

**Jerzy Edward Kiwerski**  
Społeczna Rada Naukowa TWK w Warszawie  
Wyższa Szkoła Rehabilitacji w Warszawie

## **Wkład TWK w rozwój teorii i praktyki rehabilitacji medycznej**

### **Streszczenie**

Działalność Polskiego Towarzystwa Walki z Kalectwem splata się ściśle z losami polskiej rehabilitacji. Poza integracją osób niepełnosprawnych i organizowaniem różnych form pomocy osobom niepełnosprawnym – do głównych celów Towarzystwa należy propagowanie idei i osiągnięć rehabilitacji, zaś nie przypadkiem wśród prezesów Towarzystwa znaleźli się twórcy polskiej koncepcji rehabilitacji, leżącej u podstaw nowoczesnej rehabilitacji europejskiej. Również powstanie rehabilitacyjnych Towarzystw Naukowych ma niezaprzeczalny związek z działalnością Polskiego Towarzystwa Walki z Kalectwem. Zasady te nie zawsze i nie w pełni są realizowane w kraju, chociaż wszyscy przyznają, że są one słuszne nie tylko ze względów leczniczych, humanitarnych, socjalnych, ale także ekonomicznych. Ale rehabilitacja musi się rozwijać, pomimo pewnych niekorzystnych uwarunkowań. Wymusza to postępujący wzrost zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne, związany z licznymi czynnikami prowadzącymi do wzrostu liczby niepełnosprawnych, takimi jak: starzenie się społeczeństwa, wzrastająca urazowość, postępujące skażenie środowiska.

**Słowa kluczowe:** Polskie Towarzystwo Walki z Kalectwem, polska koncepcja rehabilitacji, towarzystwa naukowe w rehabilitacji polskiej, rozwój rehabilitacji w Polsce, zapotrzebowanie na rehabilitację w Polsce

### **Contribution of PSFAD to the Development of the Theory and Practice of Medical Rehabilitation**

#### **Summary**

The activity of the Polish Society for the Fight Against Disability is closely undeniable intertwined in the fate of Polish rehabilitation. Apart from integrating disabled people and organizing various forms of assistance to people with disabilities, the main goals of the Society include promoting the idea and achievements of rehabilitation and it is no coincidence that the Presidents of the Society include the creators of the Polish concept of rehabilitation, which stands for the basis of modern European rehabilitation. The establishment of Rehabilitation Scientific Societies also has an undeniable connection with the activity of the Polish Society for the Fight against Disability. These principles are not always and not fully implemented in the country, although everyone admits that they are justified not only for medical, humanitarian, and social, but also for economic reasons. Yet, despite some unfavourable conditions,

rehabilitation must develop. It requires a progressive increase in demand for health services, linked to many factors leading to the rise in the number of people with disabilities, such as the aging of the population, increasing trauma, progressive environmental pollution.

**Keywords:** Polish Society for the Fight Against Disability, Polish conception of modern rehabilitation, Scientific Societies in Polish rehabilitation, development of Polish rehabilitation, demand for rehabilitation in Poland

Działalność Polskiego Towarzystwa Walki z Kalectwem splata się niezwykle ściśle z losami polskiej rehabilitacji. Przecież poza integracją osób niepełnosprawnych i organizowaniem różnych form pomocy osobom niepełnosprawnym – do głównych celów Towarzystwa należy propagowanie idei i osiągnięć rehabilitacji<sup>1</sup>, a nie przypadkiem wśród prezesów Towarzystwa (prof. Wiktor Dega i prof. Aleksander Hulek) znaleźli się twórcy polskiej koncepcji rehabilitacji, leżącej u podstaw nowoczesnej rehabilitacji europejskiej. Nie należy zapominać, że powstanie rehabilitacyjnych Towarzystw Naukowych ma niezaprzeczalny związek z działalnością Polskiego Towarzystwa Walki z Kalectwem.

Przecież Polskie Towarzystwo Fizjoterapii rozwinęło się z Sekcji Magistrów Wychowania Fizycznego Pracujących w Rehabilitacji, powołanej do życia w 1962 roku (a później przekształconej w Sekcję Fizjoterapii) – przy Polskim Towarzystwie Walki z Kalectwem, a większość aktywistów Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji zdobywała „szlify” również w Towarzystwie (np. dr M. Kowalski, doc. A. Kwolek, dr M. Czarnecki, dr P. Majcher, doc. K. Dobosiewicz, dr K. Księżopolska). Ja też podjąłem współpracę z Towarzystwem w 1971 roku, otrzymując zaświadczenie o członkostwie z rąk późniejszego wieloletniego przyjaciela – doc. Andrzeja Seyfrieda (Ryc. 1), przez szereg lat aktywnie uczestniczyłem w pracach Zarządu Oddziału Mazowieckiego TWK, zostałem odznaczony, a nieco później zostałem członkiem-założycielem Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji, przez szereg lat – jego prezesem (przez dwie kadencje), członkiem Prezydium Zarządu Głównego TWK, a następnie członkiem honorowym, wieloletnim konsultantem wojewódzkim, regionalnym (lata 1982-2002), konsultantem krajowym (Ryc. 2).

---

<sup>1</sup> *Metody postępowania w usprawnianiu leczniczym i kryteria ich oceny*, red. W. Kubiś, Warszawa, PTWK, 1970

## Ryc. 1. Zaświadczenie przyjęcia w poczet członków TWK (materiał własny)

**POLSKIE TOWARZYSTWO  
WALKI z KALECTWEM**  
Zarząd Oddziału Warszawa  
ul. Taśmowa Nr 1 (Służewiec)

Warszawa, dnia 14.7.1971 1971 r.

Ob. St. Kierski Jan  
ul. Nowotomiszta Wierzbowa 12

Zawiadamiamy uprzejmie, że decyzją Zarządu Oddziału Warszawskiego P.T.W.K. z dnia 29.VI.1971 został Ob. przyjęty w poczet członków naszego Towarzystwa.

Serdecznie dziękujemy za zadeklarowaną składkę członkowską w kwocie: zł. 50.- rocznie.

Jednocześnie komunikujemy, że Ob. został organizacyjnie zarejestrowany w Sekcji Leżące przewodniczący Sekcji Ob. dr hab. Sędziak Andrzej, ul. Nowotomiszta Wierzbowa 12 zamieszkały

Nr..... tel. WALKI 111 111 111

Za Prezydium Zarządu Oddziału

20  
SIEDZIA WIEKON WARSZAWA  
P.O. POLSKA  
1971

## Ryc. 2. Powołanie na konsultanta krajowego w dziedzinie rehabilitacji medycznej (materiał własny)



Warszawa, dnia 31.07 2002 r.

MINISTER ZDROWIA  
NK-ED/402-KM-17/02

**Pan**  
**Prof. dr hab. Jerzy Ktewski**  
**Warszawa**

Na podstawie § 2 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 1 marca 2001 r. (Dz. U. Nr 19, poz. 237 z późn. zmianami), powołuję Pana Profesora do pełnienia funkcji konsultanta krajowego w dziedzinie **rehabilitacji medycznej**.

  
Mariusz Łapiński

Wspomniani nasi profesorowie-założyciele stworzyli podwaliny polskiej szkoły rehabilitacji – i trudno tu rozstrzygać, w jakim stopniu koncepcja ta była efektem działalności w TWK, ale na pewno miało to wpływ na jej kształtowanie. Prowadzone przez Profesorów i ich współpracowników ośrodki propagowały na terenie kraju i poza jego granicami oraz praktycznie wdrażały idee polskiej koncepcji rehabilitacji TWK, która przedstawiona na posiedzeniu Europejskiego Biura Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w 1970 roku – zyskała międzynarodową akceptację i została uznana za godną upowszechnienia w innych krajach Europy. Koncepcja ta<sup>2,3</sup> opierała się na czterech podstawowych zasadach: powszechności rehabilitacji, wczesnym jej wdrażaniu, kompleksowości i ciągłości procesu rehabilitacji.

Pod pojęciem **powszechności** kryją się dwa aspekty tego zagadnienia. Po pierwsze – dostępność do wszystkich form świadczeń rehabilitacyjnych dla potrzebujących ich pacjentów, bez względu na miejsce zamieszkania i status społeczny. Pomimo że w okresie powstawania tej koncepcji – Polski Ludowej – oferowany przez państwo pakiet świadczeń zdrowotnych i socjalnych był dość bogaty, to nie obejmował wszystkich warstw społecznych. Ubezpieczenia społecznego, a tym samym dostępu do świadczeń zdrowotnych i rehabilitacji pozbawieni byli rolnicy indywidualni (często nazywani „kułakami”), pozostający poza strukturami Państwowych Gospodarstw Rolnych (PGR) oraz rzemieślnicy. Stąd też postulat powszechności dostępu do procedur rehabilitacyjnych był w pełni uzasadniony. Pozostaje zresztą wciąż aktualny, gdyż nie miała część społeczeństwa (bezdumni, wielu bezrobotnych, pracujący „na czarno”) nadal pozbawiona jest świadczeń ubezpieczenia zdrowotnego.

Po drugie, pojęcie to wyrażało dążenie do wdrażania rehabilitacji w miarę możliwości we wszystkich dziedzinach medycyny klinicznej, a nie – jak to poprzednio miało miejsce – jedynie w odniesieniu do osób z upośledzonymi funkcjami narządu ruchu, co w tym czasie z uwagi na następstwa wojny i rozpowszechnienia choroby Heine-Medina (poliomyelitis) stanowiło nagłą potrzebę. Zdawali sobie jednak sprawę z potrzeby wdrożenia i upowszechnienia rehabilitacji w innych dziedzinach medycyny klinicznej. Przykładem działań w tym kierunku były starania czynione przez prof. Mariana Weissa o utworzenie w Konstancinie „zagłębia rehabilitacyjnego”, czego wyrazem było wspieranie idei utworzenia tu ośrodków rehabilitacji kardiologicznej, neurologicznej, reumatologicznej, wad wymowy, Centrum Kształcenia Inwalidów, ośrodka pedagogiczno-rehabilitacyjnego dla dzieci w Chylicach, pełniącego zarówno funkcje lecznicze, jak i pedagogiczne, a także – kształcenia zawodowego, utworzenia Uzdrowiska Konstancin,

<sup>2</sup> J. Kiwerski, *Założenia polskiego modelu rehabilitacji i możliwości jego realizacji*, [w:] *Rehabilitacja Polska*, red. J. Kiwerski i in., Wrocław, Ossolineum, 2009, s. 27–34

<sup>3</sup> J. Kiwerski, *Realizacja polskiego modelu rehabilitacji w działalności prof. Mariana Weissa*, „Rehabilitacja Medyczna” 2001, Nr 5(3), s. 83–85

wykorzystującego naturalne pokłady solanki. Przyczyniło się to niewątpliwie do rozpropagowania rehabilitacji w innych, poza ortopedią, dziedzinach klinicznych z akcentowaniem złożonego, interdyscyplinarnego charakteru tej specjalności. Było to niezwykle ważne zadanie, którego realizacja doprowadziła do obecnej sytuacji, gdy rehabilitacja znajduje rozległe zastosowanie i szczyci się znacznymi osiągnięciami tak skojarzonej terapii praktycznie we wszystkich gałęziach medycyny klinicznej: w kardiologii, pulmonologii, neurologii, pediatrii, laryngologii, ginekologii, położnictwie, u osób głuchych, niewidomych, z upośledzeniem umysłowym i wielu innych rodzajach niesprawności.

Wczesne wdrożenie jest jednym z najważniejszych elementów polskiej koncepcji rehabilitacji, leżącej u podstaw rozwoju współczesnej rehabilitacji europejskiej. Uprzednio uznawano rehabilitację za trzeci, końcowy etap procesu terapeutycznego, będący uzupełnieniem wcześniejszej diagnostyki i właściwego leczenia (zachowawczego – głównie farmakologicznego lub operacyjnego), utożsamiając ją z pojęciem rekonwalescencji, leczenia uzdrowiskowego. Podejmowane przez to działania rehabilitacyjne tak późno (często w wiele miesięcy, a nawet powyżej roku po zachorowaniu lub po przebytym urazie), zwłaszcza po ciężkich urazach wielonarządowych, schorzeniach lub urazach ośrodkowego układu nerwowego, po zawałach mięśnia sercowego – były mało skuteczne. Zwykle nie mogły już wpłynąć na istotną poprawę upośledzonych funkcji, a najczęściej ograniczały się do prób zminimalizowania niekorzystnych następstw długotrwałego ograniczenia aktywności, niekiedy – bezruchu: przykurczów stawowych, będących ich następstwem zniekształceń kończyn w pozycjach niekorzystnych funkcjonalnie, zaników mięśniowych, ograniczenia wydolności ogólnej organizmu.

Inaczej mówiąc – tak późno wdrożona rehabilitacja sprowadzała się często do zwalczania, minimalizowania następstw jej braku we wcześniejszym okresie. Rehabilitacja może być skuteczna w **zapobieganiu** większości tych niekorzystnych zmian pod warunkiem wczesnego jej wdrożenia – już w pierwszych dniach schorzenia lub po urazie – z wykorzystaniem odpowiedniego sterowania, pobudzania mechanizmów kompensacyjnych i adaptacyjnych ustroju. Pozwala wówczas na skrócenie czasu leczenia, zmniejszenia jego kosztów, ograniczenie niezdolności do pracy, zmniejszenie odsetka osób przechodzących na rentę inwalidzką, trwale uzależnionych od otoczenia.

Rehabilitacja powinna być nieodzownym elementem postępowania terapeutycznego, bez względu na rodzaj, lokalizację zaistniałego urazu czy schorzenia, a **jej skuteczność jest tym większa, im wcześniej zostanie ona podjęta.**

**Kompleksowość.** Rehabilitacja jest procesem złożonym. Tym bardziej złożonym, im większy jest stopień niepełnosprawności spowodowanej chorobą czy urazem. W realizacji tego procesu powinien uczestniczyć interdyscyplinarny zespół terapeutyczny, dobierany indywidualnie w zależności od wielu czynników,

a zwłaszcza: rodzaju i stopnia niepełnosprawności, wieku pacjenta, dodatkowych obciążeń zdrowotnych, określonych blisko- i dalekosiężnych celów rehabilitacji. Od początku postępowania terapeutycznego powinniśmy mieć na uwadze nie tylko problemy czysto lecznicze, ale również przyszłość niepełnosprawnego, rozpatrywaną w kontekście miejsca i warunków jego zamieszkania, uprzednio wykonywanego zawodu, pełnionych w rodzinie funkcji oraz ról społecznych. Tak szeroko pojęte zadania rehabilitacji skłaniają do wspomnianego uprzednio wyróżniania rehabilitacji medycznej, społecznej, psychicznej, zawodowej, pedagogicznej. Tak kompleksowe znaczenie rehabilitacji określa również akt prawny, jakim jest Ustawa z 20 grudnia 2002 o zmianie ustawy o rehabilitacji zawodowej, społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, stanowiąca, że rehabilitacja oznacza zespół działań organizacyjnych, leczniczych, edukacyjnych i społecznych zmierzający do osiągnięcia możliwie najwyższego poziomu funkcjonowania tych osób, jakości życia i integracji społecznej.

Podkreślanie wagi kompleksowości rehabilitacji znajduje szczególne miejsce wśród prac publikowanych z udziałem PTWK oraz autorów zajmujących się szerszymi aspektami rehabilitacji<sup>4,5,6</sup>.

Szczególnie istotne jest rozwiązywanie trudnych aspektów rehabilitacji społecznej i zawodowej<sup>7,8,9,10</sup>.

**Ciągłość.** Rehabilitacja osób ze znaczną, długotrwałą dysfunkcją ustroju powinna mieć charakter długofalowy, ciągły. Należy prowadzić ją przez okres leczenia szpitalnego, a w uzasadnionych przypadkach – kontynuować w warunkach ambulatoryjnych, oddziału dziennego lub domowych, często przez szereg miesięcy, a w schorzeniach przewlekłych (udary mózgu, schorzenia, stany po urazach rdzenia kręgowego, mózgowo porażenia dziecięce, schorzenia reumatyczne i inne), a zwłaszcza postępujących (choroby demielinizacyjne, rozrostowe, niektóre miopatie) – praktycznie przez całe życie chorego.

<sup>4</sup> J. Kiwerski, *Niepełnosprawność i jej skutki społeczne*, „Problemy Rehabilitacji Zawodowej” 1992, Nr 134(4), s. 52–55

<sup>5</sup> *Medyczne, socjalne i zawodowe problemy rehabilitacji*, red. M. Weiss, współaut. J. Haftek, R. Brzeziński, J. Kiwerski, Warszawa, PZWL, 1972

<sup>6</sup> J. Kiwerski, *Następstwa unieruchomienia dla funkcji organizmu*, [w:] *Rehabilitacja Medyczna*, red. A. Kwolek, Wrocław, Elsevier Urban&Partner, 2013, s. 1–11

<sup>7</sup> J. Kiwerski, *Rehabilitacja to nie tylko usprawnianie ruchowe*, „Ogólnopolski Przegląd Medyczny” 2002, Nr 11, s. 66–68

<sup>8</sup> T. Majewski, *Rozwój rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych w Polsce*, Warszawa, TWK, 2011

<sup>9</sup> J. Kiwerski, A. Bobryk, E. Woźniak, A. Giers, *Warunki socjalno-bytowe osób niepełnosprawnych po urazach rdzenia kręgowego*, „Postępy Rehabilitacji” 1990, Nr 4, s. 91–101

<sup>10</sup> *Stan rehabilitacji i potrzeby rehabilitacyjne osób z poszczególnymi rodzajami niepełnosprawności*, red. J. Kiwerski, A. Ostrowska, Warszawa, Wyd. Instytut Filozofii PAN, 1994

Zaniechanie działań rehabilitacyjnych prowadzi do utraty nabytej sprawności<sup>11,12,13</sup>, roztrenowania organizmu, usposabia do występowania niekorzystnych następstw przewlekłego unieruchomienia, powikłań, nierzadko zagrożających nawet życiu pacjenta.

Ciągłość postępowania nie pomniejsza oczywiście wagi kompleksowego traktowania rehabilitacji, stwarza wręcz konieczność wzajemnego uzupełniania się elementów rehabilitacji leczniczej, socjalnej, zawodowej lub pedagogicznej. Zmienia się jedynie akcent kładziony na każdy z tych elementów postępowania. We wczesnym okresie po urazie lub zachorowaniu pierwszoplanowym zadaniem jest rehabilitacja lecznicza ze starannie opracowanym programem usprawniania, adekwatnym do istniejących dysfunkcji, ale ze stopniowym wczesnym wdrażaniem elementów rehabilitacji psychologicznej, pedagogicznej, socjalnej. W okresie późniejszym – poszpitalnym – zasadniczą wagę ma rozwiązywanie problemów zawodowych i socjalnych<sup>14,15</sup>, ale z dalszym stosowaniem, odpowiednio do potrzeb – etapowego leczenia usprawniającego.

Idee zawarte w polskim modelu stały się zasadami ogólnie akceptowanymi we współczesnej rehabilitacji, wdrożonymi praktycznie w świecie, chociaż obecnie mało kto pamięta, że rozwinęły się one z polskiej koncepcji rehabilitacji. Znalazły one szerokie zastosowanie nie tylko w prowadzonych przez prof. W. Degę i prof. M. Weissa jednostkach, ale w dziesiątkach innych ośrodków rehabilitacyjnych w Polsce: Dzierżąźnie, Świebodzinie, Wrocławiu-Poświętnem, Reptach Śląskich, Zakopanem, w powstających kolejno klinikach, Zakładach Rehabilitacji Akademii Medycznych i wielu innych oddziałach. Niestety, zasady te nie zawsze i nie w pełni są realizowane w kraju, chociaż wszyscy przyznają, że są one słuszne nie tylko ze względów leczniczych, humanitarnych, socjalnych<sup>16</sup>, ale także – ekonomicznych. Jednakże ogólnie oceniając – realizacja każdego z wymienionych elementów polskiego modelu rehabilitacji napotyka na wiele trudności. Problem powszechnej dostępności do rehabilitacji wciąż jest aktualny, a nawet w ostatnich latach nastąpiło pogorszenie sytuacji pod tym

<sup>11</sup> J. Kiwerski, *Czynniki wpływające na wzrost niepełnosprawności*, „Postępy Rehabilitacji” 2008, Nr 22(2), s. 49–54

<sup>12</sup> *Zdolności kompensacyjne i możliwości ich wykorzystania w rehabilitacji osób z ogniskowymi uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego*, red. M. Weiss, współaut. M. Krasuski, J. Kiwerski, Warszawa, PZWL, 1985

<sup>13</sup> *Człowiek niepełnosprawny w społeczeństwie*, red. M. Weiss, współaut. J. Kiwerski, T. Stelmasiak, K. Surazyńska, E. Szelaż i in., Warszawa, PZWL, 1986

<sup>14</sup> J. Kiwerski, *Trudności życiowe osób niepełnosprawnych po urazach rdzenia kręgowego*, „Biuletyn Informacyjny Polskiego Towarzystwa Walki z Kalectwem” 1986, Nr 2, Warszawa, s. 14–20

<sup>15</sup> J. Kiwerski, A. Giers, *Rola rodziny w życiu człowieka niepełnosprawnego*, [w:] *Stosunek społeczeństwa do ludzi niepełnosprawnych*, Częstochowa, Wyd. TWK, 1985

<sup>16</sup> J. Kiwerski, *Znaczenie aktywności ruchowej i następstw bezruchu osób niepełnosprawnych*, Olsztyn, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski, 2000, s. 33–36

względem, gdyż duża rzesza osób, zwłaszcza bezdomnych, przewlekle bezrobotnych, pracujących „na czarno” pozostaje poza ubezpieczeniem zdrowotnym, a tym samym – przy często współistniejącym ubóstwie tej grupy społecznej (uniemożliwiającym korzystanie z usług prywatnego sektora służby zdrowia) – pozostaje bez możliwości korzystania nawet z podstawowych świadczeń zdrowotnych, nie wspominając o rehabilitacji. Jeśli doda się do tego utrzymujące się niedoszacowanie przez NFZ (Narodowy Fundusz Zdrowia) większości świadczeń rehabilitacyjnych, skłaniające wielu dyrektorów szpitali do rozważania likwidacji pogłębiających deficyt budżetowy oddziałów rehabilitacji, to perspektywy wyrównania istniejących niedostatków w tym zakresie nie wyglądają optymistycznie. Problem ten wymaga nagłaśniania, co jest również udziałem TWK<sup>17</sup>, bo przecież należy brać pod uwagę wciąż wzrastające zapotrzebowanie na rehabilitację, zbyt małą liczbę placówek wszystkich szczebli (oddziałów, działów, zakładów, poradni, przychodni), co już stwarza niedopuszczalną sytuację oczekiwania pacjentów długimi miesiącami na rozpoczęcie wskazanego leczenia usprawniającego. Podważa to zarówno zasady powszechności, wczesności, jak i ciągłości rehabilitacji.

Idee zawarte w polskim modelu stały się zasadami ogólnie akceptowanymi we współczesnej rehabilitacji, wdrożonymi praktycznie w świecie, chociaż obecnie mało kto pamięta, że rozwinęły się one z polskiej koncepcji rehabilitacji. Znalazły one szerokie zastosowanie nie tylko w prowadzonych przez prof. W. Degę i prof. M. Weissą jednostkach, ale w dziesiątkach innych ośrodków rehabilitacyjnych w Polsce, co jednak wiąże się nierzadko ze wzrostem liczby osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, wymagających kompleksowej, długotrwałej, nawet – wieloletniej, etapowej rehabilitacji<sup>18</sup>.

## Wnioski

1. Działalność Polskiego Towarzystwa Walki z Kalectwem splata się niezwykle ściśle z losami polskiej rehabilitacji. Poza integracją osób niepełnosprawnych, organizowaniem różnych form pomocy osobom niepełnosprawnym – do głównych celów Towarzystwa należy propagowanie idei i osiągnięć rehabilitacji.
2. Powstanie rehabilitacyjnych Towarzystw Naukowych: Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii, Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji i ich programowe kierunki działania mają niezaprzeczalny związek z działalnością Polskiego Towarzystwa Walki z Kalectwem.

<sup>17</sup> J. Kiwerski, *Rola środków masowego przekazu w zapobieganiu urazom wywołującym zaburzenia sprawności ruchowej*, [w:] *Środki masowego przekazu a człowiek niepełnosprawny*, red. A. Hulek, Warszawa, Wyd. TWK, 1991, s. 55–61

<sup>18</sup> J. Kiwerski, *Polska Szkoła Kompleksowej Rehabilitacji*, [w:] *Polska szkoła kompleksowej rehabilitacji*, red. P. Czuderna, W. Koczur, M. Woch, Warszawa, Wydawnictwo Sejmowe, 2019, s. 124–126



3. Profesorowie-mentorzy (W. Dega, M. Weiss, A. Hulek) stworzyli podwaliny polskiej szkoły rehabilitacji – i ich działalność w TWK na pewno miała wpływ na jej ukształtowanie.
4. Idee zawarte w polskim modelu stały się zasadami ogólnie akceptowanymi we współczesnej rehabilitacji, wdrożonymi praktycznie w świecie. Znalazły one szerokie zastosowanie w prowadzonych przez prof. W. Degę i prof. M. Weissa jednostkach, ale także w dziesiątkach innych ośrodków rehabilitacyjnych w Polsce.
5. Rehabilitacja musi się rozwijać, pomimo pewnych niekorzystnych uwarunkowań. Wymusza to postępujący wzrost zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne, związany z licznymi czynnikami prowadzącymi do wzrostu liczby niepełnosprawnych, takimi jak: starzenie się społeczeństwa, wzrastająca urazowość, postępujące skażenie środowiska, a także – postęp w medycynie prowadzący m.in. do zmniejszenia śmiertelności okołoporodowej, w ciężkich schorzeniach i urazach ośrodkowego układu nerwowego, co jednak wiąże się nierzadko ze wzrostem liczby osób ze znacznym niekiedy stopniem niepełnosprawności, wymagającym kompleksowej, długotrwałej, nawet – wieloletniej, etapowej rehabilitacji.

## Piśmiennictwo

*Człowiek niepełnosprawny w społeczeństwie*, red. Weiss M., współaut. Kiwerski J., Stelmasiak T., Surażyńska K., Szelaż E. i in., Warszawa, PZWL, 1986

Kiwerski J., *Czynniki wpływające na wzrost niepełnosprawności*, „Postępy Rehabilitacji” 2008, Nr 22(2)

Kiwerski J., *Następstwa unieruchomienia dla funkcji organizmu*, [w:] *Rehabilitacja Medyczna*, red. Kwolek A., Wrocław, Elsevier Urban&Partner, 2013

Kiwerski J., *Niepełnosprawność i jej skutki społeczne*, „Problemy Rehabilitacji Zawodowej” 1992, Nr 134(4)

Kiwerski J., *Polska Szkoła Kompleksowej Rehabilitacji*, [w:] *Polska szkoła kompleksowej rehabilitacji*, red. Czuderna P., Koczur W., Woch M., Warszawa, Wydawnictwo Sejmowe, 2019

Kiwerski J., *Realizacja polskiego modelu rehabilitacji w działalności prof. Mariana Weissa*, „Rehabilitacja Medyczna” 2001, Nr 5(3)

Kiwerski J., *Rehabilitacja to nie tylko usprawnianie ruchowe*, „Ogólnopolski Przegląd Medyczny” 2002, Nr 11

Kiwerski J., Giers A., *Rola rodziny w życiu człowieka niepełnosprawnego*, [w:] *Stosunek społeczeństwa do ludzi niepełnosprawnych*, Częstochowa, Wyd. TWK, 1985

Kiwerski J., *Rola środków masowego przekazu w zapobieganiu urazom wywołującym zaburzenia sprawności ruchowej*, [w:] *Środki masowego przekazu a człowiek niepełnosprawny*, red. Hulek A., Warszawa, Wyd. TWK, 1991

Kiwerski J., *Trudności życiowe osób niepełnosprawnych po urazach rdzenia kręgowego*, „Biuletyn Informacyjny Polskiego Towarzystwa Walki z Kalectwem” 1986, Nr 2

Kiwerski J., Bobryk A., Woźniak E., Giers A., *Warunki socjalno-bytowe osób niepełnosprawnych po urazach rdzenia kręgowego*, „Postępy Rehabilitacji” 1990, Nr 4

Kiwerski J., *Założenia polskiego modelu rehabilitacji i możliwości jego realizacji*, [w:] *Rehabilitacja Polska*, red. Kiwerski J. i in., Wrocław, Ossolineum, 2009

Kiwerski J., *Znaczenie aktywności ruchowej i następstw bezruchu osób niepełnosprawnych*, Olsztyn, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski, 2000

Majewski T., *Rozwój rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych w Polsce*, Warszawa, TWK, 2011

*Medyczne, socjalne i zawodowe problemy rehabilitacji*, red. Weiss M., współaut. Haftek J., Brzeziński R., Kiwerski J., Warszawa, PZWL, 1972

*Metody postępowania w usprawnianiu leczniczym i kryteria ich oceny*, red. Kubiś W., Warszawa, PTWK, 1970

*Stan rehabilitacji i potrzeby rehabilitacyjne osób z poszczególnymi rodzajami niepełnosprawności*, red. Kiwerski J., Ostrowska A., Warszawa, Wyd. Instytut Filozofii PAN, 1994

*Zdolności kompensacyjne i możliwości ich wykorzystania w rehabilitacji osób z ogniskowymi uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego*, red. Weiss M., współaut. Krasuski M., Kiwerski J., Warszawa, PZWL, 1985

## Jerzy Edward Kiwerski – nota biograficzna

Specjalista chirurgii urazowej, ortopedii (II<sup>o</sup>), rehabilitacji medycznej (II<sup>o</sup>). Absolwent Wydziału Lekarskiego Pomorskiej Akademii Medycznej (1963), doktorat (1971), habilitacja (1975) – Akademia Medyczna w Warszawie, tytuł naukowy profesora nadzwyczajnego (1984), profesor zwyczajny AM w Warszawie (1999).

Praca zawodowa: Zakład Anatomii Prawidłowej PAM, laborant, z-ca asystenta (1954-62); Zakład Anatomii Patologicznej I. M. Dz. – Warszawa (1962-64); Szpital Czerniakowski – lekarz stażysta (1963-64); Stołeczne Centrum Rehabilitacji (od 1965 – nadal) – asystent, z-ca ordynatora, ordynator oddziału leczenia schorzeń i urazów kręgosłupa (1977-1998), dyrektor naczelny (1991-1998); Katedra i Klinika Rehabilitacji AM w Warszawie (Konstancin) – asystent (1967-72), adiunkt (1972-76), docent (1976-82), kierownik (1982-2007). Zakład Rehabilitacji



Oddziału Fizjoterapii II Wydz. Lekarskiego WUM – prof. nadzw. (1984-1999), prof. zw. (1999). Konsultant wojewódzki, regionalny w zakresie rehabilitacji medycznej (1982-2002), konsultant krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej (2002-2008). Rektor Wyższej Szkoły Rehabilitacji w Warszawie (2007 – nadal). W latach 1965-75 wykładowca Studium Medycznego Fizjoterapii w Konstancinie. Od 1967 jest pracownikiem naukowo-dydaktycznym Akademii Medycznej, a następnie WUM w Warszawie, nieprzerwanie prowadzi seminaria i wykłady w Klinice Rehabilitacji, Zakładzie Rehabilitacji Oddziału Fizjoterapii, Wyższej Szkole Rehabilitacji. Posiada 50-letnie doświadczenie dydaktyczne. Od ponad 40 lat uczestniczy w dydaktyce podyplomowej. Wielokrotny organizator egzaminów specjalizacyjnych, a także przewodniczący komisji egzaminacyjnych. Jest autorem, redaktorem, współautorem 27 książek medycznych i podręczników. Jest też promotorem 28 doktoratów, 4 habilitacji, 140 prac magisterskich, ponad 240 licencjackich. Był kierownikiem specjalizacji (w zakresie rehabilitacji i chirurgii urazowej) niemal 90 lekarzy. Recenzował około 150 prac magisterskich, 44 prace doktorskie, 32 prace habilitacyjne, 34 wnioski o profesury, jeden wniosek o doktorat honoris causa, 27 książek medycznych i podręczników, ponad 170 projektów badawczych (KBN, Min. Nauki i Szkolnictwa Wyższego), 25 skryptów i podręczników. Napisał 480 recenzji dla periodyków.

Jego dorobek naukowy obejmuje ponad 700 prac publikowanych (w tym około 500 oryginalnych), ponad 530 referatów wygłoszonych na kongresach krajowych i zagranicznych (w tym około 500 oryginalnych, 110 obcojęzycznych – IF-56). Przewodniczący 28 komitetów naukowych zjazdów, sympozjów. Brał udział w 7 komitetach honorowych zjazdów i w 98 komitetach naukowych. Przewodniczył 130 sesjom 12 Konferencji „okrągłego stołu”.

Był wieloletnim członkiem Komitetu Rehabilitacji, Kultury Fizycznej i Integracji Społecznej PAN (w latach 1996-99 wiceprzewodniczącym, w latach 1999-2007 – przewodniczącym), Ko-

mitetu Biocybernetyki i Inżynierii Biomedycznej PAN, wieloletnim członkiem (od 1971) Pol. Tow. Walki z Kalectwem, byłym członkiem Zarządu Oddz. Mazowieckiego PTWK; członkiem założycielem Polskiego Tow. Rehabilitacji (prezesem Towarzystwa przez dwie kadencje, członkiem honorowym), Polskiego Tow. Rehabilitacji Neurologicznej (członek Zarządu), Polskiego Tow. Biomechaniki, Polskiego Tow. Inżynierii Medycznej (wiceprezes Zarządu Głównego), wieloletnim członkiem PTO i Traum., dwukrotnie przewodniczącym Sekcji Spondyloortopedii PTO i Traum., członkiem Rady ds. Osób Niesamodzielnych przy Min. Zdrowia (1997-2010); towarzystw międzynarodowych: International Society of Paraplegia, Spine Society of Europe, International Society of Physical and Rehabilitation Medicine; przedstawicielem Polski w European Board of Physical Medicine and Rehabilitation (1998-2009), członkiem honorowym (2020), członkiem licznych (15 – w tym 5 zagranicznych) komitetów redakcyjnych periodyków medycznych, ekspertem Narodowego Centrum Nauki (od 2011).