztą z małymi efektami. Wydaje mi się, że tworzenie w szkołach tzw. grup dyspanseryjnych, lepsza opieka lekarska i przede wszystkim tworzenie pewnych indywidualnych typów opieki fizycznej i psychicznej nad dzieckiem, to jest sprawa niesłychanie ważna, ale i sprawa niełatwa.

Tak się składa, że w moim Instytucie Pediatrii Akademii Medycznej w Warszawie istnieje jedyny w Polsce oddział psychiatrii dziecięcej. Problem nerwic szkolnych jest dla nas problemem niesłychanie trudnym, gdyż geneza ich jest albo rodzinna, albo szkolna, albo łączona. W każdym razie te nerwice dotyczą wielu dzieci, które, można powiedzieć, nie umieją lub nie mogą znaleźć dla siebie miejsca na świecie. Narzucamy im w ramach szkoły czy rodziny pewien system, którego one nie akceptują. Istnieją dwa typy ucieczki od rzeczywistości: albo dziecko jest oportunistą absolutnym i konformistą, albo i bunt przejawia się u niego w formie nerwicy. Te dzieci wymagają jakiejś rehabilitacji i wydaje mi się, że opieka lekarska lub lekarsko-psychologiczna wymaga objęcia nią co najmniej 1/4 dzieci szkolnych. Ta opieka właśnie musi posiadać raczej charakter opieki rehabilitacyjnej, a nie leczniczej, chociażby dlatego, żeby nie tworzyć u dziecka kompleksu choroby.

Niestety, my właśnie nie mamy gdzie ciężkich przypadków rehabilitować, gdyż mamy w całej Polsce tylko około 2 tysięcy miejsc w sanatoriach dla uczniów wykazujących zaburzenia zachowania. Te sanatoria mają charakter rehabilitujący, ale ich jest za mało, ponieważ sporo przypadków skrajnych musi być leczonych w trybie sanatoryjnym.

Jestem ograniczony czasem, chciałbym jeszcze tylko dodać, że sprawa reha-

bilitacji jest nieodłączna od medycyny, że tak jak napisał dr Hołówka, przytaczając na wstępie zdanie prof. Degi — pozbawienie chorego rehabilitacji, która ma zapobiec kalectwu, jest nieetyczne. Nie wiem tylko, dlaczego mamy to zagadnienie zawęzić. Wówczas można by szanse życiowe chorego na serce uznać za niezgodne z etyką lekarską. Wydaje mi się, że w ogóle niezastosowanie albo nieopracowywanie pewnych zasad rehabilitacji w stosunku do gatunku jest nieetyczne w stosunku do tego gatunku i ci, którzy kiedyś za to będą musieli odpowiadać, będą z tego rozliczani. Jeżeli nawet nie mogą znaleźć obecnie odpowiednich środków, to w każdym razie powinni opracować odpowiednie programy uzdrowienia ekologii dlatego, że bez programu działania nie ma działania.

Prof. M. Fritzhand: Referat dr Hołówki uważam za bardzo udany. Pokazał on w nim, czego m.in. można się spodziewać od etyków, gdy rozpatruje się takie zagadnienia, jak problem rehabilitacji. Jedno mam tylko zastrzeżenie. Mianowicie, że kładzie on w sprawie dystrybucji niezbędnych dla rehabilitacji środków zbyt, przesadny nacisk na zasadę egalitaryzmu, nie uwzględnia zaś momentu zasługi. Wydaje mi się, wbrew dr Hołówce, niedopuszczalne odwoływanie się do losowania w sprawie, kogo ma się z dwojga kalek wyposażyć w protezę, jeśli jeden z tych nieszczęśliwców utracił nogę w wojnie z okupantem, a drugi w chuligańskiej bójce. Losowanie, a więc zdanie się na przypadek, mogłoby być uzasadnione tylko wtedy, gdyby pomiędzy osobami czekającymi na, założmy, protezy nie było żadnych istotnych dla wyboru różnic. Rzadko się jednak trafia, aby właśnie tak rzecz się miała, a uwzględnianie istotnych, w danym przypadku, różnic nie należy utożsamiać z uprzywilejowaniem jednych na niekorzyść drugich. Zasługa, faktyczna zasługa (a tylko o taką mi chodzi), także wartość dla społeczeństwa (choć to jest jeszcze bardziej niepopularne), żadną miarą nie powinna być traktowana jako bezprawny przywilej. Skrajny egalitaryzm nie jest realizacją sprawiedliwości, lecz jej wypaczeniem.

Prof. T. Kielanowski: To co mówił w swoim referacie dr Hołówka, a co uzupełnił prof. Szczepański — stanowi temat naszych zainteresowań. Wiemy, my lekarze, że nie na wszystkie pytania mogą nam filozofowie odpowiedzieć, ale cieszymy się, jeżeli nas rozumieją i próbują widzieć problemy życia, zdrowia, choroby i śmierci bez deformacji zawodowej, która nam nieraz utrudnia trzeźwy sąd.

Z moralnymi problemami rehabilitacji zetknąłem się już przed laty, bo jestem specjalistą chorób płuc i gruźlicy i wiem, jak trudna była społeczna rehabilitacja rekonwalescenta po przebytej gruźlicy. Dziś na szczęście problem ten w wypadku gruźlicy wygasa lub wygasł, ale istnieje jeszcze w wysokim stopniu w psychiatrii.

Zrozumienie dla problemów rehabilitacji w Polsce istnieje i powszechna jest wiedza o tym, że są nie dwie: zapobieganie i leczenie, ale trzy wielkie działy medycyny praktycznej: zapobieganie, leczenie i rehabilitacja.

Prof. Z. Ziemiński: Problematyka etyczna dotycząca rehabilitacji jest znacznie bardziej klarowna od problematyki poprzednio dyskutowanej na tej konferencji. Mogą się z nią wiązać spory o różne szczegółowe kwestie socjotechniczne, ale oceny podstawowe są na ogół bezsporne. Wydaje się, że narzucają się tu dwa rodzaje problemów. Jedne dotyczą tego, jak z ogólnego funduszu spożycia, z którego czerpie środki leczenie i rehabilitacja, wydzielić i rozdzielić stosowne środki. Dyskusje na ten temat w tym gronie są niezbyt celowe, jako że ludzie me-

rytorecznie decydujący o tych sprawach z reguły nie mają czasu uczęszczać na konferencje etyków. Drugi rodzaj problemów dotyczy postaw społeczeństwa wobec spraw rehabilitacji. Wydaje się, że opinie etyków i publikacje na ten temat mogą mieć jakąś doniosłość społeczną. Prof. Jaroszyński powiedział, iż nie będzie mówić o kwestiach rehabilitacji psychiatrycznej, ponieważ nie ma na to czasu...

Prof. J. Jaroszyński: Będę.

Prof. Z. Ziemiński: Przepraszam, bardzo się cieszę z tej zapowiedzi. Myślę, że są to sprawy istotne dla środowiska ludzi nauki. Trzeba wytworzyć taką atmosferę środowiska, w której byłoby możliwe leczenie się u neurologa czy psychiatry bez narażania się na gwałtowną degradację w środowisku. Co więcej, należałoby świadomie tworzyć atmosferę zdecydowanego potępienia wobec bynajmniej nie wyjątkowo spotykanego zjawiska, że kogoś, kto komuś stoi na zawadzie, systematycznie w zorganizowany sposób doprowadza się do reakcji nerwicowych. Gdy zaś ktoś zacznie wykazywać reakcje nerwicowe, sprawa toczy się już dalej łatwo w takim układzie. Gdy w kodeksie karnym z 1969 r. wprowadzono przepis przewidujący karę za udzielanie pomocy czy nakłanianie do samobójstwa, prof. Krystyna Daszkiewiczowa sformułowała trafne pytanie, jaka powinna być kara dla tych, którzy systematycznie doprowadzają innych do postaw samobójczych.

W tym co mówił dr Hołówka, że żadne społeczeństwo nie kieruje się jedną tylko formułą sprawiedliwości, a z reguły zachodzi nakładanie się wzajemne różnych zasad, jest oczywiście wiele słuszności. Ale wymieniona przezeń formuła „każdemu według nakazów sumienia” nie stanowi formuły odrębnej, choć wymieniona jest na pierwszym miejscu. Scharakteryzowana jest bowiem właśnie jako odwoływanie się w sposób intuicyjny do różnych zasad sprawiedliwości jednocześnie, bez formułowania jakiegoś świadomego pseudorachunku preferencji.

W stosunku do wypowiedzi prof. Szczepańskiego chciałbym zgłosić dwa zastrzeżenia. Mianowicie „współczucie”, a nawet „miłosierdzie” mają w języku polskim inny sens niż „litość”. Litość jest upokarzająca, współczucie czy nawet miłosierdzie upokarzające nie jest. Nie sądzę też, by w dyskusjach na temat warunków umierania toczonych przez intelektualistów wypadało odwoływać się do zasady światłego egoizmu. Bo ktokolwiek w Polsce uzyska stopień doktora na jakiegokolwiek uczelni, to dla niego łóżko szpitalne, może nie w luksusowej klinice, zawsze się na ogół znajdzie. Nie możemy tak stawiać sprawy, że chodzi o zabezpieczenie naszego osobistego losu, to chyba stawiałoby dyskusję w niewłaściwym świetle.

Doc. M. Sokółowska: Bardzo mi się podobały dzisiejsze referaty. Na marginesie mam taką refleksję: uderzający jest brak podbudowy empirycznej tej konferencji. Trochę spodziewałam się, że referenci — profesorowie medycyny wprowadzą ten wątek. Tymczasem okazuje się, że łatwiej jest o pewien schemat teoretyczny w etyce niż o jakieś zobrazowanie empiryczne sytuacji, w której się znajdujemy, o stan faktyczny, a nie normę, zarządzenie czy regulamin. Jeżeli np. chodzi o dziedzinę rehabilitacji, to sytuacja jest taka, że istnieją w Polsce (i nie tylko) dwie grupy inwalidów. Jedna — to niewielka grupa „elitarna” szczęśliwców, którym udało się dostać do zakładów rehabilitacyjnych, np. w Poznaniu lub w Konstancinie. Ci są zupełnie inaczej ustawieni w życiu. Są mniej bezbronni, gdyż stoi za nimi instytucja, lepiej wiedzą, co im się należy i jak dochodzić swych praw, są przygotowani do zawodu, zaopatrzeni w sprzęt ortopedyczny itd. Druga

grupa — to olbrzymia, tylko częściowo znana zbiorowość inwalidów, którzy nie mieli szczęścia przejść przez zakład rehabilitacji profesorów Degi lub Weissa. Nie-wiele wiemy o tych ludziach. I w ogóle o potrzebach naszego społeczeństwa w za-kresie rehabilitacji, jak również o stopniu zaspokajania tych potrzeb.

Druga sprawa: z wypowiedzi prof. Kielanowskiego wynika, że pojęcie udanej rehabilitacji gruźlika utożsamia z podjęciem pracy przez tego gruźlika. Dlaczego tak wąsko traktujemy rehabilitację? Dlaczego rozmawiamy abstrakcyjnie, nie biorąc pod uwagę cech charakterystycznych danej osoby wraz z jej kontekstem kulturowym i społecznym? Dlaczego przykładamy jednakową, naszą miarę do wszystkich ludzi? Zakładamy, że wszyscy koniecznie chcą wrócić do pracy, że praca to jest najważ-niejsze kryterium rehabilitacji; przy tym pojmujemy pracę jako zatrudnienie w go-spodarce narodowej. Dla nas tutaj zgromadzonych praca jest głęboką potrzebą, niezbędnym warunkiem szczęścia. Ale nie daje tej satysfakcji np. brudna i ciężka praca fizyczna i wątpliwe jest, czy na przykład robotnik niewykwalifikowany będzie koniecznie chciał do niej powrócić, dajmy na to po amputacji nogi. Zwła-szcza że z finansowego punktu widzenia w wielu przypadkach lepiej opłaca się renta. Myślę, że wielu inwalidów może mieć poczucie swojej użyteczności w ten sposób, że np. daje korepetycje na osiedlu, gdzie mieszka, albo prowadzi rodzinne gospodarstwo domowe, albo jest opiekunem społecznym itd.

Prof. J. Jaroszyński: Proszę Państwa, ja rzeczywiście nie chciałem zabierać głosu, dlatego że ja nie mam nic specjalnego do dodania na temat dzisiejszej konferencji. Rehabilitacja w psychiatrii oczywiście istnieje. Powiem o tym z ko-nieczności, skoro zostałem do tego wezwany przez prof. Kielanowskiego, a przez panią doc. Sokołowską dodatkowo sprowokowany. Natomiast co do samego tematu, to przecież my nie mieliśmy tutaj dawać raportu o rehabilitacji, wydawałoby się z programu konferencji, tylko ustosunkować się do zagadnień aksjologicznych w rehabilitacji. Jeśli chodzi o aksjologiczne zagadnienie rehabilitacji psychiatrycznej, to generalnie biorąc dziwiłbym się, gdyby akurat w stosunku do tej rehabilitacji miały obowiązywać jakiekolwiek inne zasady niż w stosunku do jakiejkolwiek in-nej. I nie nie potrafię tutaj dodać do bardzo wnikliwych dociekań dr HołóWKi. Ale skoro mowa o aksjologii, chciałbym tylko zwrócić uwagę na inną rzecz, która świadomie i nieświadomie wraca w kółko — który filozof definiuje człowieka, to chce zdefiniować człowieka normalnego, prawidłowego, zdrowego, przynajmniej pod niektórymi względami. Tak było wczoraj i tak jest dziś, prof. Szczepański też przypisywał człowieczeństwu rozmaite cechy „wysokie”.

Raz jeszcze chciałem przypomnieć, kto to jest człowiek: czysto biologicznie biorąc — jednostka żywa pochodzenia ludzkiego. Zdefiniujemy sobie człowieka jeszcze ze dwa razy podobnie do niektórych definicji, które tu padały. Będziemy mieli dyskryminację psychicznie chorych i to daleko idącą.

Wątpliwość mamy i to poważną: czy my to robimy dobrze? Bo tu było bardzo wiele haseł, m.in. hasło, które, bardzo się szczęśliwie składa, dzisiaj też zostało zakwestionowane, że praca i przede wszystkim praca: leczenie pracą — czasem się mówi, czasem rehabilitacja pracą, rozmaicie. Oczywiście w najszerszym sensie, to ma bardzo duże znaczenie w stosunku do bardzo wielu naszych chorych. Niektóre rzeczy, które się przypasowuje do pewnych schizofreników chroniczków, to później chce się stosować do wszystkich chorych i z tego wychodzą nieporozumienia. Na-tomiast mamy wątpliwości co do istotnej wartości wielu metod stosowanych, wielu sposobów stosowania metod. Co ma rzeczywiście wartość leczniczą, czy też reha-bilitacyjną? Natomiast wcale się nie martwię, jeżeli rzeczywiście np. schizofrenik,

który jest w dobrej remisji, ale z defektem, właśnie ma rentę i czyta książki albo łowi ryby. Tendencja do działania jest naturalna, ale tendencja do powstrzymania się od działania i do odpoczynku jest też naturalna. To bardzo różnie bywa i mnie się zdaje, że tutaj rzeczywiście są aspekty społeczne, ale też my je czasem przykładamy zbyt chyba generalnie i bez rozróżnienia. Naprawdę nawet dla tego ogólnego majątku narodowego nie wszyscy się przyczyniają przez to, że są zatrudnieni na określonym stanowisku.

Prof. W. Dega: Chciałem odpowiedzieć doc. Sokołowskiej, że rehabilitacja w kraju ma dużo szerszą bazę niż Pani Docent przypuszcza. Posiadamy trzy, a nie dwa duże ośrodki rehabilitacyjne: w Konstancinie i Poznaniu; trzecim ośrodkiem jest Górnicze Centrum Rehabilitacji w Reptach Śląskich. Ponadto mamy kilkanaście sanatoriów rehabilitacyjnych dla dzieci w różnych punktach kraju. Istnieją poza tym w każdym wojewódzkim szpitalu, a także w wielu szpitalach powiatowych działy rehabilitacji wraz z zespołami rehabilitacyjnymi. Dział rehabilitacji obsługuje chorych, którzy potrzebują rehabilitacji, a którzy leżą na poszczególnych specjalistycznych oddziałach szpitala, jak oddział chirurgiczno-traumatologiczny, neurologiczny, wewnętrzny itd. Każde województwo posiada swoją Wojewódzką Przychodnię Rehabilitacyjną, która swymi Poradniami Rehabilitacyjnymi obsługuje ambulatoryjnie chorych, wiążąc zarazem rehabilitację leczniczą z zawodową i społeczną. Inna rzecz, że nie wszyscy — nawet lekarze — potrafimy korzystać jeszcze z walorów rehabilitacji we właściwy sposób. Wina leży w niedostatecznym poinformowaniu lekarzy i administracji o istocie i znaczeniu rehabilitacji.

Prof. Ziemiński powiedział, że sytuacja etyczna w rehabilitacji jest dla niego klarowna. Jest to zupełnie słuszne. Mnie również w codziennej pracy lekarskiej rehabilitacja nie nasuwała problemów, których nie można byłoby rozwiązać w godziwy sposób. Niepokój wniosły mi maszynopisy referatów, które otrzymałem w związku z dzisiejszym sympozjum. Przeraziło mnie rozdrabnianie pojęć w sposób, który wydał mi się nieco oderwany od codziennego życia. Z dużym zaciekaaniem czytałem referat dr Hołówki, który porusza problem sprawiedliwości dystrybucyjnej. Przytacza on 5 wariantów. Gdy przymierzylem je do naszego postępowania w praktyce, uspokoiłem się, gdyż z żadnym z nich nie popadliśmy w konflikt. Uważam, że podane przez dr Hołówkę warianty mogą być nam bardzo przydatne w niektórych sytuacjach.

Wariant 4 „każdemu albo tyle, by choć minimalnie skorzystał, albo nic”, ma u nas częste zastosowanie.

Dr Hołówka podaje: „Jeśli terapia ruchowa wymaga, by pacjent ćwiczył na pewnym przyrządzie dwie godziny dziennie, nie należy okresu tego skracać, gdy przyrządów jest za mało, po to, by dać wszystkim pacjentom złądną nadzieję poprawy, lecz należy przyjąć tylu tylko pacjentów, ilu może z pożytkiem ćwiczyć na przyrządzie, odmawiając innym dostępu”.

Jest to dezyderat słuszny. Nie należy — z braku możliwości — stwarzać fikcji leczenia.

Jeśli chodzi o terapię ruchową, to ćwiczenia na przyrządach możemy zastąpić z pełną skutecznością bądź ćwiczeniami w basenie pływackim, bądź ćwiczeniami w terapii zajęciowej, przyjmując oczywiście tylu pacjentów, ilu możemy w ramach naszych możliwości obsłużyć.

Trudności mieliśmy z dystrybucją protez kinetycznych i bioelektrycznych zastępujących brakujące kończyny górne.

Tutaj przyszły nam z pomocą kontrole socjologiczne, które wykazały, że część



pacjentów nie potrafi się nimi posługiwać w życiu codziennym. Powołaliśmy przeto komisję ekspertów, złożoną z lekarzy, inżyniera, psychologa, pracownika socjalnego, kinezyterapeutę. Komisja ta orzeka, czy dany pacjent potrafi w swoich czynnościach używać protezę. Przydział protezy uzależniamy od tego orzeczenia. Problem moralno-etyczny związany ze sprawiedliwą dystrybucją zamienił się w postępowanie techniczne.

W podobny sposób postępujemy z endoprotezami, które w naszej chirurgii zastępują zniszczone stawy ludzkie. Endoprotezy są bardzo kosztowne (ok. 350 dol. — obecnie więcej). Ministerstwo Zdrowia przydziela ich mało, co jest zrozumiałe.

Innym problemem sprawiedliwości dystrybucji jest samo przyjmowanie pacjentów do naszego Instytutu Ortopedii i Rehabilitacji. Liczba chorych zgłaszających się do Instytutu jest tak duża, że czas oczekiwania na miejsce na oddziale kobiecym trwa ok. 4 lata, na męskim ok. 2 lata, na dziecięcym 1—2 lata. Rozwiązaliśmy sprawę w ten sposób, że ruch chorych reguluje specjalna Komisja Przyjęć. Komisja Przyjęć ma prawo uznać nagłość przyjęcia w przypadkach uzasadnionych. Uznajemy zasadę, że raz przyjęci chorzy mają zapewnioną pełną kontynuację leczenia choroby, choćby ciągnęła się — oczywiście z przerwami — przez lata.

Oдноśnie do przytoczonego przez dr. Hołówkę wariantu „każdemu według zasług” pragnę zaznaczyć, że w pojęcie zasługi włączamy często postawę pacjenta. Staramy się premiować jego chęć poprawienia swej sprawności, jego wysiłek i starania, by móc wrócić do społeczeństwa i być w nim przydatnym.

I tu muszę zaznaczyć, że legislacja rentowa — i to nie tylko nasza, lecz również na całym świecie — jest w wielu szczegółach sprzeczna z duchem rehabilitacji, o czym wspominałem w swoim wykładzie. Renta nie powinna zamykać drogi do pracy, przeciwnie, winna ona zawierać element premiowania pracy mimo kalectwa.

Prof. Górnicki i prof. Jaroszyński stawiali pytanie, jaka jest granica między leczeniem a rehabilitacją. Początkowo, tj. gdy Anglosasi po I wojnie światowej zaczęli używać terminu „rehabilitacja”, granica między leczeniem a rehabilitacją była wyraźna. Rehabilitacja zaczęła się, gdy leczenie zostało ukończone. Dotyczyła ona inwalidów wojennych i polegała na dostosowaniu ich do codziennego życia i do pracy w dobranym zawodzie.

Podczas II wojny światowej, a zwłaszcza po niej Anglosasi rozwinęły intensywnie rehabilitację, z tym że uznano ją za III fazę leczenia, przy czym za I fazę uważano rozpoznanie, a II fazą było samo leczenie. Rehabilitacja objęła nie tylko inwalidów wojennych, lecz całą ludność cywilną bez różnicy wieku. Wciąż więc jeszcze istniała granica między leczeniem a rehabilitacją.

U nas w PRL w podobny sposób była zorganizowana rehabilitacja chorych na gruźlicę płuc, jak to podaje prof. Kielanowski. Po ukończeniu leczenia chorzy byli otoczeni opieką socjalną i rehabilitacją, która przygotowywała chorych do pracy zawodowej. A więc i tu była granica między leczeniem a rehabilitacją.

Inaczej ukształtowała się rehabilitacja chorych z dysfunkcjami ruchowymi. Rozwinęła się początkowo — po 1945 r. w lecznictwie ortopedycznym. Brak ośrodków rehabilitacyjnych skłonił nas do rozpoczęcia rehabilitacji w klinikach i w szpitalnych oddziałach ortopedycznych już w czasie leczenia. Była to tzw. przyłózkowa rehabilitacja. Przenieśliśmy więc rehabilitację z III fazy w II fazę i powiązaliśmy ją z leczeniem.

Znikła więc granica między leczeniem a rehabilitacją. Ten model rehabilitacji okazał się wysoce przydatny i upowszechnił się w kraju.

Przytoczę dla przykładu — zresztą nierzadkiego — inżyniera-konstruktora, któ-

ry w wypadku drogowym doznał złamania kręgosłupa z porażeniem obu nóg. W trakcie leczenia okazuje się, że porażenie nóg jest nieodwracalne i że inżynier nie będzie mógł nigdy już chodzić. Fakt ten jest głębokim wstrząsem dla chorego i teraz właśnie jest najważniejszy moment, aby podziałała rehabilitacja. Polega ona na wyprowadzeniu chorego z impasu psychologicznego i na ułożeniu przy pomocy lekarza, psychologa i pracownika socjalnego harmonijnego stosunku chorego do rodziny i odwrotnie oraz na znalezieniu możliwości podjęcia przez niego pracy mimo kalectwa. Równocześnie zadziała rehabilitacja lecznicza, która polega na zaopatrzeniu chorego w aparaty ortopedyczne. Aparaty te stabilizują porażone nogi i umożliwiają rozpoczęcie nauki chodzenia za pomocą kul. Równocześnie chory uczy się posługiwać wózkiem inwalidzkim. Po opanowaniu tych technik i po odzyskaniu zdolności w samoobsłudze w czynnościach codziennych, chory może praktycznie wrócić do swej pracy pierwotnej. Zachował on bowiem zdrową głowę i zdrowe ręce. Przydział samochodu odpowiednio zaadaptowanego rozwiązuje sprawę dojazdu do miejsca pracy.

Rozpoczęcie rehabilitacji już w czasie leczenia i natychmiastowe czynne przyjęcie pacjentowi z pomocą socjalną skraca więc ogromnie okres bezczynności i ratuje zwłaszcza wartościowe jednostki przed wegetacją społeczną.

Prof. Górnicki mówił o dzieciach ze skrzywieniami kręgosłupa, przypuszczając, że stosowana u nich rehabilitacja piętnuje je i rodzi kompleksy.

Mam dużo do czynienia z dziećmi, które mają skrzywienie kręgosłupa i znam dobrze ich reakcje.

Może u małych dzieci fakt, że rodzice zmuszają je do stosowania rygorów rehabilitacyjnych, wywołuje u nich niepożądane reakcje. Zwłaszcza lęk rodziców o przyszły los dziecka udziela się mu niewątpliwie ujemnie. Ale to jest sprawa raczej braku rehabilitacji rodziców.

U starszych dzieci, które mają skrzywienie kręgosłupa, nie tyle rehabilitacja jest przyczyną ich frustracji, ile obawa przed garbem, który je oszpeci, jest przyczyną różnych kompleksów. Rehabilitacja łącznie z leczeniem operacyjnym skolioz jest raczej szansą wyjścia z kompleksów. Toteż dzieci te z zadziwiającą gotowością poddają się zabiegom operacyjnym.

Granica między leczeniem a rehabilitacją zatarła się w tych przypadkach zupełnie.

Zachodzi pytanie, czy lekarz specjalista w rehabilitacji jest w ogóle potrzebny? Zasadniczo dążymy, by każdy lekarz znał podstawy rehabilitacji i potrafił nią pokierować u swych chorych.

Jest dziedzina medycyny, w której lekarz musi być równocześnie rehabilitantem. Jest to psychiatria. Psychiatra nie potrzebuje pomocy specjalisty w rehabilitacji. On sam bowiem musi równocześnie tym specjalistą być. Potrzebuje on tylko zespołu rehabilitacyjnego, który pomoże mu rozwiązać techniczną stronę rehabilitacji, a więc pracownika socjalnego, magistrza wychowania fizycznego, pedagoga specjalnego u dzieci itd.

W specjalnościach takich jak kardiologia, pulmonologia rehabilitację chorych winien prowadzić lekarz specjalnie w tej dziedzinie przygotowany.

W chirurgii, traumatologii, ortopedii i innych, gdzie lekarz jest tak bardzo zajęty pracą usługową w swej specjalności, trudno go obarczać obowiązkiem układania losu chorych, którym leczenie nie może przywrócić pełni zdrowia.

Tu ordynatorowi przychodzi z pomocą lekarz specjalista w rehabilitacji z jego zespołem rehabilitacyjnym i przyjmuje na siebie techniczną stronę rehabilitacji, oczywiście według wskazówek ordynatora.

Lekarz specjalista w rehabilitacji stanie się w przyszłości zbędny, gdy poszczególne dyscypliny specjalistyczne w programach specjalizacji zabezpieczą odpowiednie szkolenie w dziedzinie rehabilitacji.

Dzisiaj jeszcze lekarz ogólny niestety dowiaduje się o rehabilitacji przygodnie po ukończeniu studiów. Programy bowiem nauczania studentów medycyny nie zawierają żadnych informacji o rehabilitacji chorych. A przecież tak łatwo — bez przeciążenia programów szkolenia — można by włączyć tematykę rehabilitacyjną w każdy normalny wykład. Jeśli internista mówić będzie o chorobach serca, w kilku minutach można by poinformować studentów o roli, jaką rehabilitacja spełnia u tych chorych. Tak samo mógłby ująć swoje wykłady chirurg, traumatolog, ortopeda, neurolog, pediatra itd. W czynnościach tych mógłby wyręczać ich zaproszony lektor z dziedziny rehabilitacji. W podobny sposób Centrum Kształcenia Podyplomowego Lekarzy mogłoby przyczynić się do upowszechnienia rehabilitacji, gdyby włączyło w każdy kurs dokształcający tematykę rehabilitacyjną.

Kluczem pełnego powodzenia rehabilitacji są postawy społeczne i to zarówno tych, którzy rehabilitację stosują, jak tych, którzy jej potrzebują, oraz wreszcie tych, do których osoby rehabilitowane wracają, tj. do środowiska i społeczeństwa.

Z rehabilitacją wiążą się liczne zagadnienia moralno-etyczne, wśród których lekarze łatwo się gubią. Dlatego przyłączam się do wypowiedzi prof. Kielanowskiego, że naszym życzeniem i pragnieniem jest otrzymanie wytycznych nakreślonych przez specjalistów z dziedziny etyki. Takich wytycznych potrzebują — jak to podniósł prof. Szczepański — nie tylko lekarze, lecz także prawnicy, architekci, socjologowie, pedagodzy, jak w ogóle wszyscy, którzy kształtują model rehabilitacji w naszym kraju.

Dr J. Hołówka: Przed chwilą prof. Dega powiedział, że kluczem wszystkiego są postawy społeczne. Temat ten był też poruszony w kilku poprzednich wypowiedziach. Czy chorym jest chory psychicznie, czy człowiek po przebytej gruźlicy, powstaje problem kontaktu z rodziną, ze środowiskiem w miejscu pracy, z innymi ludźmi. Problemy te, jak podkreślił prof. Szczepański, są do dzisiaj nie rozwiązane i dość słabo uświadomione. Buduje się domy, do których nie można wózkiem podjechać, w tych domach za wąskie windy, a jednocześnie daje się inwalidzie mieszkanie na czwartym piętrze. Problemy te powinny też zainteresować etyków i aksjologów. Postawy społeczne w bardzo wielkim stopniu determinują to, o czym warto mówić w etyce i w aksjologii. Aksjologia traktowana akademicko obraca się głównie w sferze możliwości. Mówi o tym, jakie wartości są w ogóle możliwe do pomyślenia, i próbuje między nimi ustalać hierarchię. Rządziej podejmuje problemy praktyczne lub stara się dostrzec nowe wartości czy nowe zagadnienia tam, gdzie ich nie widziała historia filozofii.

Obecna konferencja jest niewątpliwie dowodem innej postawy — świadczy o zainteresowaniu problemami praktycznymi, które szczególnej wagi nabrały w ostatnim czasie. Bardzo ważna wydaje mi się w związku z tym sugestia prof. Szczepańskiego, który mówił o tym, co jeszcze należałoby zrobić: że brakuje nam jakiejś szerszej orientacji, szerszego zrozumienia, jakie są powszechne i potoczne przekonania moralne, jakie są powszechne trudności ludzi, którzy wracają do społeczeństwa. Sugestia ta podważa utrwalone przekonanie, że znalezienie miejsca w społeczeństwie dla osób poddanych rehabilitacji to sprawa stracona, że wiele razy się już mówiło na ten temat i że trudno tutaj cokolwiek zrobić. Istotnie mówiło się o tym wiele razy, ale nie jestem przekonany, że mówiło się o tym w sposób dość rzeczowy, to znaczy w oparciu o wyniki badań socjologicznych, które opisywa-

łyby dominujące postawy i wskazywały, gdzie leżą istotne trudności. Gdy zna się rzeczywisty rozmiar trudności, łatwiej można znaleźć środki zaradcze i łatwiej się można zorientować, co przede wszystkim trzeba robić.

Jeśli więc możliwe jest kontynuowanie tematów, którymi zajmowaliśmy się tutaj, postulowałbym podjęcie badań socjologicznych zmierzających do odtworzenia społecznych postaw wobec cierpienia, kalectwa, niedostosowania w miejscu pracy i w domu, a więc postaw wobec zjawisk z dziedziny rehabilitacji i adaptacji społecznej. Dostarczyłyby one empirycznego materiału do tematów, którymi tutaj zajmowaliśmy się wyłącznie teoretycznie.

Prof. H. Jankowski: Podejmując temat konferencji z inicjatywy prof. Fritzhanda w pełni zdawaliśmy sobie sprawę z ciężaru odpowiedzialności, jaka na nas spoczywa. Oderwanie na cztery dni obecnego grona od codziennej praktyki stwarza poważne zobowiązania, bowiem każda godzina tu obecnych poważnie liczy się w rachunku społecznym. Można powiedzieć, iż pewne ustalenia, których dokonaliśmy, usprawiedliwiają zwołanie naszej konferencji. Wprawdzie była mowa o tym, że brak jest w naszym gronie osób decydujących, jednakże trudno się z tym stanowiskiem zgodzić. Przedstawiciele administracji byli w naszym gronie, jednakże nie to jest najważniejsze. Grono tu obecne nie jest przecież pozbawione wpływu na rozwój medycyny i — w mniejszym może stopniu, lecz również — na kierunki rozwoju służby zdrowia. Wpływ tego grona może być większy lub mniejszy, jednakże wspólne uświadomienie sobie pewnych kwestii nie może pozostać bez wpływu na praktykę. Jako redaktor pisma, które zorganizowało tę konferencję, mogę zapewnić obecnych, że wszystkie głosy, które tu padły, będą opublikowane w tej formie, w jakiej dyskutanci uznają to za stosowne.

Chciałbym na zakończenie podziękować wszystkim uczestnikom konferencji, a przede wszystkim referentom, którzy znaleźli czas na przygotowanie swych tekstów i przedyskutowanie ich w naszym gronie. Chciałbym również wszystkim podziękować za współkształtowanie atmosfery naszej dyskusji, którą bez przesady można określić mianem dyskusji twórczej i rzetelnej.