

Prof. dr hab. Bożena Płonka-Syroka
Kierownik Zakładu Humanistycznych Nauk
Wydziału Farmaceutycznego
Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Wrocław, 2.12.2020

Mgr Beata Skolik

Rehabilitacja w Polsce w latach 1918-1939

ss. 560

Praca doktorska

R E C E N Z J A

Praca mgr Beaty Skolik podejmuje ważny problem badawczy, nie omawiany dotąd w tak szczegółowy sposób przez wcześniejszych autorów. Do tego grona należą m.in. Promotor pracy, dr hab. Mariusz Mięgała Prof. PO oraz promotor pomocniczy, dr Sławomir Jandziś. Być może właśnie dlatego, korzystając z ich opieki, inspiracji i doświadczenia uzyskanego w badaniach źródłowych zakończonego wartościowymi publikacjami, doktorantka mogła sobie pozwolić na napisanie syntezy historii polskiej rehabilitacji w okresie międzywojennym. Pisanie syntez historycznych przez doktorantów bywa często zamiarem ryzykownym, ze względu na brak doświadczenia autorów w samodzielnym opracowywaniu zgromadzonego materiału, a także zdarzające się problemy ze znajomością epoki lub źródeł. Tym razem jednak żadna z tych okoliczności nie wystąpiła. Monografia mgr Beaty Skolik jest pracą dobrze zaplanowaną, dojrzałą w sferze interpretacji, opartą na bardzo obszernym materiale źródłowym i dobrze dobranym piśmiennictwie. Autorka panuje nad treścią książki, która jest dobrze wyważona i dostosowana do wyraźnie sprecyzowanego celu poznawczego doktoratu. Brak jest fragmentów zbędnych, narracja ma charakter logiczny, argumenty stosowane przez autorkę na poparcie stawianych przez nią hipotez są przekonujące. Praca napisana jest sprawnym, potoczystym stylem, brak jest w niej dłużyzn i nieuzasadnionych fragmentów opisowych, poszerzających w sposób nieuzasadniony objętość pracy. Autorka wykazała opanowanie umiejętności warsztatowych wymaganych od doktorantów. Postawiła w pracy oryginalny problem badawczy, który w kompetentny i udokumentowany w źródłach sposób rozwiązała.

Celem poznawczym recenzowanej pracy doktorskiej jest „próba ukazania kształtowania się standardu polskiej rehabilitacji w okresie porozbiorowym, tj. od czasu odzyskania niepodległości przez Polskę do wybuchu II wojny światowej” (s. 10). Uzasadnieniem podjęcia badań na ten temat jest brak jego kompleksowego opracowania w piśmiennictwie, które doktorantka zebrała i przedstawiła w wykazie opracowań umieszczonych pod koniec pracy (s. 522-551), składającym się z 668 pozycji. Mogłoby się wydawać, że przy tak obszernym piśmiennictwie niewiele już pozostało do przebadania w zakresie procesu kształtowania się standardu rehabilitacji w II RP. Jest jednak inaczej – doktorantka zgromadziła w celu przedstawienia tego procesu w sposób oryginalny, tj. bezpośrednio odwołując się do źródeł z epoki, aż 1612 pozycji bibliograficznych, ujętych w dziale Źródła drukowane (s. 459-522), 18 pozycji w dziale Źródła niedrukowane z archiwów prywatnych i zbiorów towarzystw naukowych oraz 1 poszytu archiwaliów (s. 458-459). Tak obszerna podstawa źródłowa zapowiadała, że przedstawienie procesu kształtowania się standardu polskiej rehabilitacji w II RP zostanie ukazane w sposób szczegółowy i wnikliwy. Z powziętego zamiaru autorka wywiązała się bardzo dobrze, w pełni zapanowując nad ogromem informacji, które zdobyła na podstawie źródeł. Potrafiła je w prawidłowy sposób osadzić w standardzie dotychczasowej historiografii dotyczącej medycyny, kultury fizycznej i myśli pedagogicznej w Polsce międzywojennej, prostując przy okazji kilka błędów.

Zrealizowanie celu poznawczego pracy było możliwe dzięki wyraźnemu postawieniu pytań badawczych, na które autorka pragnęła odpowiedzieć (s. 11). Brzmiały one następująco: 1. W jaki sposób na kształtowanie się standardu polskiej rehabilitacji w II RP wpłynęło dziedzictwo zaborów? 2. W jaki sposób na kształtowanie się tego standardu wpłynęła pierwsza wojna światowa i jej skutki zdrowotne dla społeczeństwa II RP? 3. Jakie elementy można uznać za istotne czynniki składowe w okresie kształtowania się standardu polskiej rehabilitacji w II RP? 4. Jakie były najpoważniejsze przeszkody w kształtowaniu się standardu polskiej rehabilitacji w II RP i czy mogły one doprowadzić do całkowitego zahamowania tego procesu? Co zadecydowało, że te przeszkody zostały przezwyciężone, a podstawy standardu polskiej rehabilitacji zostały ostatecznie ukształtowane? Pytania te należy uznać za sformułowane w sposób logiczny, a także umożliwiający uporządkowanie ogromnego materiału źródłowego. Doktorantka uniknęła dzięki temu błędu, popełnianego przez wielu debiutujących autorów monografii, którzy przepisują po prostu treść źródeł lub gromadzą ją w sposób mechaniczny, uporządkowany np. wyłącznie wg chronologii ich powstania. Recenzowany doktorat był konstruowany inaczej: najpierw zostały sformułowane pytania badawcze, a następnie autorka poszukiwała w źródłach na nie odpowiedzi. Uzyskała bardzo dobry efekt końcowy, ponieważ książka pozwala dostrzec kształtowanie się standardu polskiej rehabilitacji w II RP jako wypadkową działań ludzi, ich poglądów i interesów, koncepcji naukowych, w które wierzyli, środków finansowych, które mogli przeznaczyć na realizację swoich zamiarów. Pod względem metodologicznym recenzowaną pracę można zaliczyć do nurtu tzw. mikrohistorii, w którym śledząc poczytania poszczególnych postaci dochodzimy do wniosków dotyczących procesów historycznych występujących na poziomie epoki. Tak

właśnie odczytuję tę pracę. Nie jest ona przeteoretyzowana, autorka nie poszukuje potwierdzenia jakiejś koncepcji z zakresu filozofii nauki, którą dobrane przez nią fakty miałyby potwierdzać, ale postępuje „od szczegółu do ogółu”, ukazuje problemy stojące przed polskimi władzami i środowiskami naukowymi w 1918, bada, kto podejmował się tych problemów rozwiązania, rozważa, jak te problemy miałyby być rozwiązywane, a następnie śledzi czy zostały rozwiązane i w jaki sposób. Proces tworzenia standardu polskiej rehabilitacji w II RP został w recenzowanej pracy ukazany jako wynikający z działań ludzi, ich rozeznania w sytuacji zdrowotnej społeczeństwa, ich zdolności organizacyjnych, ich „siły przebicia” umożliwiającej uzyskanie wpływu na kształtowanie się polskiej polityki zdrowotnej i edukacyjnej oraz zabezpieczenia podstaw zdrowia publicznego w sferze cywilnej i w obszarze objętym zainteresowaniem władz wojskowych (medycyna wojskowa, opieka nad młodzieżą męską w wieku szkolnym i przedpoborowym).

Dzięki takiemu sprecyzowaniu celu poznawczego pracy i określeniu pytań badawczych, które umożliwią jego zrealizowanie, z recenzowanej monografii możemy poznać proces kształtowania się standardu polskiej rehabilitacji w II RP w sposób wiarygodny i w pełni udokumentowany źródłowo (i dodatkowo osadzony w już istniejącym piśmiennictwie). Możemy dowiedzieć się, kim byli twórcy standardu polskiej rehabilitacji w latach 1918-1939, z jakich zaborów się wywodzili, gdzie uzyskali wykształcenie zawodowe i odbyli staże zawodowe, z jakich inspiracji naukowych i praktycznych korzystali, jak odnosili się do głównych sporów toczonych przed 1918 r. i w latach 1918-1939 r. za granicą oraz jakie zajmowali w nich stanowisko. Spory te dotyczyły zarówno celu rehabilitacji, jak stosowanych dla zrealizowania tego celu metod oraz skutków ich wprowadzenia w życie. Doktorantka wykazała w sposób udokumentowany, że stanowisko polskich pionierów rehabilitacji kształtowało się w oparciu o ich własne doświadczenie, zdobyte w procesie edukacji akademickiej i we własnej praktyce zawodowej, że polskie środowisko pionierów rehabilitacji odnosiło się do zasadniczych sporów epoki i było świadome ich istnienia, a także, że dokonany przez nie wybór kierunku kształtowania standardu rehabilitacji w Polsce porozbiorowej nie był ani przypadkowy, ani chaotyczny. Większość pionierów polskiej rehabilitacji wybrała bowiem zbieżne ze sobą elementy, z których stworzono podstawy standardu rehabilitacji w II RP, i odrzuciła zarazem zgodnie inne, które uznała za utopijne, „egzotyczne”, a przede wszystkim za mniej efektywne. Polska rehabilitacja została osadzona na podstawach standardu klinicznego, powstawała przy udziale lekarzy i w ścisłej współpracy z lekarzami. Nie korzystano w niej zarazem z istniejących w europejskiej praktyce opieki nad osobami chorymi i niepełnosprawnymi tendencji zbieżnych ze standardem tzw. medycyny alternatywnej, uznając je za nie oparte na faktach i nie dające się uzasadnić metodami klinicznymi.

Z przeprowadzonych przez autorkę drobiazgowych analiz wyłania się zbiorowy portret środowiska, które zajmowało się w praktyce tworzeniem standardu rehabilitacji w II RP. Środowisko to w większości wywodziło się z Galicji, było wcześniej związane z austriackim systemem medycyny publicznej, szkolnictwem publicznym, legalnymi organizacjami gimnastycznymi, lecznictwem

uzdrowiskowym, a także z armią austriacką, w tym Legionami. Tego rodzaju skład społeczny twórców standardu polskiej rehabilitacji uzasadnia dokonane przez tę grupę po 1918 r. teoretyczne i praktyczne wybory dotyczące ogólnego celu oraz metod rehabilitacji. Celem było usprawnienie chorego i umożliwienie mu w miarę normalnego życia wśród ludzi zdrowych, a należało to osiągać metodami aprobowanymi przez klinicystów i osoby o odpowiednim przygotowaniu specjalistycznym w zakresie pedagogiki i wychowania fizycznego. Chory poddawany usprawnianiu miał wchodzić w system, który opierał się na racjonalnych metodach naukowych, miał zapewnione podstawy finansowania przez państwo i zatrudniał wykwalifikowany personel. Nie była to bynajmniej w 1918 r. dla większości terytorium Polski perspektywa oczywista. Na obszarach Polski, położonych w granicach byłego zaboru rosyjskiego, przedstawione tu założenia musiały przedstawiać się jako utopijne. Aż do rewolucji 1917 r. w Cesarstwie Rosyjskim nie było bowiem systemu medycyny publicznej, analogicznego do tych, które funkcjonowały w obu zaborach niemieckich. Większość mieszkańców (także zamożniejszych i lepiej wykształconych) zaspokajała swoje potrzeby zdrowotne w formie samolecznictwa, prowadzonego w standardzie alternatywnym wobec klinicznego lub w standardzie tzw. medycyny ludowej. W wielu powiatach nie było nie tylko żadnego szpitala, lecz także nie praktykował tam żaden lekarz. Zaplanowanie systemu rehabilitacji w II RP, dostosowanego do austriackiego (i niemieckiego) standardu medycyny publicznej sprzed 1918 r., wymagało tego, aby po 1918 r. system taki we wschodniej Polsce dopiero powstał. Władze II RP zdecydowały się go więc stworzyć. Był to jednak proces mozolny i nie zakończony ostatecznie pozytywnymi rezultatami. Wiedza na ten temat pozwala zrozumieć, dlaczego nawet dobrze zaplanowane projekty pionierów polskiej rehabilitacji nie mogły do 1939 r. doczekać się realizacji. Na dużej części obszaru Polski nie miał ich bowiem kto realizować, ani nie było miejsc, gdzie standard profesjonalnej rehabilitacji mógłby być realizowany - z braku lekarzy, pielęgniarek, nauczycieli wychowania fizycznego, edukatorów zdrowotnych (higienistów i higienistek), szpitali, przychodni oraz budynków szkolnych, z gabinetami lekarskimi, salami gimnastycznymi i pokojami zabiegowymi higienistek.

Wśród twórców standardu polskiej rehabilitacji w latach 1918-1939 uderza duża liczba absolwentów uniwersytetów pozostających przed 1918 r. w granicach Austro-Węgier (Wiedeń, Kraków, Lwów) i zjednoczonych Niemiec (Berlin, Lipsk, Monachium, Greifswald, Münster, Würzburg, Strassburg). Członkowie grona założycieli polskiej rehabilitacji okresu porozbiorowego studiowali także we Francji (Paryż) i w Szwajcarii (Berno). Tylko nieliczni odbywali studia w ówczesnej Rosji (Odessa). Szeroko przedstawia się również panorama miejsc, w których pionierzy polskiej rehabilitacji odbywali zagraniczne staże podyplomowe. Były to m.in. uczelnie niemieckie (Berlin, Lipsk, Monachium, Drezno, Hamburg, Strasburg), położone w granicach Austro-Węgier (Wiedeń, Praga, Brno, Bratysława, Budapeszt), uczelnie włoskie (Rzym, Mediolan, Bolonia), belgijskie (Bruksela), holenderskie (Lejda, Amsterdam), szwajcarskie (Berno, Zurich), francuskie (Paryż), duńskie (Kopenhaga, Lund) i szwedzkie (Sztokholm). Z dokonanego przez doktorantkę zestawienia wynika, że

pionierzy polskiej rehabilitacji okresu międzywojennego kształcili się przede wszystkim na uczelniach, w których mogli się posługiwać w językiem niemieckim, którego znajomość była w Galicji obowiązkowa.

Istotny był jednak także inny ważny czynnik, o którym już wyżej wspomniałam. Jako miejsce kształcenia i doksztalcenia pionierzy polskiej rehabilitacji w II RP wybierali te kraje (Niemcy, Austria), w których istniał sprawny państwowy system medycyny publicznej, w którym przywiązywano należytą wagę nie tylko do leczenia, lecz także do profilaktyki. Nabycie odpowiednich do wykonywania pracy zawodowej kompetencji w najnowocześniejszym standardzie klinicznym, a także zapoznanie się z najnowszymi tendencjami w standardzie gimnastyki leczniczej (Polacy mieli możliwość bezpośredniego zapoznania się zarówno z ich teorią, jak i praktyką) łączyło się u polskich studentów i absolwentów odbywających staże podyplomowe z uzyskaniem ogólnej orientacji w zasadach funkcjonowania systemów medycyny publicznej jako takich, a także z ich działaniem w praktyce. Ponieważ były to systemy dobrze zaprojektowane i funkcjonalne, a ich praktyczne stosowanie od 1883 r. w Niemczech i od 1888 r. w Austro-Węgrzech wykazało ich ewidentną skuteczność, nie może dziwić, że po odzyskaniu niepodległości pionierzy polskiej rehabilitacji nie mieli wątpliwości, na jakich wzorcach powinni się oprzeć. Ponadto poznawali te wzorce nie tylko podczas pobytu za granicą, na studiach lub na stażu, lecz także w swoim codziennym życiu zarówno w młodości, jak również w czasie studiów i pracy zawodowej wykonywanej przed 1918 r. W obu zaborach niemieckich systemy medycyny publicznej obejmowały bowiem także mieszkających w nich Polaków, a korzystanie z nich zostało już od ponad pokolenia – przynajmniej przez mieszkańców miast, z których wywodzili się pionierzy polskiej rehabilitacji - uznane za naturalne. To dlatego po 1918 r. tworzący polski system medycyny publicznej członkowie władz państwowych zdecydowali się utrzymać stan prawny dotyczący opieki medycznej, obowiązujący przed 1918 r. w obu zaborach niemieckich. Wprawdzie dostępność do opieki medycznej pogorszyła się w II RP w porównaniu do tej z okresu rozbiorowego (po 1918 r. wyjechało bowiem do Niemiec i do Austrii wielu lekarzy, wcześniej zatrudnionych na ziemiach polskich, a nowych polskich kadr nie zdołano jeszcze wykształcić), niemniej jednak system medycyny publicznej na terenach przejętych od zaborców niemieckich w ogóle istniał. Tworząc po 1918 r. polski standard rehabilitacji można było zaprojektować stworzenie struktury wobec niego jakiś sposób kompatybilnej. Można było korzystać z już istniejącej infrastruktury – szpitali, przychodni, szkół z salami gimnastycznymi, samodzielnych obiektów gimnastycznych będących własnością towarzystw sportowych itp. Tymczasem na obszarach znajdujących się w okresie rozbiorów pod władzą Cesarstwa Rosyjskiego trzeba było dopiero zbudować obie infrastruktury: medyczną i rehabilitacyjną, ponieważ poza kilkoma większymi miastami i miastami garnizonowymi w ogóle jej nie było. Tłumaczy to dylematy, przed których rozwiązaniem stawali pionierzy rehabilitacji i członkowie władz II RP, zastanawiający się nad planowaniem wydatków na cele leczenia i rehabilitacji i ich przeznaczenie na poszczególne cele. Środków na opiekę medyczną i rehabilitację było w budżecie międzywojennej Polski

za mało. Tłumaczy to fakt, iż nie wszystkie inicjatywy w tych dziedzinach rozwijane były w sposób konsekwentny. Środki przeznaczono bowiem przede wszystkim na rozwiązanie problemów uznanych przez władze za najbardziej istotne dla zdrowia publicznego (tj. likwidacji zagrożenia ze strony chorób zakaźnych), kosztem zaspokojenia potrzeb zdrowotnych osób chorych i o ograniczonej sprawności, w tym inwalidów wojennych.

Przeprowadzone przez doktorantkę analizy biografii pionierów polskiej rehabilitacji w II RP wykazały, że jej standard był tworzony w latach 1918-1939 przez osoby kompetentne. Wysoki standard wykształcenia, obycie w świecie, znajomość języków obcych, korzystanie z zagranicznego piśmiennictwa naukowego, osobiste kontakty z twórcami znanych szkół rehabilitacji w Europie, umożliwiły polskim pionierom rehabilitacji oparcie się na współczesnych trendach w nauce i praktyce rehabilitacji występujących w świecie. Pionierzy rehabilitacji polskiej w II RP nie musieli więc tworzyć standardu rehabilitacji wg własnych pomysłów, ale mogli skorzystać z już istniejących wzorców przystosowując je do warunków polskich. Mogły to być zarazem koncepcje oryginalne, co rzeczywiście następowało, ale zawsze były one jakoś podbudowane naukowo, zakorzenione w nauce europejskiej, a nie oparte na podstawach tzw. medycyny alternatywnej albo lecznictwa ludowego, co uwzględniając preferencje występujące w polskiej świadomości potocznej okresu międzywojennego nie byłoby dziwne. Dla większości mieszkańców Polski współczesny standard kliniczny był bowiem wówczas zupełnie obcy, zorganizowaną opieką lekarską było objętych tylko 20% obywateli kraju (15% w formie lecznictwa ubezpieczeniowego, 5% w formie medycyny wojskowej), a z prywatnego lecznictwa korzystało kilka procent. Standard alternatywny i ludowy dominowały w świadomości zdrowotnej większości mieszkańców II RP, wywodzących się byłego zaboru rosyjskiego (co potwierdzają liczne badania polskich etnografów). Twórcy standardu polskiej rehabilitacji tworzyli ów standard w odpowiedzi na problemy medyczne, które postrzegali jako wymagające rozwiązania, a nie w odpowiedzi na sprecyzowane oczekiwania większości społeczeństwa, a szczególnie ludzi ubogich i nisko wykształconych. Musieli więc tworzyć zarówno standard rehabilitacji, jak i wychowywać społeczeństwo do korzystania z tego standardu. Wyrazem tych tendencji jest np. polska ustawa uzdrowiskowa z 1922 r., o której doktorantka pisze w recenzowanej pracy. Ustawa oparła się w pełni na wzorcach zachodnioeuropejskich, odbierając wszystkim ośrodkom powstałym przed 1918 r., prowadzącym terapie niezgodne ze standardem klinicznym, prawo do posługiwania się nazwą uzdrowisko i pobierania taksy uzdrowiskowej. Terapeuci, zamierzający nadal prowadzić kuracje nieuzasadnione przez standard kliniczny, mogli to odtąd realizować wyłącznie na własny rachunek, nie licząc na wsparcie państwa. Pacjenci podejmujący leczenie i rehabilitację w uzdrowiskach mieli mieć dostęp wyłącznie do metod uznawanych za potwierdzone naukowo i pozytywnie zweryfikowanych przez specjalistów. Można było w takich warunkach podjąć wśród tychże pacjentów planową pracę wychowawczą, umożliwiającą nabycie przez osoby z różnego rodzaju deficytami zdrowotnymi

kompetencji do życia wśród ludzi zdrowych i samodzielnego zdobywania środków do życia, zamiast utrzymywania się z rent albo różnych rodzajów jałmużny, prywatnej lub publicznej.

Za duży walor poznawczy recenzowanej pracy doktorskiej uważam podkreślenie wyżej wymienionych elementów. Zostały one w sposób syntetyczny zestawione w Zakończeniu doktoratu (s. 432-457), które uważam za obdarzone szczególnie wysokimi walorami naukowymi i poznawczymi.

Wysoko oceniam także uwypuklone przez doktorantkę w całej treści pracy ścisłe związki tworzącego się standardu polskiej rehabilitacji w II RP z wzorami czerpanymi z nauki i praktyki medycyny i rehabilitacji austriackiej i niemieckiej. W polskiej historiografii medycyny w czasach PRL, w opracowaniach dotyczących historii okresu rozbiorowego oraz II RP, tego rodzaju poglądy trudno odnaleźć ze względów cenzuralnych. Jeżeli się pojawiały, to wyłącznie w formie krótkich wzmianek (np. o wprowadzeniu przez Bismarcka systemu medycyny publicznej). Nie wolno było bowiem przeciwstawiać katastrofalnej sytuacji zdrowotnej występującej w Cesarstwie Rosyjskim (w związku z brakiem systemu medycyny publicznej w carskiej Rosji) sytuacji występującej w tym samym czasie w Niemczech (i w mniejszym zakresie w Austrii), gdzie dzięki wprowadzeniu takich systemów i prowadzeniu planowej i opłacanej ze środków budżetowych polityki zdrowotnej stan zdrowia populacji był znacznie lepszy. Nie wolno też było porównywać danych statystycznych dotyczących np. liczby lekarzy na 10.tys. mieszkańców, liczby szpitali powiatowych, szkół elementarnych, liczby uniwersytetów prowadzących kształcenie lekarzy itp. W polskim piśmiennictwie historyczno-medycznym z czasów PRL, dotyczącym zdrowia publicznego w okresie rozbiorowym i w latach II RP, zagadnień tych albo w ogóle nie omawiano, albo posługiwano się kliszami interpretacyjnymi, zwracającymi uwagę czytelników w innych kierunkach. Podkreślając zasługi lekarzy, tworzących w zaborze rosyjskim ruch lekarzy-społeczników zaangażowanych na rzecz tworzenia prywatnych inicjatyw profilaktycznych i leczniczych, nie dodawano np., dlaczego musieli to robić, jakie problemy wymagające rozwiązania ich do tego skłaniały, z jakich przyczyn stawiali na działania prywatne itp. Dopiero po 1989 r. mogliśmy się dowiedzieć o uwarunkowaniach tych działań, np. z cennych opracowań prof. Franaszka dotyczących medycyny publicznej w Galicji, czy prof. Korpalskiej dotyczących tych samych kwestii w Prusach i zjednoczonych Niemczech. Brak było jednak jak dotąd szczegółowych opracowań analitycznych, które wykazywałyby, jakie skutki brak systemu medycyny publicznej w Rosji wywierał na sytuację zdrowotną w II RP i w jaki sposób utrudniał polskim władzom rozwiązanie problemów zdrowotnych zamieszkującej wschodnie obszary kraju populacji.

W tak szczegółowy sposób, jak to czyni w niniejszej pracy doktorantka, nikt tego dotąd nie przeprowadził. Mgr Beata Skolik, na podstawie drobiazgowych analiz źródłowych wykazuje, że polscy specjaliści, czerpiąc wzorce z zachodniej Europy, usiłowali stworzyć po 1918 r. oparty na naukowych podstawach i sprawdzony w praktyce system. Doktorantka wykazuje również, dlaczego system ten nie mógł zadziałać przed 1939 r. na całym terytorium Polski w sposób sprawny. Przedstawia, jakie kwestie

organizacyjne wymagały rozwiązania, aby sprawność systemu uzyskać, oraz dlatego w ciągu dwóch dekad niepodległości Polski okazało się do przed 1939 r. niemożliwe. Stało się tak pomimo tego, że zaangażowani w tworzenie standardu polskiej rehabilitacji specjaliści wiedzieli, co należy robić, ich działania oparte były na dobrym planowaniu, miały charakter podbudowany naukowo, skoordynowany i miały zapewnione środki na ich realizację. Brak kadr i niedostateczny poziom tych środków, a zarazem niemal całkowity brak infrastruktury leczniczej i edukacyjnej na wschodnich terenach II RP, pozostających w okresie rozbiorów pod władzą rosyjską, czyniły zamiary polskich pionierów rehabilitacji nierealnymi do wykonania. Jest to wniosek dobrze udokumentowany źródłowo i zbieżny z ustaleniami historyków medycyny, badających funkcjonowanie systemu lecznictwa uzdrowiskowego w II RP. W latach 20. i 30. XX w. było powszechną praktyką, że z tej formy leczenia nie skorzystał w ciągu roku ani jeden mieszkaniec województw wschodnich II RP, lekarze nie wystawiali bowiem na ogół w ogóle skierowań na leczenie (chorzy nie byli na tych terenach w większości objęci opieką lekarską), a jeżeli takie pojedyncze skierowania się zdarzały, to i tak chorzy nie rozpoczynali leczenia w uzdrowiskach. Mające opłacić koszt leczenia samorządy nie miały bowiem na ten cel środków.

Wysoko oceniam także przeprowadzone przez doktorantkę analizy dotyczące wpływu poglądów i działań twórców standardu polskiej rehabilitacji w II RP na stworzenie systemu rehabilitacji w PRL. Autorka wykazała (co obszernie udokumentowała w treści pracy, a w sposób systematyczny podsumowała w zakończeniu, s. 422-430), że ci spośród pionierów rehabilitacji w Polsce, którzy przeżyli II wojnę światową, podjęli się - często po raz drugi w swoim życiu - zaplanowania i stworzenia systemu rehabilitacji w naszym kraju po 1945 r. Obok absolwentów uniwersytetów sprzed 1918 r., czynnie uczestniczących w tworzeniu standardu rehabilitacji w II RP, w Polsce odradzającej się po II wojnie światowej działało duże grono ich wychowanków, absolwentów polskich wyższych uczelni sprzed 1939 r. Ogólne założenia standardu rehabilitacji w Polsce stworzonego przez to grono były takie same jak te, które wypracowano w II RP, a często nadal były realizowane i przed 1939, i po 1945 r. przez te same osoby, czasem jednak w innych miejscach pracy. Trwałość standardu rehabilitacji wypracowanego przez polskich pionierów rehabilitacji w latach 1918-1939 opierała się na bardzo wysokim stopniu jego skuteczności. Zmieniały się wprawdzie stosowane w nim konkretne metody, mniej efektywne były zastępowane przez bardziej skuteczne, jednak jego ogólna orientacja kliniczna oraz cele, sformułowane przez pionierów rehabilitacji w II RP, pozostały te same.

Przedstawione powyżej treści autorka zebrała w pracy złożonej ze wstępu, pięciu rozdziałów, zakończenia, bibliografii, streszczenia, wykazu skrótów, wykazu rycin oraz wykazu tabel. Ponieważ nie mam zastrzeżeń do konstrukcji pracy, nie będę jej szczegółowo omawiać w recenzji. Ocenę konstrukcję pracy jedynie ogólnie. Wstęp zawiera wszystkie elementy wymagane w pracach doktorskich. Zawiera omówienie dotychczasowego piśmiennictwa, postawienie celu poznawczego pracy, pytania badawcze i wstępne założenia, które autorka zamierza zrealizować. Rozdziały I i II są oparte na bardzo obszernej i właściwie dobranej literaturze przedmiotu. Autorka przedstawia w nich wszystkie elementy istotne dla

badania nad tworzeniem się standardu polskiej rehabilitacji w latach 1918-1939, a które wystąpiły przed 1918 r. Możemy dzięki temu poznać tendencje teoretyczne w europejskiej rehabilitacji, najważniejsze kierunki praktyki w tym zakresie, a także tworzenie się zasobów, z których będzie wytwarzać się standard rehabilitacji polskiej w II RP (zarówno kadry, jak i infrastruktury). Rozdziały III, IV i V dotyczą już analizy kształtowania się rehabilitacji w II RP, z uwzględnieniem wzorców, z których korzystano i oryginalnych koncepcji pionierów rehabilitacji polskiej. Pracę wieńczy Zakończenie, w którym autorka podsumowuje swoje wcześniejsze rozważania. Jest to szczególnie wartościowy fragment recenzowanej pracy. W skondensowanej formie doktorantka przedstawia tu wyniki analizy niezwykle obszernego materiału źródłowego. Czyni to sprawnie i przekonująco. Nie mam zastrzeżeń do wniosków, które w tej części pracy przedstawia.

Do treści pracy nie mam uwag krytycznych. Praca została dobrze przygotowana pod względem edytorskim. Przypisy zostały przygotowane prawidłowo. Bibliografia została zestawiona w sposób czytelny, z zastosowaniem właściwego podziału na źródła i opracowania. Jest bardzo obszerna i właściwie dobrana pod względem tematycznym.

KONKLUZJA

Recenzowana praca spełnia wszystkie kryteria, jakie stawiane są pracom doktorskim. Autorka opanowała zasób wiedzy ogólnej, umożliwiający jej właściwe zastosowanie w badaniach źródłowych. Wykazała umiejętność samodzielnego rozwiązania problemu naukowego, który został postawiony w sposób właściwy, a jego rozwiązanie zostało dobrze przez doktorantkę udokumentowane. Wyprowadzane przez autorkę wnioski z analizy źródeł i korzystanie przez nią ze stanu badań przedstawionego w dotychczasowym piśmiennictwie wykazało umiejętność prowadzenia przez doktorantkę samodzielnej pracy naukowej.

Wnioskuje również o wyróżnienie recenzowanej pracy, jak również jej skierowanie do druku.

Na podstawie przeprowadzonej analizy pracy zwracam się do Kolegium Nauk Medycznych Uniwersytetu Rzeszowskiego o dopuszczenie Pani Magister Beaty Skolik do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Prof. dr hab. Bożena Płonka-Syroka

Instytut Farmacji
Wydział Farmaceutyczny
B. Płonka-Syroka
Prof. dr hab. Bożena Płonka-Syroka