

Magdalena Sokołowska

Polska Akademia Nauk

STUDIA SOCJOLOGICZNE 1969, 3(34), s. 129-153

ODDZIAŁYWANIE NA PROCES SPOŁECZNEJ REHABILITACJI PACJENTÓW

Wstęp

Ustalenia pojęciowe i metodologiczne. Z socjologicznego punktu widzenia istotne jest przede wszystkim to, że inwalidztwo ogranicza lub uniemożliwia pełnienie normalnych ról społecznych. O ile choroba nie zawsze zaburza tok normalnego społecznego funkcjonowania człowieka, o tyle w zachowaniu inwalidy zjawisko to występuje na plan pierwszy. Renty inwalidzkie i inne stałe świadczenia, jakie społeczeństwo przyznaje inwalidom, dowodnie wskazują, że sytuacja społeczna inwalidów różni się od sytuacji innych ludzi, zarówno zdrowych, jak chorych¹.

Długotrwała lub trwała niezdolność do wykonywania obowiązków społecznych wciąż wzrastającej liczby różnego rodzaju kalek i inwalidów, w Polsce i w innych krajach, jest poważnym problemem społecznym, wymagającym działań zmierzających do tego, co nazywa się zrehabilitowaniem, przystosowaniem, adaptacją, reintegracją itd. osób upośledzonych i kalekich w społeczeństwie².

Rehabilitacja jest złożonym problemem medycznym, ekonomicznym, społecznym, prawnym, moralnym i etycznym. Dotyczy on pacjentów instytucji medycznych – instytucjonalnie podlega więc medycynie, wszakże sama medycyna, jako nauka i jako instytucja, nie jest w stanie sobie, z nim poradzić. Pojęcie rehabilitacji rozszerzyło się współcześnie i objęło „całą” adaptację człowieka, wszystkie sfery jego życia: fizyczną, psychiczną i społeczną. W badaniach problemów człowieka potrzebne jest przede wszystkim podejście holistyczne, rozwój kompleksowych form działań społecznych, refleksja na temat założeń, środków i celów, do których zmierza rehabilitacja, racjonalnie kierowana społeczna działalność praktyczna.

W badaniach socjologicznych poświęconych inwalidztwu i rehabilitacji panuje, jak dotychczas, chaos semantyczny i konceptualizacyjny. Badań tych jest

¹ Społeczna rola chorego i społeczna rola inwalidy mają więc odmienne treści. Klasyczne już – sformułowane przez Parsonsa – określenie roli chorego nie nadaje się do analizowania roli inwalidy (budzi zresztą obiekcje również w odniesieniu do roli chorego, gdyż nadmiernie podkreśla czynnik motywacji w chorobie i dlatego mniej jest przydatne do analizowania chorób fizycznych niż psychicznych; nie bierze pod uwagę różnic między ostrą chorobą krótkotrwałą a przewlekłą chorobą długotrwałą, nie uwzględnia normatywnych różnic w społeczeństwie).

² Pisali na ten temat m.in.: M. Sokołowska, *Socjologia i medycyna*, „Studia Socjologiczne”, 1962, nr 3; J. Bejnarowicz, *Społeczna rehabilitacja inwalidów*, „Służba Zdrowia”, 1968, nr 11.

zresztą niewiele³. Socjologowie interesujący się medycyną i chorobą najczęściej dotąd badają procesy związane z powstawaniem chorób i z okresem „ostrej patologii”, czyli z okresem leczenia, natomiast proces zdrowienia, inwalidztwo i rehabilitacja nie budziły dotychczas większego zainteresowania. Ci nieliczni badacze, którzy zwracali uwagę na inwalidztwo, traktowali je jako zmienną zależną, jako konsekwencję choroby. Autorce znana jest tylko jedna większa praca wyraźnie konceptualizująca upośledzenie fizyczne w kategoriach zmiennej niezależnej⁴.

Rehabilitację można rozważać w dwóch różnych płaszczyznach, z punktu widzenia dwóch procesów, związanych empirycznie, lecz odrębnych konceptualizacyjnie: (1) rehabilitacja jako proces społeczny i (2) rehabilitacja jako system instytucjonalny. Model (1) byłby przydatny do badań tych aspektów inwalidztwa, które są uwarunkowane społecznie i kulturowo i wpływają na wynik rehabilitacji: ośrodkiem zainteresowania w takich badaniach byłby „rehabilitowany”⁵. Model (2) można stosować do badań działania zwanego rehabilitacją (lub rehabilitowaniem); badania zaj-

³ W Polsce stosunkowo więcej niż w niektórych innych krajach, w których rozwijają się badania socjomedyczne. W latach 1965–1967 przeprowadzono badanie społecznej rehabilitacji inwalidów po amputacji kończyny dolnej – na materiale Stołecznego Centrum Rehabilitacji Schorzeń Narządu Ruchu w Konstancinie (por. J. Bejnarowicz, A. Pilinow, M. Sokołowska, *Badania społecznych aspektów rehabilitacji inwalidów*, „Chirurgia Narządów Ruchu i Ortopedia Polska”, 1964, nr 4; J. Bejnarowicz, A. Pilinow, M. Sokołowska, *Życie rodzinne inwalidów a problem rehabilitacji społecznej*, „Problemy Rodziny”, 1966, nr 5/31; J. Bejnarowicz, A. Pilinow, M. Sokołowska, *Spoleczna rehabilitacja inwalidów*, „Studia Socjologiczne”, 1967, nr 2). W toku znajdują się dwa badania: *Spoleczna rehabilitacja inwalidów po amputacji kończyny dolnej* – na materiale wszystkich szpitali warszawskich (J. Bejnarowicz) oraz *Spoleczna rehabilitacja pacjentów po przebytych zawale serca* – na materiale Instytutu Kardiologii Akademii Medycznej w Warszawie (J. Bejnarowicz, A. Ostrowska, M. Sokołowska). Poza tym w latach ostatnich ukazały się następujące prace socjologiczne na temat rehabilitacji: K. Hirszel, *Adaptacja społeczna młodzieży po przebytej gruźlicy płuc*, „Studia Socjologiczne”, 1962, nr 1; M. Ciechocińska, *Problematyka socjologiczna w rehabilitacji inwalidów*, „Biuletyn Zakładu Badawczego Związku Spółdzielczości”, 1964, nr 1; M. Ciechocińska, *Młodzi inwalidzi o swojej pracy w spółdzielczości inwalidzkiej*, „Biuletyn Zakładu Badawczego Związku Spółdzielczości Inwalidów”, 1966, nr 8; A. Duracz-Walczakowa, *Wybrane problemy życia rodzinnego niewidomych*, „Studia Socjologiczne”, 1966, nr 1.

⁴ F. Davis, *Passage Through Crisis, Polio Victims and their Families*, New York 1963.

⁵ Z tego głównie punktu widzenia są prowadzone polskie badania socjologiczne. Inwalidztwo jest w nich oznaczone jako zmienna niezależna, jego skutki jako zmienna zależna, a rehabilitacja, jako zmienna interweniująca w ten stosunek. Powyższy model (zmienna niezależna – zmienna interweniująca – zmienna zależna) nadaje się do takich sytuacji empirycznych, jak np. inwalidztwo jako konsekwencja wypadku, który nastąpił wskutek katastrofy kolejowej. Jeśli natomiast przyczyny wypadku były związane z jakimiś mało dotąd znanymi czynnikami tkwiącymi w samym człowieku lub jego środowisku fizycznym lub społecznym, to do modelu konceptualizacyjnego wypadnie wprowadzić zmienną warunkującą (warunki istniejące uprzednio). Są to czynniki o podstawowym znaczeniu dla wszystkich kolejnych zmiennych. Wpływają one na wystąpienie inwalidztwa, na odrębności jego przebiegu u poszczególnych ludzi, na pojęcie i prowadzenie działania rehabilitacyjnego, na ostateczne skutki inwalidztwa. Niekiedy czynniki te mogą nawet być „rzeczywistą” zmienną niezależną w stosunku do inwalidztwa (np. typy pracowników przemysłowych szczególnie skłonnych do wypadków i często im ulegających).

mowałyby się głównie „rehabilitującym”. Ta właśnie płaszczyzna analizy stanowi przedmiot niniejszej publikacji.

Pracę napisano z socjotechnicznego punktu widzenia⁶. Działanie rehabilitacyjne jest tu rozważane w aspekcie postępowania celowościowego. Wyróżniono następujące etapy postępowania celowościowego: 1. podstawy podejmowania działania, 2. diagnoza, 3. ocena skutków działania.

Wypadnie jeszcze dodać, że rehabilitacja sama przez się jest działaniem dążącym do zmiany istniejącego stanu rzeczy (podobnie jak leczenie). Socjolog i socjotechnik nie inicjują tutaj zmiany, lecz mogą zmianę tę modyfikować poprzez racjonalizację doniosłego społecznie procesu”.

Rehabilitacja jako postępowanie celowościowe. Dokonanie diagnozy działania rehabilitacyjnego ma określone znaczenie praktyczne. Polega ono na tym, że analiza rehabilitacji ujawnia cechy, które są trudne do bezpośredniego stwierdzenia. Dla fachowców zajmujących się rehabilitacją już samo to może być materiałem godnym zastanowienia, pobudzającym do refleksji, i może stanowić podstawę zrewidowania dotychczasowych wartości i zasad działania. Taki opis dziedziny, którą fachowiec zajmuje się od lat, ukazuje ją w nowym świetle i pozwala spojrzeć na nią z innego punktu widzenia; wychodzi poza krąg jednorodnych opinii, poglądów i postaw jednej grupy zawodowej; przedstawia inne punkty widzenia i inne wartości; ujawnia stan i rodzaj wiedzy, na której opiera się działanie; ukazuje braki wiedzy, uwidacznia potrzeby badawcze. Może to sprzyjać formowaniu wielostronnego ujmowania złożonej struktury badanych zjawisk, a przez to wzbogacaniu form, metod i sposobów działania.

Analiza dziedziny rehabilitacji, podjęta z socjotechnicznego punktu widzenia, jest swoistym rodzajem oddziaływania, swoistą dyrektywą socjotechniczną, skierowaną do instytucji zajmujących się rehabilitacją. Może ona usprawnić jakościowo działalność tych instytucji, zwiększyć skuteczność ich funkcjonowania.

Podstawy podejmowania działania

Wartości tkwiące u podstaw działania medycznego. Zdrowie pozytywne. Definicje rehabilitacji. Medycyna jest – jak wiadomo – nauką praktyczną; jej naczelnym zadaniem jest poszukiwanie i stosowanie możliwie najskuteczniejszych środków dla zachowania życia i zdrowia człowieka⁷. W poszukiwaniu „możliwie najskuteczniejszych środków” powstało pojęcie zdrowia pozytywnego. Według powszechnie znanej definicji Światowej Organizacji Zdrowia,

⁶ Por. A. Podgórecki, *Zasady socjotechniki*, Warszawa 1966; A. Podgórecki, *Pięć funkcji socjologii; Miejsce socjotechniki w ustroju socjalistycznym; Perspektywy rozwoju socjologii stosowanej*, [w:] *Socjotechnika – praktyczne zastosowania socjologii*, Warszawa 1968; A. Podgórecki, *Oddziaływanie na jednostkę i na grupę społeczną*, „Studia Socjologiczne”, 1968, nr 3/4; A. Podgórecki, *Przedmiot, zakres i metody socjotechniki*, „Studia Socjologiczne”, 1969, nr 1.

⁷ M. Sokołowska, *Zastosowanie socjologii w medycynie*, [w:] *Socjotechnika – praktyczne zastosowania...*, s. 243.

„[...]zdrowie nie jest tylko brakiem choroby lub niedomagania, lecz jest pełnym dobrym samopoczuciem fizycznym, psychicznym i społecznym”.

Sposoby określania rehabilitacji przypominają koncepcję zdrowia pozytywnego. Używana w USA definicja rehabilitacji brzmi:

„Rehabilitacja jest przywróceniem upośledzonym najpełniejszej użyteczności fizycznej, psychicznej, społecznej, zawodowej i ekonomicznej, do jakiej są zdolni”⁸.

Według jednej z wiodących placówek rehabilitujących w Polsce, rehabilitacja oznacza

„[...] postępowanie mające na celu przywrócenie zdolności do życia osobistego, rodzinnego i społecznego w zmienionych – pod wpływem choroby lub urazu – warunkach zdrowia”⁹.

Znany polski specjalista w zakresie rehabilitacji określa ją następująco:

„Rehabilitacją nazywamy zorganizowane społeczne działanie, które umożliwi rekonstrukcję funkcji uszkodzonego narządu i przystosowanie do normalnego życia w społeczeństwie tych osobników, którzy na skutek urazu lub schorzenia zdolność tę utracili”¹⁰.

Między pojęciem zdrowia pozytywnego a pojęciem rehabilitacji istnieje, mimo pewnych podobieństw, zasadnicza różnica: rozpatrywanie zdrowia w kategoriach optymalnego samopoczucia fizycznego, a zwłaszcza psychicznego i społecznego, nie stało się „chlebem codziennym” większości lekarzy i placówek lecznictwa; zdrowie pozytywne jest dla nich pojęciem abstrakcyjnym. Natomiast rehabilitacja jest ogólnie przyjętym celem operacyjnym.

Rozszerzanie się pojęć choroby i inwalidztwa. Jeśli pojęcie choroby zastosować do takich stanów, jak np. gruźlica, rak, anemia złośliwa, dur brzuszny, ostre zapalenie wyrostka robaczkowego, to można stosunkowo łatwo zidentyfikować przyczyny cierpienia w kategoriach znanych jednostek klinicznych¹¹. Współcześnie pojęcie choroby odnosi się jednak nie tylko do takich stanów, w których hipoteza medyczna zakłada istnienie określonych procesów patologicznych, tkwiących u podstawy specyficznych syndromów klinicznych, lecz również do rozmaitych odchyleń fizycznych i funkcjonalnych, zaburzeń, dolegliwości, przypadłości i nieprzystosowania społecznego (np. otyłość, nerwice, alkoholizm, samobójstwo). Wszystkie te nowe „choroby” – to poważne problemy społeczne.

Podobne przemiany przechodzi pojęcie inwalidztwa. Początkowo oznaczało ono ciężkie kalectwo typu fizycznego, trwałą ułomność fizyczną. Obecnie obejmuje

⁸ W stosunku do gruźlików: *Rehabilitation of the Tuberculous. Preceedings of the Conference the National Tuberculosis Association*, Washington D.C. 1946.

⁹ Z. Askanas, S. Rudnicki, K. Ślidyński, *Cele, zadania i środki rehabilitacji kardiologicznej; program organizacyjny*, Warszawa 1967, s. 1.

¹⁰ M. Weiss, *Podstawowe zagadnienia rehabilitacji schorzeń narządu ruchu – skrypt dla studentów wyższych szkół wychowania fizycznego*, Warszawa 1966, Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego, s. 2.

¹¹ D. Mechanic, *Medical Sociology – A Selective View*, New York 1968, s. 15–16.

również różnego rodzaju uszkodzenia fizyczne, cięższe lub lżejsze, zaburzenia psychiczne i emocjonalne, niektóre choroby przewlekłe, stany związane ze starością.

W związku z tym wzrasta zakres rehabilitacji, rozszerzają się i różnicują jej formy. Początkowo rehabilitowanie było ograniczone do urazów przemysłowych. Potem objęło także pozaprzemysłowe uszkodzenia typu chirurgiczno-ortopedycznego. Obecnie rehabilitacja pacjentów z fizycznymi uszkodzeniami narządu ruchu nadal pozostaje problemem centralnym (takich osób jest najwięcej wśród rehabilitowanych). Ale rehabilituje się również pacjentów dotkniętych chorobami układu krążenia, gruźlicą, niewidomych i źle widzących, głuchych i źle słyszących, dotkniętych niektórymi formami raka, padaczki, wylewów mózgowych, cukrzycy itd. W coraz szerszym zakresie rehabilituje się również pacjentów dotkniętych chorobami psychicznymi. Wśród pacjentów poddawanych rehabilitacji psychiatrycznej coraz większą grupę stanowią ludzie z dolegliwościami typu funkcjonalnego: zaburzeniami osobowości, nerwicami, stanami psychotycznymi.

Tendencja do zmniejszania się różnic między leczeniem a rehabilitowaniem.

Proces zwalczania choroby składa się z kilku kolejnych etapów: I – profilaktyka (okres prepatogenezy), II – rozpoznanie choroby (postawienie diagnozy), III – leczenie (powstrzymanie, usuwanie lub łagodzenie ostrych objawów choroby), IV – rehabilitacja (zabezpieczanie i usprawnianie funkcji zaburzonych przez chorobę). Poszczególne etapy są wyraźnie wyodrębnione: różnią się pod względem czasowym i konceptualizacyjnym. Na każdym etapie ośrodkiem zainteresowania osób zajmujących się zwalczaniem choroby mogą być aspekty biofizjologiczne, czyli fizyczne choroby, aspekty psychologiczne lub aspekty społeczne.

Medycyna zajmuje się zwyczajowo aspektami biofizjologicznymi. Rehabilitacji medycznej, czyli fizycznej (zwanej też leczniczą) poddaje się pacjenta podczas jego pobytu w placówce lecznictwa, gdy minął okres ostrej choroby lub okres wymagający ingerencji chirurgicznej, np. amputowania nogi wskutek urazu spowodowanego wypadkiem. Tradycyjna rehabilitacja takiego pacjenta polega na stosowaniu ćwiczeń ruchowych oraz zabiegów fizyko-terapeutycznych. W nowoczesnym ujęciu rehabilitacja rozszerza się i obejmuje również leczenie pracą oraz dążenia psychologów, by pacjent przystosował się do swego kalectwa. Oznacza to, że rehabilitacja medyczna zaczyna obejmować aspekty psychiczne i społeczne choroby.

Co skłania leczących i rehabilitujących do rozszerzania zakresu działań, do włączania nowych terenów w krąg obszaru tradycyjnego? Do niedawna lekarze uważali, że jeżeli ich działanie zostanie uwieńczone poprawą stanu fizycznego chorego, to automatycznie nastąpi również poprawa jego stanu w dwóch innych płaszczyznach: psychicznej i społecznej. Okazało się jednak, że sfery psychiczna i społeczna nie zawsze „powracają do zdrowia” wraz z „wyzdrowieniem” sfery fizycznej. Na przykład, lekarze spostrzegli, że nie wszyscy wyleczeni i zrehabilitowani przez nich pacjenci, którzy przed chorobą lub wypadkiem pracowali zawodowo, wracają do pracy, mimo że nie ma do tego żadnych przeciwwskazań pod względem fizycznym¹².

¹² To spostrzeżenie głównie spowodowało, że kierownictwo Centrum Rehabilitacji Chorób Narządów Ruchu w Konstancinie zwróciło się do socjologów o przeprowadzenie badania na temat rehabilitacji społecznej pacjentów Ośrodka.

Znaczny wpływ na zmianę podejścia do rehabilitacji wywarły przemiany zachodzące w tym zakresie w psychiatrii. Leczenie i rehabilitacja psychiatryczna przypominały do niedawna inne dziedziny medycyny. To, co nazywano leczeniem czynnym (np. leczenie insuliną niektórych chorób psychicznych), odnosiło się do organicznej komponenty choroby. Czynności rehabilitacyjne były od tego wyraźnie oddzielone zarówno pod względem czasowym, jak i konceptualizacyjnym. Wchodziły one w grę później, gdy leczenie wyczerpało już swoje możliwości, i były traktowane jako pomoc w przystosowaniu pacjenta do życia poza murami szpitala, jako ogniwo pośrednie między technicznymi środkami medycznymi a problematyką „niefachową”, nienależącą do zakresu medycyny. Rozwój leków farmakologicznych w psychiatrii umocnił jeszcze bardziej granicę podziału między leczeniem a rehabilitowaniem. Z jednej strony mieściły się naukowe środki lecznicze, a z drugiej – rehabilitacja, która obejmowała środki innego rodzaju: takie, które były potrzebne przewlekłemu choremu, opuszczającemu szpital po długim w nim pobycie. Środki rehabilitacyjne obejmowały szkolenie w zakresie podstawowych elementów kulturowych, kwestie związane ze starzeniem się pacjenta, ze zmianami w jego rodzinie itd. Zajmowali się tym asystenci socjalni, pielęgniarki i inni pracownicy, którzy w nomenklaturze zawodów w służbie zdrowia nazywają się „pomocniczy”.

Zasadniczą zmianę w podejściu do leczenia i rehabilitacji w psychiatrii przyniósł rozwój kierunku psychoterapeutycznego, zwłaszcza psychoterapii dynamicznej. Leczenie objęło zarówno aspekty bio-fizyczne choroby, jak i ogólną sytuację życiową pacjenta. W psychoterapii wiele wątków jest w swej istocie rehabilitacją.

Jeszcze silniejszy wpływ na zacieranie się granic między leczeniem a rehabilitowaniem wywiera rozwój w psychiatrii orientacji zwanej „terapią środowiskową” lub „społecznością leczącą”. Dąży ona do stworzenia w szpitalu takiego środowiska społecznego, które mogłyby skutecznie uzupełniać inne formy i rodzaje leczenia¹³. Ten kierunek istnieje mniej więcej od dwudziestu lat i wykazuje stałą tendencję rozwoju również poza psychiatrią, np. w niektórych zakładach zajmujących się rehabilitacją chorób narządu ruchu.

„Spotykane w piśmiennictwie lekarskim poglądy – pisze M. Weiss – że rehabilitacja jest trzecią fazą leczenia, występującą dopiero po zakończeniu podstawowego procesu terapii w szpitalu lub ambulatorium – są przestarzałe. Dokładna analiza wyników leczenia tych chorych, którzy dopiero po okresie pobytu w szpitalu rozpoczęli właściwą rehabilitację, wykazała, że na tej drodze występuje zdecydowane przedłużenie okresu pełnej niezdolności do pracy. Jesteśmy zdania, że nowoczesnym sprawdzianem wyleczenia jest bezpośredni powrót do czynnej pracy zawodowej i aktywnego życia społecznego już w toku leczenia. Traktowanie rehabilitacji jako trzeciej fazy leczenia doprowadza do wystąpienia w ustroju szeregu zmian wtórnych zarówno psychicznych, jak również takich, które w pewnych cięższych przypadkach uniemożliwiają całkowitą rekonstrukcję zdolności do samodzielnego życia, w przypadkach zaś złejszych prowadzą do wyraźnych trudności w adaptacji do prawidłowego działania społecznego. W związku z tym konieczne jest podkreślenie zasadniczej tezy: celem nowoczesnej medycyny jest przywrócenie choremu zdrowia nie tylko jako jednostce, lecz przede wszystkim

¹³ R. N. Rapoport, *Community as Doctor – New Perspectives on a Therapeutic Community*, London 1967.

jako członkowi społeczeństwa. Należy zatem starać się nie tylko o przywrócenie do normy wszystkich jego funkcji fizjologicznych, lecz również jego funkcji społecznych. Organizacja lecznictwa szpitalnego i ambulatoryjnego musi podporządkować się tym zadaniom. W rehabilitacji widzimy most, który nowoczesne społeczeństwo przerzuciło nad przepaścią dzielącą dotychczasową klasyczną organizację lecznictwa od pełni życia cywilizowanego¹⁴.

Pojęcie rehabilitacji społecznej. Praca zawodowa jako kryterium skuteczności rehabilitacji. Z definicji rehabilitacji wynika, że musi ona obejmować wszystkie sfery życia. Jest to więc rehabilitacja „zintegrowana”.

„Odróżniamy – pisze W. Dega, pionier tego kierunku w Polsce – cztery odmiany rehabilitacji: leczniczą, psychologiczną, społeczną i zawodową. Wszystkie one stanowią całość procesu rehabilitacji, którego ciągłość musi być zabezpieczona – inaczej traci swoją efektywność [...] Między rehabilitacją medyczną a zawodową istniała duża przepaść, przez którą prowadziły do niedawna tylko gdzieniegdzie wąskie kładki łączące te odmiany. Zasadniczy pomost między nimi zaczęły tworzyć rehabilitacja psychologiczna i społeczna. Muszą się one jednak włączyć już w fazie leczenia chorego, a ich program musi być ściśle zharmonizowany z planem leczenia. Wszystkie wysiłki muszą przy tym zmierzać do ostatecznego celu, jakim jest przygotowanie do rehabilitacji zawodowej, łącznie z zabezpieczeniem choremu pracy i godnego zaszeregowania w społeczeństwie¹⁵ (podkr. – M. S.).

Celem rehabilitacji psychicznej i fizycznej jest więc osiągnięcie zrehabilitowania w sferze społecznej. Miarą skuteczności rehabilitacji fizycznej i psychicznej jest „sukces” rehabilitacji społecznej. Pacjent dobrze zrehabilitowany, to taki człowiek, który dobrze się zaadaptował w społeczeństwie¹⁶.

W przytoczonych definicjach i określeniach rehabilitacja społeczna i rehabilitacja zawodowa występują oddzielnie. Wynika z tego, że w życiu pacjenta sfera pracy zawodowej i sfera społeczna są traktowane rozłącznie. Sfera społeczna oznacza prawdopodobnie sferę domowo-rodzinną. Określa się ją niekiedy pojęciem „środowisko”, w skład którego wchodzi: warunki mieszkaniowe, higieniczno-sanitarne, stan rodzinny itd. Jest to tradycyjny teren zainteresowania medycyny społecznej, pielęgniarstwa społecznego i pracowników socjalnych. Medycyna społeczna nie zajmuje się pracą zawodową pacjenta¹⁷.

Dwa rodzaje rehabilitacji – społeczna i zawodowa – są charakteryzowane następująco:

¹⁴ Weiss, op. cit., s. 4–5.

¹⁵ W. Dega, *Rehabilitacja integrowana*, „Służba Zdrowia”, 1968, nr 38.

¹⁶ Jak widać, między pojęciami „wyleczony” a „zrehabilitowany” zachodzi istotna różnica. „Wyleczony” – to człowiek, który powrócił do zdrowia. „Zrehabilitowany” – to człowiek, który powrócił „do społeczeństwa”. Pojęcie rehabilitacji jest bardziej „nasycone” treścią niemedyczną niż leczenie.

¹⁷ Ten teren jest przedmiotem zainteresowania innej dyscypliny, medycyny pracy. Jednak w praktyce problemami pracy rehabilitowanych pacjentów zajmują się głównie ci lekarze, którzy prowadzą rehabilitację leczniczą. Są to przedstawiciele specjalności klinicznych, ortopedii, psychiatrii, interny ogólnej, kardiologii, fizjatrii, laryngologii, okulistyki, neurologii, neurochirurgii, onkologii itd., zależnie od rodzaju choroby czy inwalidztwa, które podlega rehabilitowaniu.

„Rehabilitacją społeczną nazywamy proces, który przebiega przy współdziałaniu różnych instancji i organizacji społecznych i państwowych; celem jego jest umożliwienie człowiekowi z trwałymi uszkodzeniami możliwie maksymalnego przystosowania się do warunków środowiska zewnętrznego, aby mógł on stać się pełnoprawną, całkowicie aktywną jednostką społeczną. W rehabilitacji społecznej wyróżniamy następujące elementy: a) organizację warunków bytowania; b) organizację środków transportu i lokomocji; c) organizację podstaw materialnych bytu społecznego; d) inne usprawnienia techniczne, pozwalające na korzystanie z dóbr kulturalnych i społecznych. Podstawową ideą rehabilitacji społecznej jest umożliwienie pełnej reintegracji społecznej człowiekowi, który został wyrzucony poza ramy bytowania społecznego. Rehabilitacją zawodową nazywamy zorganizowane działanie, które polega na dostosowaniu inwalidy do warunków pracy zawodowej. Proces ten obejmuje: a) wyszkolenie go w tej dziedzinie, w której może on twórczo pracować; b) przeszkolenie go w nowym zawodzie w wypadku, gdy na skutek schorzenia lub urazu utracił zdolność do pracy w dotychczasowym zawodzie”¹⁸.

Jak operacjonalizują lekarze pojęcie adaptacji społecznej w odniesieniu do rehabilitowanych pacjentów? Jakie zmienne określają sferę społeczną działania rehabilitacyjnego? Jediną uchwytą zmienną jest praca zawodowa. Stosunek do pracy jest rozpatrywany statycznie i najczęściej jednorazowo: jako fakt podjęcia lub niepodjęcia pracy. Lekarze uważają czynnik pracy za podstawowy w procesie społecznego rehabilitowania. Ważność pracy jest ujmowana w dwóch aspektach: humanitarnym i ekonomicznym. Rehabilitację podejmuje się więc z pobudek humanitarnych i ekonomicznych. Kombinacja obu tych motywów występuje zarówno w sformułowaniach oficjalnych, jak i w pracach wybitnych przedstawicieli dziedziny rehabilitacji.

„Doświadczenie lekarzy wykazało, że praca odpowiednia dla osób chorych na serce jest na dłuższą metę mniej szkodliwa niż bezczynność, której następstwa psychiczne i społeczno-ekonomiczne mogą być katastrofą dla rodziny i dla społeczeństwa jako całości”¹⁹.

„Rehabilitacja – we wszystkich jej odmianach – jest procesem o głębokiej wartości humanitarnej, ale oprócz tego ma też duże znaczenie ekonomiczne dla gospodarki kraju”²⁰.

„Konsekwencją rozwoju medycyny musi być zapewnienie choremu pełnej rehabilitacji. Nowoczesny humanitaryzm nie może bowiem pogodzić się z faktem skazywania człowieka na śmierć społeczną, która jest z punktu widzenia psychologicznego dużo gorsza niż śmierć biologiczna bezpośrednio po urazie [...] Człowiek, który żyje poza nawiasem twórczego życia społecznego, jest nieproduktywnym konsumentem dóbr materialnych. Duże znaczenie ma również wpływ inwalidztwa jednego z członków rodziny na osłabienie siły ekonomicznej rodziny”²¹.

Diagnoza

Wiele przyczyn składa się na to, że dokonanie diagnozy w dziedzinie rehabilitacji nie jest sprawą łatwą.

¹⁸ Weiss, *op. cit.*, s. 6–7.

¹⁹ *Rehabilitation of Patients with Cardiovascular Diseases – Technical Report Series*, World Health Organization, Geneva 1966.

²⁰ Dega, *op. cit.*

²¹ Weiss, *op. cit.*

„Rehabilitacja jest pojęciem elastycznym. Zależnie od kontekstu, w jakim występuje, może oznaczać wszystko – od przywrócenia poprzedniej sprawności lub kondycji do przerobienia w formę udoskonaloną, lepszą niż poprzednio”²².

Brak również materiałów oficjalnych, np. danych statystycznych, na temat przybliżonej, ogólnej liczby inwalidów w określonym miejscu i czasie, liczby pacjentów poddanych formalnym programom rehabilitacyjnym w dziedzinie np. chorób narządu ruchu, chorób psychicznych, gruźlicy, kosztów związanych z tą działalnością itd.

Informacje o dziedzinie rehabilitacji czerpiemy dotychczas głównie z dwóch źródeł: z wiedzy potocznej oraz z wiedzy profesjonalnej. Na gruncie pierwszej, mimo jej niewątpliwych walorów,

„[...] brak możliwości wzajemnego porozumienia się, ponieważ brak jest wykształconych krytyków porównywania rozmaitych elementów tej wiedzy z jednolitym systemem odniesienia”²³.

Walory wiedzy profesjonalnej są oczywiste, jednak ma ona wiele ograniczeń. Najistotniejszym jest

„[...] dewiacja zawodowa, która polega na tym, że prawie każdy zawód wykształca swoisty punkt widzenia i ten punkt widzenia ma tendencją do dominowania, pomijania innych, jednostronnego ujmowania złożonej struktury badanych zjawisk”²⁴.

Podjęta tu próba diagnozy w dziedzinie rehabilitacji ogranicza się do kilku tylko aspektów, tych mianowicie, które były przedmiotem badań typu opisowego lub syntetyzującego i które wydają się użyteczne dla rozwoju systematycznych badań społecznej rehabilitacji w Polsce.

Określenie zakresu i celu rehabilitacji (na przykładzie rehabilitacji inwalidów po amputacji kończyny dolnej na skutek wypadku)²⁵. Proces rehabilitacji inwalidów składa się z rehabilitacji medycznej, psychicznej i społecznej. Rehabilitacja medyczna, prowadzona w zakładach leczniczych, polegająca na specjalistycznym leczeniu i systemie ćwiczeń fizycznych, stawia sobie za cel przywrócenie inwalidzie sprawności motorycznej. Proces ten jest zinstytucjonalizowany, kierowany i prowadzony przez, fachowców, a jego efekty są wymierne. Pacjent poddany rehabilitacji medycznej rozpoczyna równocześnie rehabilitację psychiczną, której efektem ma być zaakceptowanie przez inwalidę własnego kalectwa. Proces ten jest niezinstytucjonalizowany, niekontrolowany i niewymierny²⁶. Dokonuje się samoistnie; jego wynik jest przypadkowy, zależy od osobowości pacjenta i specyficznej dla niego

²² C. C. Burlingame, cyt. wg Rapoport, *op. cit.*, s. 6.

²³ Podgórecki, *Perspektywy rozwoju...*, s. 303.

²⁴ *Ibidem*, s. 303–304.

²⁵ Bejnarowicz, Pilinow, Sokołowska, *Społeczna rehabilitacja inwalidów...*, s. 281–282.

²⁶ Wypadnie tu dodać, że coraz więcej zakładów rehabilitacyjnych angażuje psychologów jako stałych pracowników. Na ogół działalność psychologów odbywa się jeszcze na marginesie głównego nurtu rehabilitacji, ale istnieje wyraźna tendencja do integrowania warsztatu psychologa z pracą zespołów prowadzących rehabilitację. Niektóre zakłady mają już znaczne osiągnięcia na tym polu.

percepcji choroby czy kalectwa. W znacznej większości zakładów leczniczych nie prowadzi się systematycznie psychoterapii jako metody leczenia. Rehabilitacja medyczna i psychiczna służą w ostatecznym efekcie rehabilitacji społecznej. Rehabilitacja społeczna rozpoczyna się także już w zakładzie leczniczym, lecz jako problem z całą ostrością występuje dopiero po opuszczeniu zakładu przez pacjenta. Inwalida wchodzi wówczas w nową sytuację społeczną, musi podjąć dawne zadania lub zaadaptować się do nowych, do których najczęściej nie jest przygotowany. Chodzi tu głównie o jego sytuację w trzech kręgach: w pracy, w rodzinie i w grupach towarzyskich. Rehabilitacja społeczna, podobnie jak psychiczna, jest procesem niezinstytucjonalizowanym; może on być ujmowany jako proces socjalizacji inwalidy do nowej roli. Efektem procesu socjalizacyjnego będzie zredukowanie przez inwalidów negatywnych skutków ich kalectwa.

Prognoza rehabilitacji medycznej i psychicznej. Niektóre zakłady rehabilitujące, niektóre programy rehabilitacji, dążą do opracowania syntetycznych mierników ułatwiających rokowanie co do skuteczności rehabilitacji leczniczej w odniesieniu do poszczególnych pacjentów. Ścisłe mierniki w tym zakresie posiada już np. zespół Instytutu Kardiologii Akademii Medycznej w Warszawie, zajmujący się rehabilitacją pacjentów, którzy przebyli zawał serca; jest to tzw. *s o m a t y c z n y t e s t r o k o w n i c z y*²⁷.

W nowoczesnych zakładach rehabilitujących w Polsce w skład stałego zespołu rehabilitującego wchodzi psycholog. Wspomniany Instytut Kardiologii rozporządza ściśle określonymi miernikami prognostycznymi rehabilitacji psychicznej²⁸. Jeśli współpraca lekarzy i psychologów jest już bardziej zaawansowana, to dąży się do opracowania testów złożonych z komponenty psychicznej oraz z komponenty somatycznej. Próbę opracowania testu psychosomatycznego również podjęto już w Instytucie Kardiologii; jest to tzw. *psychiczny i psycho-somatyczny test rokowniczy*²⁹.

Mierniki skuteczności rehabilitacji medycznej. Wspomniany już zespół Instytutu Kardiologii jest w trakcie opracowywania złożonego testu określającego skuteczność rehabilitacji medycznej i psychicznej pacjentów po przebytych zawałach serca. We wspomnianym już badaniu rehabilitacji społecznej inwalidów po amputacji kończyny dolnej, skonstruowano następującą skalę sprawności fizycznej, opierającą się na opiniach zrehabilitowanych³⁰.

²⁷ Z. Askanas, S. Rudnicki, K. Tymińska, J. Baryła, *Somatyczny test rokowniczy dla szpitalnej rehabilitacji chorych ze świeżym zawałem serca* (doniesienie na XXV posiedzeniu Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, Warszawa, 5–7 XII 1968).

²⁸ Z. Askanas, S. Siek, A. Ostrowska, S. Rudnicki, J. Tyłka, *Psychiczny test rokowniczy dla rehabilitacji wewnątrzszpitalnej chorych ze świeżym zawałem serca* (doniesienie na XXV posiedzeniu...).

²⁹ Z. Askanas, S. Rudnicki, J. Baryła, J. Tyłka, K. Tymińska, *Psycho-somatyczny test rokowniczy dla rehabilitacji wewnątrzszpitalnej chorych ze świeżym zawałem serca* (doniesienie na XXV posiedzeniu...).

³⁰ Bejnarowicz, Ostrowska, Sokołowska, *Badania społecznych aspektów rehabilitacji inwalidów...*, s. 443.

Rodzaj czynności	Może wykonywać			
	bez trudu	z wysiłkiem	tylko z cudzą pomocą	w ogóle nie
Wchodzenie na schody				
Wsiadanie do tramwaju (trolejbus, autobus)				
Chodzenie po ulicy				
Stanie w miejscu przez 1/2 godz.				
Ubieranie się				

Rehabilitowany a praca zawodowa. W fachowym piśmiennictwie medycznym często pojawia się wątek wpływu pracy zawodowej na proces zdrowienia i rehabilitacji. Zawód, rola pracy i środowisko pracy są czynnikami, które lekarze od dawna uważają za zasadnicze w procesie zdrowienia. Liczne badania medyczne w tym zakresie wymagają uporządkowania. Ostatnio zaczynają się pojawiać publikacje socjologów podejmujących takie próby w odniesieniu do określonych chorób lub inwalidztwa. Jedno z pierwszych w świecie studiów tego typu uporządkowało wyniki ważniejszych badań dotyczących wpływu pracy na przebieg zdrowienia po przebytych zawale serca³¹. Poniżej prezentuję zawarte w nim podstawowe sformułowania.

A. Wpływ pracy na proces zdrowienia pacjentów po przebytych zawale serca (analiza porządkująca wyniki badań medycznych). Znaczenie pracy w procesie zdrowienia i rehabilitacji jest przedmiotem kontrowersji w środowiskach medycznych. Z jednej strony, większość lekarzy uważa, że praca wywiera wpływ korzystny i programy rehabilitacji zmierzają do tego, by pacjenci wracali do zatrudnienia; z drugiej zaś – istnieje niezgodność poglądów co do tego, czy związany z pracą stres fizyczny i psychiczny jest czynnikiem etiologicznym w chorobach serca. Jeśli stres związany z pracą byłby czynnikiem przyczyniającym się do wystąpienia inwalidztwa z powodu choroby serca, to praca miałaby znaczenie negatywne w procesie rehabilitacji, a pacjenci wracający do pracy podejmowaliby czynności potencjalnie raczej destruktywne niż korzystne.

Jaki jest wpływ pracy na proces zdrowienia chorego na serce? W jaki sposób praca staje się źródłem, z którego pacjent czerpie siły do walki z chorobą, do rehabilitacji? Tylko kontrolowane badania empiryczne będą mogły odpowiedzieć definitywnie na te pytania. Jednak pewne wnioski można wyciągnąć już teraz, na podstawie publikowanych doniesień i impresji klinicznych.

³¹ S. H. Croog, S. Levine, Z. Lurie, *The Heart Patient and the Recovery Process – A Review of the Directions of Research on Social and Psychological Factors*, „Social Science and Medicine”, 1968, vol. 2, part V – „Work and Recovery Process”, s. 141–146. Publikacja ta opiera się głównie na badaniach amerykańskich oraz kilku angielskich. Dotyczy głównie zawału serca. Określenia „choroba serca” lub „chory na serce”, używane w tej publikacji, oznaczają powyższą jednostkę chorobową.

1. Dane na temat powrotu do pracy chorych na serce. Doniesienia zajmujące się powrotem do pracy chorych na serce wskazują, że wpływ pracy na zdrowienie jest różny w różnych kategoriach pacjentów. Uwidaczniają one fakt, że niektóre zawody, zajęcia i stanowiska robocze mogą bardziej niż inne sprzyjać rehabilitacji. Badając mężczyzn w wieku do 65 lat, którzy przeszli zawał serca jeden raz, Sharland³² zauważa np., że mężczyźni pochodzący z „niższych” klas społecznych zmieniali pracę częściej niż ci, którzy pochodzili z klas „wyższych”. Pell i D’Alonzo³³ zbadali pracowników zakładów Du Pont, którzy przeżyli pierwszy zawał serca. Odsetek pracowników umysłowych, którzy pracowali w jeden rok później, był nieco wyższy niż odsetek pracowników fizycznych (odpowiednio – 80% i 70%). Podobnie Weinblatt³⁴ podaje, że po upływie 18 miesięcy od pierwszego zawału było zatrudnionych więcej pracowników umysłowych (95%) niż fizycznych (85%). Nasuwa się wniosek, że prawdopodobnie warunki pracy pracowników umysłowych bardziej sprzyjają powrotowi do pracy po przebyciu zawału niż warunki pracy pracowników fizycznych.

Niektóre doniesienia wykazują, że powrót do pracy jest związany ze stopniem ciężkości choroby serca i liczbą ostrych epizodów tej choroby (np. liczbą przeżytych zawałów). Wydaje się, że rokowanie w związku z pracą jest pomyślne u tych pacjentów, którzy przeżyli pierwszy zawał serca. Na podstawie badania takich pacjentów Johnson³⁵ donosi, że przy końcu pierwszego roku po wystąpieniu choroby 85% pacjentów wróciło do pracy. Grain i Missal³⁶ zbadali 184 mężczyzn po zawale serca (przypadki wybrane z dokumentacji medycznej przedsiębiorstwa Eastman Kodak) i stwierdzili, że po chorobie do pracy wróciło 82%. Master i Dack³⁷ informują, że do pracy wróciło 59% osób, które przeszły pierwszy zawał serca. Badanie przeprowadzone na 200 przypadkach zawału w Anglii potwierdziło spostrzeżenie, że powrót do pracy zależy od ciężkości zawału. Do pracy wróciło 33% pacjentów, którzy przeszli ciężki zawał serca i 65% po zawale lżejszym³⁸. We wspomnianym już doniesieniu Weinblatt badał związki rozmaitych zmiennych ze zmienną powrotu do pracy po zawale i z pozycją pracy w różnych okresach czasu po wystąpieniu zawału. Okazało się, że odsetek pacjentów, którzy wrócili do pracy w ciągu 18 miesięcy był stosunkowo niski w następujących grupach: wśród pacjentów najstarszych wiekiem, wśród osób, które przeszły ciężko klinicznie postać zawału oraz wśród tych, którzy wykazywali najniższy poziom ogólnej aktywności fizycznej w czasie zawału.

³² D. E. Sharland, *Ability of Men to Return to Work after Cardial Infarction*, „British Medical Journal”, 1964, s. 5411.

³³ S. Pell, C. A. D’Alonzo, *Myocardial Infarction in 1-year Industrial Study*, „Journal of American Medical Association”, 1958, nr 166, s. 332.

³⁴ E. Weinblatt et al., *Return to Work and Work Status Following First Myocardial Infarction*, „American Journal of Public Health”, 1966, nr 56, s. 1169.

³⁵ W. L. Johnson, *A Study of Family Adjustment to the Crisis of Cardiac Disease*, New York 1966.

³⁶ R. B. Grain, M. E. Missal, *The Industrial Employee with Myocardial Infarction and his Ability to Return to Work*, „New York State Journal Medical”, 1956, s. 2238–2244.

³⁷ A. M. Master, S. Dack, *Rehabilitation Following Acute Coronary Occlusion*, „Journal of American Medical Association”, 1940, nr 115, s. 828.

³⁸ J. N. Morris, *Occupation and Coronary Heart Disease*, „American Medical Association Archives of Internal Medicine”, 1959, nr 104, s. 903.

Wydaje się również, że istnieją zależności między wpływem pracy a innymi czynnikami, jak charakterystyka społeczna i motywacje pacjentów. Na przykład wiek, bez względu na to, czy człowiek jest chory na serce, czy zdrowy, wywiera oczywisty wpływ na jego zatrudnienie. Starszy, niezatrudniony osobnik ma mniej możliwości w tym zakresie niż młodszy. Co więcej, jak sugeruje Wilder³⁹, dla mężczyzny w wieku 55 lat i więcej zawał może być „zaakceptowaną społecznie metodą honorowego odejścia w stan spoczynku”, przy tym nie musi to znaczyć, że tacy pacjenci „eksploatują” chorobę. Raczej skierowują oni rehabilitację na inne tory, w kierunku zajęć, o których myślą w związku z chęcią przejścia na rentę. Ponadto powrót do pracy pacjentów z ciężką chorobą serca, mających za sobą długie okresy bezrobocia i nieregularną historię pracy, a przy tym niski poziom wykształcenia, jest mniej prawdopodobny niż powrót do pracy innych osób.

Również sytuacja na rynku pracy wpływa na to, czy zatrudnienie może być środkiem służącym do zrehabilitowania osób chorych na serce. Badania wskazują na znaczne różnice w zakresie gotowości pracodawców do zatrudniania chorych na serce lub do przystosowywania dla nich stanowisk pracy. Na przykład, w badaniu przeprowadzonym w Bostonie Olshansky⁴⁰ stwierdził, że wielu pracodawców niechętnie zatrudnia chorych na serce. Doniesienie Lee⁴¹, dotyczące 19 gałęzi przemysłu zatrudniających ćwierć miliona pracowników, wykazało, że tylko 9 z nich miało określone zasady przyjmowania do pracy chorych na serce; 7 prowadziło zdecydowaną politykę przeciw zatrudnianiu, a w pozostałych gałęziach przemysłu kwestia ta w ogóle nie była przedmiotem rozważań. Reeder (socjolog)⁴² wskazał na zróżnicowanie stosunku pracodawców do chorych na serce w zależności od kategorii pracowników. Z reguły pracowników umysłowych akceptuje się łatwiej niż fizycznych. Pracodawcy są skłonni do wprowadzania rozmaitych ułatwień, łącznie ze zmianą godzin pracy i zatrudnianiem w niepełnym wymiarze godzin, pracownikom z wyższym statusem pracy i rzadziej pracownikom fizycznym. Praca robotnika jest męcząca fizycznie; pracodawcy unikają sytuacji, która mogłaby pogorszyć stan choroby, w obawie narażenia się na żądania robotników (odszkodowania i zasiłki itp.). Przytacza się więc takie argumenty, jak brak odpowiednich stanowisk pracy, absencję chorobową i obawę o niską wydajność pracy. W ostatnich latach sytuacja ta zaczyna jednak ulegać zmianie; więcej przedsiębiorstw i gałęzi przemysłu wyraża chęć zatrudniania chorych na serce, ponieważ okazuje się, że na ogół dobrze wywiązują się oni z pracy.

Omówione doniesienia zwracają uwagę na niektóre czynniki selekcji, pomocne w ustaleniu roli pracy w procesie zdrowienia. Nie są to czynniki określające wpływ

³⁹ R. N. Wilder, *Emotional Reactions to Initial Attacks of Coronary Thrombosis*, „General Practitioner”, 1964, nr XXIX, s. 115.

⁴⁰ S. Olshansky et al., *A Survey of Employment Practices as Related to Cardiac Patients in Greater Boston*, „New England Journal Medical”, 1955, nr 253, s. 506.

⁴¹ P. R. Lee et al., *Cardiac Rehabilitation: Questionnaire survey of Medical Directors in Industry*, „Journal of American Medical Association”, 1957, nr 165, s. 787.

⁴² L. Reeder, *Employment Practices and the Cardiac*, „Journal of Chronic Diseases”, 1965, nr 18, s. 951–963.

pracy na zdrowienie (z wyjątkiem wpływu w sensie negatywnym). Fakt, że wysoki odsetek pracowników chorych na serce pozostaje w pracy w rozmaitych okresach od ostrego okresu choroby, ma ograniczoną wartość interpretacyjną. Pacjenci wracający do pracy stanowią populację wyselekcjonowaną spośród ogółu populacji chorych na serce. Wskaźniki powrotu do pracy informują, że wśród tych, którzy czują się wystarczająco dobrze, by podjąć pracę, przypuszczalne skutki negatywne pracy nie działają silnie. Nie mówią natomiast o znaczeniu leczniczym zatrudnienia.

2. Kwestia korzystnego wpływu pracy na zdrowienie i rehabilitację. Ponieważ wskaźniki powrotu do pracy nie rozstrzygają kwestii wpływu pracy na zdrowienie i rehabilitację, danych o wpływie pracy, jako założonego środka terapeutycznego, trzeba szukać gdzie indziej. Mało jest materiałów empirycznych w tym zakresie. W piśmiennictwie medycznym znajduje się wiele zachęcających komentarzy na temat celowości powrotu pacjentów do pracy w przeciągu rozsądnego okresu czasu. U podstawy tych zaleceń leży założenie, że praca jest korzystna.

„Lekarz – piszą Durbin i Goldwater – powinien rozumieć, iż wczesny powrót do pracy wywiera tonizujący skutek na człowieka, który przeszedł chorobę”⁴³.

Podobny pogląd reprezentuje Światowa Organizacja Zdrowia. Wielu autorów podkreśla korzystne skutki psychologiczne i społeczne pracy. Master pisze, że normalnym obowiązkiem lekarza jest zachęcić pacjenta do podjęcia pracy, ponieważ

„[...] w pracy pacjent jest szczęśliwszy, uwolniony od niebezpieczeństw nudy i frustracji”⁴⁴.

Levine uważa, że nawet pacjenci z ciężkimi uszkodzeniami serca powinni być w miarę możliwości kierowani do pracy.

„Jeśli nawet długość życia ciężko chorego skróci się o kilka miesięcy – pisze on – to większość takich ludzi woli żyć pełnym życiem o kilka lat krócej niż nieco dłużej, lecz jako ciężar dla społeczeństwa, zależąc od członków swojej rodziny”⁴⁵.

Niektórzy lekarze zajmują w tej sprawie bardziej umiarkowane stanowisko, twierdząc, że nie ma dowodów na to, iż praca ma wpływ negatywny.

„Niewydolność sercowa – piszą Kaufman i Becker – powtarzające się zawały, rozwój dusznicy bolesnej i objawy mózgowo-naczyniowe tak samo występują wśród zatrudnionych, jak i wśród niezatrudnionych. Nie należy przypisywać pracy tego, że postępuje naturalny rozwój choroby”⁴⁶.

⁴³ E. Durbin, J. J. Goldwater, *Rehabilitation of the Cardiac Patient*, „Circulation”, 1956, nr 13, s. 410.

⁴⁴ A. M. Master, *Survival and Rehabilitation in Coronary Occlusion*, „American Journal of Cardiology”, 1961, nr 7, s. 340–349.

⁴⁵ S. A. Levine, *The Taxicab as an Aid in the Economic Rehabilitation of Patients with Advanced Heart Disease*, „American Heart Journal”, 1960, nr 59, s. 793–794.

⁴⁶ J. G. Kaufman, M. C. Becker, *Rehabilitation of the Patient with Myocardial Infarction*, „Geriatrics”, 1955, nr 10, s. 355.

U podstaw poglądów wielu lekarzy na korzystny wpływ pracy leżą rozważania związane zarówno z interesem ekonomicznym społeczeństwa, jak też z bezpośrednio troską o pacjenta.

„Oczywiście, z punktu widzenia gospodarki narodowej jest bardziej pożądane, żeby ludzie, którzy potencjalnie mogą zarabiać, byli zatrudnieni, niż żeby polegali na innych środkach utrzymania. Odnosi się to zarówno do chorych na serce, jak i do wszystkich innych. Wraz z nieuchronnym wzrostem liczby i odsetka chorych na serce w społeczeństwie (z powodu starzenia się społeczeństwa), znaczenie ekonomiczne ich zatrudnienia staje się coraz większe [...] Istnieją dostateczne podstawy do przypuszczenia, że choroby serca będą stanowić główny problem wśród wszystkich inwalidów i upośledzonych w USA. Już samo to stwarza wystarczający powód, dla którego programy rehabilitacji zawodowej chorych na serce powinny otrzymać powszechne i energiczne poparcie”⁴⁷.

Ogólnie rzecz biorąc, dane popierające twierdzenie o leczniczym znaczeniu zatrudnienia ogranicza się do doniesień opartych na impresjach klinicznych. Sytuacja ta jest dobrze znana fachowcom.

„Niemał wszyscy zdają sobie sprawę z korzyści psychologicznych, jakie daje praca pacjentowi, który może ją podjąć, lecz nie ma prawie żadnych danych dotyczących skutków fizycznych podjęcia pracy i nie można odpowiedzieć na często stawiane przez pacjentów pytania: «Czy nie zaszkodziłoby ci, jeśli powrócę do pracy?» lub «Czy powinienem może mieć jeszcze jeden miesiąc zwolnienia z pracy?»”⁴⁸.

3. Zasiłki finansowe a powrót do pracy. Na uwagę zasługuje jeszcze inny aspekt związków między pracą a rehabilitacją: wielu pacjentów chorych na serce otrzymuje różnego rodzaju świadczenia finansowe. Zdaniem licznych autorów, fakt ten może obniżyć motywację podjęcia pracy przez pacjenta. W rezultacie chociaż jest on fizycznie zdolny do pełnego zaangażowania się w poprzednio wykonywane czynności, otrzymywanie zasiłku może zmienić go w kalekę. Bellak i Haselkorn⁴⁹ wspominają o „nerwicy ubezpieczeniowej”, „syndromie renty” jako o przypadkach świadczących, że choroba daje pacjentowi pewne korzyści i może opóźniać jego powrót do zdrowia. W tym znaczeniu pewne aspekty związane z pracą mogą mieć negatywny skutek na postęp rehabilitacji.

Głównym źródłem informacji o skutkach świadczeń finansowych jest ocena kliniczna. Badań kontrolowanych w tym zakresie jeszcze nie prowadzono. W przyszłości, w badaniach takich powinno się dobierać rozmaite grupy pacjentów na podstawie ich charakterystyki zawodowej, społecznej i psychicznej, a następnie porównywać ich przy pomocy technik prospektywnych. Badania empiryczne raczej niż dysputy mogłyby wyjaśnić rolę zasiłków ubezpieczeniowych w rehabilitacji pacjentów różniących się cechami społecznymi i psychicznymi.

⁴⁷ J. L. Goldwater, *Rehabilitation of the Cardiovascular Rehabilitation*, [w:] L. J. Warsaw (ed.), *The Heart in Industry*, New York 1960.

⁴⁸ Sharland, *Ability of Men...*

⁴⁹ L. Bellak, F. Haselkorn, *Psychological Aspects of Cardiac Illness and Rehabilitation*, „Social Casework”, 1956, nr 37, s. 483.

4. Rola stresu w pracy. Zagadnienie wpływu pracy na zdrowienie lub rehabilitację rozważane jest ostatnio również z punktu widzenia roli stresu w etiologii chorób serca. Jeśli stres jest ważnym czynnikiem etiologicznym w powstawaniu choroby, to chyba można go również uważać za ważny czynnik wpływający na prawdopodobieństwo występowania dalszych epizodów choroby. Wyjaśnienie znaczenia stresu mogłoby więc prowadzić do zbadania roli stresu w pracy, do znalezienia takich rodzajów stresu, które zaostrzają chorobę serca i ograniczają rehabilitację. Wypadnie jednak zaznaczyć, że znaczenie stresu w etiologii chorób, szczególnie stresu ciągłego i przewlekłego, jest przedmiotem kontrowersji w medycynie. Sprague zwięźle podsumowuje tę sytuację:

„Nie ma autorytatywnych badań patologicznych, epidemiologicznych i demograficznych na temat roli stresu w etiologii choroby wieńcowej serca”⁵⁰.

5. K o n k l u z j e. Mimo proliferacji poglądów, opinii i badań, kwestia roli pracy w rehabilitacji pacjenta chorego na serce pozostaje nierozwiązana. Niewiele prowadzi się badań, które mierzą wpływ szczegółowych sytuacji pracy na pacjentów lub wpływ różnych typów pracy. Niewielu autorów podejmuje próby porównywania rozmaitych kategorii pacjentów podobnych do siebie pod względem rodzaju i ciężkości przebytego zawału serca. Niewiele badań obejmuje populacje składające się nie tylko z pacjentów, którzy przeszli zawał serca. Rzadko są używane statystyczne testy znamienności w odniesieniu do wyników. Chociaż więc lekarze są głęboko przekonani, że praca jest ważnym środkiem leczniczym dla pacjenta chorego na serce, wiele kwestii związanych z różnymi skutkami stosowania tego środka czeka na rozwiązanie.

B. Znaczenie pracy w procesie adaptacji społecznej inwalidów, którym amputowano jedną lub dwie kończyny dolne wskutek wypadku (wyniki badania socjologicznego). Wspomniane już badanie polskie dotyczące inwalidów po amputacji kończyny dolnej z powodu wypadku, a przed wypadkiem zdrowych i sprawnych fizycznie, ujawniło podstawowe znaczenie czynnika pracy w procesie adaptacji społecznej tej kategorii pacjentów⁵¹. Okazało się, że stosunek do pracy zawodowej (określony faktem podjęcia pracy) jest zasadnym wyróżnikiem podziału inwalidów na zrehabilitowanych i niezrehabilitowanych. Oznaczałoby to też, że podział ten jest zasadny i dla innych sfer życia społecznego: życie rodzinne inwalidów, którzy podjęli pracę, układało się lepiej niż tych, którzy pracy nie podjęli⁵². Tym samym z badania wynika, że inwalida,

⁵⁰ H. B. Sprague et al., *Strain, Trauma, Heart Disease and Compensability*, [w:] E. Cowles Andrus (ed.), *The Heart and Circulation*, Second National Conference on Cardiovascular Diseases, Washington 1964, s. 519.

⁵¹ Badanie obejmowało tych inwalidów obu płci w wieku 20–55 lat, którzy przebywali w Stołecznym Centrum Rehabilitacji Chorób Narządu Ruchu w Konstancinie w okresie 1 I 1960 – 31 I 1964 i u których, według opinii lekarzy, proces rehabilitacji medycznej został zakończony. Za minimum czasu potrzebnego do zaadaptowania się do nowej sytuacji życiowej badanego uznano półtora roku po zakończeniu rehabilitacji medycznej. W praktyce u większości badanych okres ten był znacznie dłuższy.

⁵² Bejnarowicz, Pilinow, Sokołowska, *Życie rodzinne inwalidów a problem rehabilitacji społecznej...*, s. 25–29.

który podjął pracę, jest społecznie przystosowany, a inwalida, który pracy nie podjął, jest społecznie nieprzystosowany. To stwierdzenie pokrywa się z opiniami lekarzy na temat korzystnego wpływu pracy na adaptację społeczną pacjentów (przynajmniej jeśli chodzi o inwalidów, którzy wskutek nagłych wypadków utracili jedną lub dwie kończyny dolne, a przedtem byli zdrowi i sprawni fizycznie).

Badanie potwierdziło również poglądy fachowców prowadzących rehabilitację (w Ośrodku w Konstancinie), że zmienne medyczne nie mają decydującego wpływu na podjęcie pracy przez inwalidów tej kategorii. Kryterium morfologiczne (wysokość amputacji, jedna lub dwie kończyny) nie stanowi zasadniczej podstawy do zróżnicowania inwalidów według stopnia osiągniętej przez nich rehabilitacji społecznej. Inwalidzi o jednakowym stopniu kalectwa znajdowali się zarówno w grupie pracujących, jak i niepracujących.

Skonstruowana skala sprawności fizycznej podzieliła inwalidów na gorzej lub lepiej zrehabilitowanych pod względem medycznym. Podział ten nie pokrywał się ani z podziałem według rodzajów amputacji, ani z podziałem na inwalidów pracujących i niepracujących. Oznaczałoby to, że nie zawsze istnieje zależność między stopniem ciężkości kalectwa a sprawnością fizyczną.

Część inwalidów zrehabilitowanych pod względem fizycznym nie podjęła pracy, mimo że ich dochody znacznie się obniżyły w stosunku do okresu przed wypadkiem. I pod tym względem wynik badania był zgodny ze zdaniem lekarzy zajmujących się rehabilitacją tej kategorii inwalidów: wśród inwalidów, którzy nie podjęli pracy, znaczną większość stanowią pracownicy fizyczni.

Wśród inwalidów, którzy podjęli pracę, występowały zmiany przynależności do określonych grup społeczno-zawodowych. Badanie wykazało, że decydującą rolę w zmianach, względnie w pozostaniu w tej samej grupie, grały czynniki wykształcenia i kwalifikacji. Zmiany grupy społeczno-zawodowej dotyczyły przeważnie osób o relatywnie niższym wykształceniu i niższych kwalifikacjach. Wśród osób z wykształceniem uniwersyteckim nie stwierdzono żadnych zmian. Z socjologicznego punktu widzenia stwierdzenie to ma istotne znaczenie: inwalidztwo fizyczne, nawet ciężkie, nie zawsze uniemożliwia pełnienie ról społecznych. Zależy to od rodzaju ról danego inwalidy i od jego postawy wobec tych ról.

Ocena skutków działania rehabilitacyjnego

Ocena działania na podstawie pomiaru jego skutków wymaga wielu informacji: wykazu czynności rehabilitacyjnych; specyfikacji celów tych czynności, by można było uzyskać pomiar sukcesu lub niepowodzenia; wprowadzenia odpowiednich grup kontrolnych, umożliwiających pomiar zmiennej *P* – programu rehabilitacyjnego itd. Informacji tych jednak nie posiadamy. Jest to nietknięta jeszcze dziedzina badań, wymagająca pionierskiej pracy, która by określiła założenia i cele strategii rehabilitowania i pozwoliła ocenić jego skutki w sytuacjach kontrolowanych.

Nie są znane te czynniki wpływające na rehabilitację, które istnieją niezależnie od oficjalnych programów rehabilitacji. Przypuszczalnie istnieją jakieś procesy „samoistnego” rehabilitowania (podobnie jak istnieją procesy „samoistnego” leczenia),

które sprawiają, że dany człowiek sam uczy się przystosowania do swojej choroby, inwalidztwa, upośledzenia, przy możliwie najmniejszych skutkach ujemnych.

Przyjęte definicje określają rehabilitację poprzez cele, do których zmierza, natomiast nie mówią nic o środkach, jakie proponuje rehabilitacja, by swoje cele osiągnąć. Są to zamiary, nie procedury. Jeśli nie zna się procedur, to nie można stwierdzić: jakie, dlaczego, gdzie i kiedy skutki dają różne działania rehabilitacyjne. Jeśli nie jest znany zakres kontroli w danym programie rehabilitacji fizycznej i psychicznej, to również nie można ustalić, czy ten program wpływa na lepsze dokonanie się rehabilitacji społecznej (bez względu na to, przy pomocy jakich zmiennych oznaczylibyśmy „rehabilitację społeczną”). Ustalenie wpływu określonego programu rehabilitacji fizycznej i psychicznej na rehabilitację społeczną pacjentów po zawale serca wymaga uwzględnienia wielu elementów.

„Sytuacja wyjściowa przedstawia się tak, że mamy dwie grupy osób, grupę A i grupę B. Grupa A oznacza osoby poddane planowej rehabilitacji fizycznej, i psychicznej, której efekty są wymierne; grupa B – osoby, które były poddawane kuracji prowadzonej inną metodą: miała ona na celu uzyskanie sprawności fizycznej, lecz w jej trakcie działały niekontrolowane czynniki rehabilitacji psychicznej, której efekty były niewymierne. Wypadnie tu podkreślić, że proces niekontrolowanej rehabilitacji psychicznej dotyczy również osób z grupy A; nie wiadomo, jak przedstawiają się jej rezultaty w porównaniu z rehabilitacją planową. Druga niewiadoma – to kwestia, czy efekty niekontrolowanej rehabilitacji są identyczne w obu grupach. Możliwe na przykład, że personel pomocniczy zakładów rehabilitacyjnych, gdzie prowadzi się planowe czynności w zakresie rehabilitacji fizycznej i psychicznej, zachowuje się inaczej w porównaniu z personelem takich zakładów, gdzie nie prowadzi się planowej rehabilitacji i że zachowanie się personelem w takich zakładach jest mniej korzystne dla przebiegu rehabilitacji psychicznej pacjentów.

Musimy wiedzieć, czy kontrolowana rehabilitacja fizyczna i psychiczna dały oczekiwane rezultaty i jakie to były rezultaty. Z tego względu konieczny jest pomiar wyjściowy stanu fizycznego i psychicznego pacjentów grupy A i B oraz taki sam pomiar w chwili opuszczania przez nich zakładów leczniczych. Wypadnie tu podnieść jeszcze jedną kwestię, a mianowicie, jaka jest wartość rokownicza dobrych rezultatów uzyskiwanych w rehabilitacji fizycznej i wąsko rozumianej rehabilitacji psychicznej dla uzyskiwania trwałych efektów w rehabilitacji społecznej. Innymi słowy, czy zmienna interweniująca (planowa rehabilitacja) w całokształcie oddziałujących czynników w dłuższym okresie czasu ma znaczenie dominujące.

Podgrupy pacjentów wyłonione ze zbiorowości A i B w oparciu o sformułowane przez nas kryteria (zmienne demograficzne, społeczne, ekonomiczne) muszą być na tyle do siebie zbliżone pod względem liczebności oraz dostatecznie duże, żeby można było je poddać procedurom statystycznym. A zatem, jeśli osobnicy grup A i B weszli w ich skład w oparciu o rozrzut naturalny, to można przyjąć, że różnią się między sobą (jeśli porównywać całe grupy lub analogiczne podgrupy) jedynie niejednakowym przebiegiem kuracji fizycznej i psychicznej, przy założeniu, że niemierzalna zmienna interweniująca, w postaci niekontrolowanej psychoterapii, działa z jednakową siłą i częstością w obu grupach”⁵³.

Dla określenia skutków działania rehabilitacyjnego niezbędne jest więc podjęcie próby ustalenia i zoperacjonalizowania założeń i celów rehabilitacji oraz kryteriów

⁵³ J. Bejnarowicz, A. Ostrowska, M. Sokołowska, *Projekt założeń badania rehabilitacji społecznej u pacjentów po przebytym zawale serca*, styczeń 1968.

jej oceny. Inwalidztwo oznaczyliśmy jako zmienną niezależną, jego skutki jako zmienną zależną, a proces rehabilitacji jako zmienną interweniującą w ten stosunek (por. przypis 5).

*

Obecnie chciałabym ocenić rehabilitację jako działanie mające zmienić stosunek między inwalidztwem a jego skutkami w jakimś pożądanym kierunku. Ma to więc być pomiar pożądaných i niepożądaných skutków planowanej zmiany społecznej. Dotyczy on działań podjętych dla osiągnięcia założonego celu⁵⁴.

Działania te, czyli zmienna interweniująca, polegają na rozmyślnym wprowadzeniu czynnika „kontroli”, który zaburza stosunek między zmienną niezależną a zmienną zależną. Badanie zmiennej interweniującej polega więc na badaniu związku między pewnymi określonymi czynnościami (programem rehabilitacji) a osiągnięciem pewnych uprzednio określonych zamierzeń. Pierwsze zadanie polega na ustaleniu zasięgu łączącego instytucję prowadzącą działania A, B lub C z wystąpieniem efektu X, Y lub Z; drugie – na sprawdzeniu słuszności wniosku, że efekt X, Y lub Z istotnie został spowodowany działaniem A, B lub C. Tu zajmuję się zadaniem drugim, tj. procesem badawczym zmierzającym do wyjaśnienia sukcesu lub niepowodzenia działania rehabilitacyjnego.

Przy podejmowaniu procesu badawczego nasuwają się dwie kwestie: 1) specyfikacja i operacjonalizacja czynności rehabilitacyjnych, zaplanowanych lub zastosowanych; 2) sformułowanie celów działania rehabilitacyjnego, w taki sposób, by doprowadziło to do stworzenia kryteriów pomiaru stopnia sukcesu lub niepowodzenia w osiąganiu tych celów. Wypadnie zauważyć, że tylko solidne zaplecze teorii i wiedzy empirycznej może dostarczyć przesłanek do stwierdzenia, czy osiągnięcie określonych celów nastąpiło dzięki podjęciu określonych czynności rehabilitacyjnych.

Okr e ś l a n i e c e ł o w. Określenie i pomiar celów jest dzisiaj głównym problemem teoretycznym i metodologicznym rehabilitacji. Cele mogą być rozmaite, w zależności od tego, kto – spośród licznych fachowców zajmujących się rehabilitacją – je określa. Jedni kładą nacisk na stopień zmian fizycznych pacjenta, inni – na zmiany w jego stanie psychicznym i stosunki międzyludzkie, jeszcze inni za miarę sukcesu i cel rehabilitacji uważają zatrudnienie. Taka różnorodność opinii jest zrozumiała, jednakże bez ścisłego sprecyzowania hipotez badawczych nie jest możliwe przeprowadzenie badania „oceniającego”, to znaczy badania zmiany (w badaniu takim program rehabilitacji jest zmienną „przyczynową” czyli niezależną, a pożądana zmiana jest w zasadzie „skutkiem”, czyli zmienną zależną).

Przy podejmowaniu badania „oceniającego” wynikają co najmniej trzy skomplikowane kwestie badawcze: rodzaj zmiany, środki, przy pomocy których zmiana ma nastąpić, oraz objawy umożliwiające rozpoznanie zmiany. Określając rodzaj zmiany trzeba ustalić zmianę: „od czego do czego”. Zanim przystąpi się do realizacji progra-

⁵⁴ Ta część artykułu prawie w całości opiera się na pracy E. A. Suchmana, *A Model for Research and Evaluation on Rehabilitation*, [w.] *Sociology and Rehabilitation* (M. B. Sussman, ed.), American Sociological Association in Cooperation with the Vocational Rehabilitation Administration U. S. Department of Health, Education and Welfare, 1966, s. 62–69.

mu działania, niezbędne jest więc określenie istniejącego stanu rzeczy, a następnie – pożądanej zmiany. Toteż ocenę sukcesu programu rehabilitacji musi poprzedzać szczegółowe rozpoznanie sytuacji inwalidy przed rehabilitacją i określenie kryteriów i wskaźników polepszania się tej sytuacji.

Podstawowymi programami metodologicznymi badania oceniającego czynności rehabilitacyjne są procedury zmierzające do formułowania istotnych celów rehabilitacji, kryteriów umożliwiających opiniowanie czy cele te zostały osiągnięte oraz zasadnych pomiarów tych kryteriów. Oto kilka ogólnych uwag na ten temat.

1. C o usiłujemy zmienić przy pomocy naszych czynności rehabilitacyjnych? Czy chcemy oddziaływać na wiedzę, postawy czy zachowania pacjenta? W jakich sferach – społecznej, ekonomicznej itd.?

2. K t o jest obiektem programu rehabilitacyjnego? Do jakiej grupy adresowany jest ten program? Czy zamierzamy zmienić pacjenta czy jego rodzinę, pracodawcę, całą zbiorowość? Czy zamierzamy dotrzeć do pacjenta bezpośrednio czy też pośrednio poprzez związaną z nim grupę, jak krewni lub przyjaciele?

3. K i e d y ma nastąpić pożądana zmiana? Czy spodziewamy się natychmiastowego efektu, czy też ma to być stopniowe zbliżenie się do jakiegoś efektu późniejszego?

4. C z y c e l e s ą j e d n o l i t e c z y w i e l o r a k i e? Czy program ma na celu pojedynczą zmianę czy serię zmian? Czy zmiany te są jednakowe dla wszystkich, czy też zmieniają się w zależności od różnych grup ludzi? Zwykle programy rehabilitacji mają więcej niż jeden cel lub skutek. Trzeba się więc nastawić na pomiary wielorakich skutków, co wymaga ustalenia priorytetów, a także wzięcia pod uwagę niezamierzonych lub niepożądanych skutków ubocznych.

5. J a k i j e s t p o ż ą d a n y r o z m i a r skutków? Czy spodziewamy się skutków skoncentrowanych czy też rozproszonych? Czy mamy osiągnąć jakiś określony wymiar skuteczności, zanim program będzie uznany za sukces? Czy istnieją jakieś ustalone standardy wykonania planu, które mamy osiągnąć?

P o z i o m y c e l ó w. Większość programów rehabilitacji ma cele wielorakie. Można je klasyfikować w różny sposób, w zależności od zamierzenia. Wydaje się, że przydatne może być uporządkowanie celów według szczebla ich ogólności – od najbardziej ogólnych, np. zmniejszenia bezrobocia, do bardzo szczegółowych, np. przeczytanie broszury o rehabilitacji. W zasadzie może istnieć nieskończona liczba celów głównych oraz celów cząstkowych i pośrednich, odpowiadających kolejnym krokom lub czynnościom, które składają się na całość programu rehabilitacji. Wydaje się więc istotne ustalenie hierachii celów pośrednich, z których każdy może być rezultatem sukcesu w zakresie poprzedniego celu, a zarazem czynnikiem warunkującym osiągnięcie następnego, wyższego celu.

Istnieje tendencja do oceniania programów rehabilitacji raczej w kategoriach kryteriów ostatecznego sukcesu niż według kryteriów bezpośrednich i pośrednich. Cele rehabilitacji są określone w kategoriach „optymalnej użyteczności”, „lepszego życia” itd. Oddzielenie celów ostatecznych od celów bezpośrednich i pośrednich, które same przez się są wiążące i ważne, nie jest sprawą łatwą. Można by przeprowadzić wyróżnienie na tej podstawie, że cele bezpośrednie byłyby „oceną technik”, a cele ostateczne – „oceną osiągnięcia” (jeśli „osiągnięcia” ograniczyłyby się tylko

do celów ostatecznych). Przykładowo, w odniesieniu do zakładów rehabilitujących upośledzenia psychiczne ocena osiągnięcia polegałaby na wykazaniu, że pobyt w zakładzie (lub inne formy kontaktu z zakładem) wpływa na zwiększenie samodzielności pacjentów, a może nawet na lepsze wykonywanie pracy, natomiast ocena technik ograniczałaby się do oceny funkcjonowania samego zakładu. Jednakże ocena technik traci sens, jeśli oddzielić od niej ocenę osiągnięcia.

Szczebel ogólności celów wybranych do oceny warunkuje zakres wyników rehabilitacji. Im wyższy szczebel ogólności, tym więcej czynności podlega ocenie. Badania takie obejmują większą liczbę przypadków, pozwalają uogólnić większą różnorodność sytuacji. Rola oceny działania cząstkowego jest, oczywiście, mniejsza niż oceny całego działania.

K a t e g o r i e o c e n y. Badanie oceniające można również prowadzić z punktu widzenia skutków. Są to rozmaite kryteria sukcesu lub niepowodzenia rehabilitacji, według których ma być oceniany dany program. Typy tych kryteriów można, oczywiście, klasyfikować według różnych schematów. Na przykład, można uporządkować je według następujących trzech zasadniczych wymiarów: 1. *c z y n n o ś c i*, rozumiane jako działalność zespołu rehabilitującego; 2. *p a c j e n t*, rozumiany jako kategoria przedmiotowa czy rzeczowa, będąca przedmiotem zabiegów rehabilitacyjnych; 3. *z e s p ó ł w a r u n k ó w i o k o l i c z n o ś c i* nieobojętny dla powodzenia rehabilitacji (np. opór przywódców danej zbiorowości, brak motywacji u pacjentów lub potencjalnych pacjentów, przesady i zabobony).

W dziedzinie rehabilitacji znaczna większość odniesień jest poświęcona ocenie czynności. Główną płaszczyzną zainteresowania stanowią wysiłki i starania zespołu rehabilitacyjnego, organizacja jego pracy, charakterystyka urządzeń rehabilitacyjnych, liczba pacjentów itd. Tylko w wyjątkowych wypadkach dowiadujemy się, jaki wpływ mają te starania na zmniejszenie ujemnych konsekwencji inwalidztwa i upośledzenia, o ile pacjent lepiej się czuje w wyniku tych czynności. Niewiele wiemy również o ekonomiczności danego działania w stosunku do działania alternatywnego oraz o adekwatności działań do ogólnego zapotrzebowania na nie. Niewiele badań podejmuje próbę analizy procesu z punktu widzenia czynności rehabilitacyjnych powodujących pewne hipotetyczne rezultaty. W przebiegu oceny sukcesu lub niepowodzenia danego programu można się wiele nauczyć na temat tego, dlaczego dany program udał się lub nie. Taka analiza nie jest wprawdzie integralną częścią badania oceniającego (które ustala, czy dany program był sukcesem czy niepowodzeniem, bez analizowania przyczyn, które to spowodowały), lecz ma istotne znaczenie zarówno z administracyjnego, jak i naukowego punktu widzenia, zwłaszcza w tych wypadkach, gdy działanie nie przebiega tak, jak oczekiwano.

Postęp w dziedzinie rehabilitacji zależy w dużym stopniu od badań na temat założeń i celów poszczególnych programów rehabilitacyjnych, od stworzenia mierzalnych kryteriów odnoszących się do tych celów oraz od umiejętności posługiwania się sytuacjami kontrolowanymi dla określenia zakresu osiągnięcia celów i ujemnych skutków ubocznych. Wobec wciąż rosnącego zapotrzebowania społecznego na rehabilitację i stale zwiększającego się zakresu działań rehabilitacyjnych, rozwój badań oceniających jest pilną potrzebą praktyczną.

