dr hab. n. o k. f. Elżbieta Rutkowska, prof. uczelni[1]
dr n. o zdr. Dominika Wysokińska[2]
Akademia Bialska im. Jana Pawła II, Biała Podlaska

FIZJOTERAPEUTA – GENEZA ZAWODU I JEGO MIEJSCE W MEDYCYNIE HOLISTYCZNEJ

PHYSIOTHERAPIST – THE ORIGINS OF THE PROFESSION AND ITS PLACE IN HOLISTIC MEDICINE

Streszczenie

Zawód fizjoterapeuty jest formalnie jednym z najmłodszych zawodów medycznych. Mechanizm działania oraz skuteczność swoistych środków terapeutycznych, choć stosowanych intuicyjnie od wieków, dopiero w drugiej połowie XX wieku została potwierdzona w rzetelnych badaniach klinicznych. Dało to podstawę do uznania fizjoterapii za ważny dział medycyny akademickiej o ściśle określonych procedurach terapii bodźcowej. Geneza zawodu wskazuje jednak na inne pierwiastki (m.in.: duchowość, higiena, edukacja, wychowanie, perfekcjonizm, estetyka, utylitaryzm, interioryzacja), które mogą decydować o jakości, przebiegu, a ostatecznie skuteczności terapii. Praca ma charakter przeglądowy. Na podstawie piśmiennictwa omówiono historyczne konteksty wykonywania zawodu fizjoterapeuty, które odnoszą się do holistycznego paradygmatu współczesnej medycyny.

Słowa kluczowe: fizjoterapeuta, geneza, komplementarność, holizm

[1] https://orcid.org/0000-0002-2172-3609, e-mail: e.rutkowska@dyd.akademiabialska.pl
[2] https://orcid.org/0000-0003-3400-7641, e-mail: d.wysokinska@dyd.akademiabialska.pl
Rutkowska, E. Wysokińska, D. (2025). *Fizjoterapeuta – geneza zawodu i jego miejsce w medycynie holistycznej*. W: E. Rutkowska, D. Wysokińska (red.), *Dyscypliny komplementarne fizjoterapii – edycja druga* (s. 477-500). Biała Podlaska: Akademia Bialska im. Jana Pawła II. https://doi.org/10.29316/9788368103250_29

Abstract

The profession of physiotherapist is formally one of the youngest medical professions. The mechanism of action and effectiveness of specific therapeutic measures, although used intuitively for centuries, were only confirmed in reliable clinical trials in the second half of the 20th century. This provided the basis for recognizing physiotherapy as an important branch of academic medicine with strictly defined stimulus therapy procedures. However, the origins of the profession point to other elements (including spirituality, hygiene, education, upbringing, perfectionism, aesthetics, utilitarianism, and internalization) that may determine the quality, course, and ultimately the effectiveness of therapy. This work is a review. Based on literature, the historical contexts of the physiotherapy profession are discussed, which relate to the holistic paradigm of modern medicine.

Keywords: physiotherapist, genesis, complementarity, holism

Wstęp

Fizjoterapeuta wykonuje specjalistyczne, medyczne procedury lecznicze i profilaktyczne w bezpośredniej relacji z podmiotem swoich działań. Podmiot ten to człowiek w określonej sytuacji zdrowotnej i społecznej. W indywidualny sposób jest on sam odpowiedzialny za swoje zdrowie. Przebieg i skuteczność terapii w dużej mierze zależy więc od tego w jaki sposób pacjent przeżywa swoją niepełnosprawność oraz jak sobie radzi z ograniczeniami i upośledzeniami z niej wynikającymi. Należy zatem – zgodnie z holistycznym rozumieniem współczesnej medycyny – tak organizować każdą interwencję, by uwzględniała całościowy kontekst choroby, jej przyczyny i skutki – a wszelkie działania profilaktyczne i lecznicze miały charakter komplementarny. Komplementarność działań przejawia się w organizacji pracy zespołów rehabilitacji kompleksowej, gdzie fizjoterapeuta ma ściśle określone, empirycznie potwierdzone, specyficzne zadania w realizacji wspólnego celu: zapewnienia oczekiwanej jakości życia i ról społecznych. Taka wizja roli zawodowej sprawia, że od fizjoterapeuty oczekuje się nie tylko bezwzględnego reżimu terapii

bodźcowej wyrównującej potencjał biologiczny, ale także szerszego spojrzenia na problem zdrowotny pacjenta w określonych ramach etycznych. Prowadzenie fizjoterapii holistycznej (Mazurek, 2009a; Mazurek, 2009b) wymaga więc znacznie większych kompetencji niż wynika to z empirii zawodu (Pezdek, Michaluk, 2013). Część z tych kompetencji ma swoje uzasadnienie w rodowodzie zawodu.

Współczesny fizjoterapeuta

Zawód fizjoterapeuty jest jednym z najpóźniej uregulowanych zawodów medycznych, choć występował formalnie w kolejnych klasyfikacjach zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy od początku XX wieku (Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, 2006). W Polsce ostatecznie zdefiniowała go Ustawa o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. z 2015 r. poz. 1994 oraz Dz. U. z 2023 r. poz. 1213 z późn. zm.), która weszła w życie z dniem 31 maja 2016 roku, stając się podstawą dla późniejszych uzupełnień i aktualizacji oraz aktów wykonawczych regulujących pracę fizjoterapeutów. Regulacja zawodu wynikała z potrzeby unifikacji warunków kształcenia zawodowego, uzyskiwania prawa do jego wykonywania oraz zakresu kompetencyjnego, głównie w obszarze ochrony i naprawy zdrowia w Polsce i na świecie.

Kluczowym wątkiem w rozwoju profesjonalnej fizjoterapii było praktykowanie jednego z jej najstarszych środków – masażu - w wiktoriańskiej Anglii. Skandale obyczajowe związane ze stosowaniem jego niektórych technik wymagały profesjonalizacji masażu i zalegalizowania go jako środka terapeutycznego, objętego nadzorem nad kształceniem i praktyką. Dokonano tego przez powołanie *Society of Training Masseuses* (1894). Według niektórych autorów to ta data stanowi formalny początek współczesnego zawodu fizjoterapeuty (Nicholls, Cheek, 2006; Pettman, 2007).

Od lat 50-tych XX wieku fizjoterapeuci wielu krajów na świecie konsolidowali swoje działania na rzecz identyfikacji profesji zrzeszając się w Europejskiej (Europejska Deklaracja Standardów w Fizjoterapii – wersja ostateczna przyjęta na Nadzwyczajnym Zgromadzeniu

Ogólnym w dn. 4 czerwca 2003 roku w Barcelonie) i Światowej Konfederacji Fizjoterapii – *World Confederation for Physical Therapy*, WCPT (1951) – od roku 2020 *World Physiotherapy*. Polskie Towarzystwo Fizjoterapii (działające od 1987 roku) ponownie dołączyło do tej światowej organizacji dnia 1 stycznia 2025 roku, stając się jednym ze 128 krajowych stowarzyszeń, zrzeszających ponad 600 tys. fizjoterapeutów (World Physiotherapy, 2025) (rysunek 1).



Rysunek 1. Polskie Towarzystwo Fizjoterapii

Źródło: Polskie Towarzystwo Fizjoterapii. (2025). *Od 1 stycznia 2025 r. Polskie Towarzystwo Fizjoterapii ponownie reprezentuje Polskę w World Physiotherapy*. Pobrane z: http://fizjoterapia.org.pl/wp-content/uploads/2025/01/world-plus-ptf.png (dostęp: 30.03.2025); Polskie Towarzystwo Fizjoterapii. (2024). *Polskie Towarzystwo Fizjoterapii wraca do World Physiotherapy*. Pobrane z: http://fizjoterapia.org.pl/wp-content/uploads/2024/12/Powrot.png (dostęp: 30.03.2025).

W konsekwencji ustawowej regulacji zawodu, ale też społecznej aktywności samych fizjoterapeutów powołano w roku 2016 Krajową Izbę Fizjoterapeutów (KIF), która jest samorządem zawodowym o określonym statucie i zadaniach. „Misją KIF jest reprezentowanie osób wykonujących zawód fizjoterapeuty i sprawowanie pieczy nad należytym wykonywaniem tego zawodu w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony" (Krajowa Izba Fizjoterapeutów, 2025a). Samorząd zawodowy (rysunek 2) sprawuje nadzór nad standardami kształcenia przed- i podyplomowego (certyfikuje kursy i specjalizacje), weryfikuje prawo wykonywania zawodu; sprawuje nadzór

nad jego stroną merytoryczną i etyczną (Zasady Etyki Zawodowej Fizjoterapeuty – Uchwała Nr 25/II KZF/2022II Krajowego Zjazdu Fizjoterapeutów) w granicach interesu publicznego. Krajowa Izba Fizjoterapeutów jest też reprezentatywnym głosem pracowników w organizacji systemu ochrony zdrowia.



Rysunek 2. Logo Samorządu Zawodowego

Źródło: Krajowa Izba Fizjoterapeutów. (2025b). *Logo Samorządu Zawodowego*. Pobrane z: https://kif.info.pl/ (dostęp: 01.04.2025).

W systemie tym fizjoterapeuci realizują zadania profilaktyczne i lecznicze, ujęte w Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych (ang. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* – ICD) (WHO, 2024); gdzie za pomocą swoistych środków (bodźce fizykalne z trzech działów: fizykoterapii, kinezyterapii oraz masażu i innych technik manualnych) osobiście prowadzą terapie, których przebieg i skuteczność są potwierdzone w badaniach klinicznych. Medyczne procedury fizjoterapeutyczne są wymienione wśród innych – diagnostycznych i leczniczych – od numeru 93.01 – do numeru 93.89 (ICD-9 PL – wersja 5.39 – z dnia 2.08.2018) (Narodowy Fundusz Zdrowia, 2018) i w miarę uzyskania dowodów skuteczności w kolejnych badaniach klinicznych wykaz ten może być uzupełniany. „Celem tych działań jest usunięcie lub zmniejszenie występujących objawów: bólu, ograniczeń ruchów w stawach, zaburzeń sterowania ruchem, ograniczeń wydolności organizmu. Fizjoterapeuta podejmuje również działania profilaktyczne dla zapobiegania objawów somatycznych i psychicznych" (Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, 2006, s. 9).

Zawód fizjoterapeuty jest więc autonomicznym zawodem medycznym o precyzyjnie określonych standardach kształcenia, kompetencjach i zadaniach w ochronie zdrowia, przy czym zadania te

nie muszą być realizowane wyłącznie w zakładach opieki zdrowotnej takich jak: szpitale, ambulatoria, opieka domowa czy uzdrowiska (balneologia) i być podejmowane wobec osób chorych i niepełnosprawnych. Ochrona zdrowia oznacza bowiem także działania fizjoprofilaktyczne a ich adresatami są osoby zdrowe, podnoszące swój potencjał lub osoby ze stwierdzonym czynnikiem ryzyka, które za pomocą środków fizjoterapii mogą zapobiec chorobie lub niepełnosprawności (Dz. U. z 2015 r. poz. 1994 oraz Dz. U. z 2023 r. poz. 1213 z późn. zm.).

Wśród różnych zawodów fizjoterapeuci zostali sklasyfikowani jako specjaliści do spraw zdrowia (*Klasyfikacja Zawodów i Specjalności…*, 2017), a wymienione wyżej dokumenty przewidują zatrudnianie ich także w klubach sportowych i klubach fitness, lecznicach dla zwierząt (4. poziom kwalifikacji) oraz jako doradców i konsultantów w instytucjach administracji rządowej i organizacjach pozarządowych, szkołach wyższych; może też zarządzać zasobami ludzkimi (5. poziom kwalifikacji) (Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, 2006). Przewiduje się też, że fizjoterapeuci mogą prowadzić pracę badawczą – do czego będą przygotowania po ukończeniu pięcioletnich studiów (Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 roku), osiągając kolejne poziomy kwalifikacji. Tożsamość zawodu fizjoterapeuty jest więc uregulowana prawnie i rozpoznawalna społecznie (Zaborniak-Sobczak i in., 2014; Więsek, Rutkowska, 2023).

Początki tożsamości zawodowej

Pierwowzoru dla fizjoterapii i współczesnego fizjoterapeuty można upatrywać we wszelkich działaniach podejmowanych instynktownie, intuicyjnie a później dopiero świadomie w celu łagodzenia bólu i radzenia sobie z niepełnosprawnością już w medycynie prehistorycznej (França, Lotti, 2017). Ich źródeł można poszukiwać w obserwacjach przyrody – np. kąpiele błotne, wodne i termalne, czy picie wód zdrojowych przez chore zwierzęta – co dało początek wykorzystaniu środków fizyko-chemicznych w medycynie naturalnej od pradziejów

historii ludzkości (Fernandez, Castro, 2002; Pękacka-Falkowska, Jeszka, 2018; Ponikowska, 2017). Część z tych praktyk stała się zaczątkiem dla tzw. medycyny ludowej, opartej na przekazach zamkniętych społeczności (Penkala-Gawęcka, 1995; Umer, 2012). Początków masażu terapeutycznego niektórzy autorzy upatrują już w odruchowym rozcieraniu stłuczeń i innych urazów ciała człowieka pierwotnego (Biniakiewicz, 1994), a formy prymitywnych pomocy ortopedycznych odnajdywane są przez archeologów w grobowcach rannych i kalekich członków najdawniejszych plemion (Milanowska, 1983).

Wraz z rozwojem cywilizacji wykorzystywano te naturalne środki do pielęgnowania zdrowia (i urody) możnych starożytnego świata. Kąpiele, polewania, wziewania, światło, okłady i kuracje pitne były wykorzystywane nie tylko do oczyszczania ciała, ale też obok ziołolecznictwa jako środki uśmierzające ból, kojące i lecznicze (Milanowska, 1983; Biegański, Polewska, 2015), a ich skuteczność przypisywana była działaniom sił nadludzkich. Takie praktyki medycyny tubylczej były więc elementem praktyk religijnych szamanów, astrologów, a później kapłanów (Ryn, 2007; Ryn, 2008).

W czasach starożytnych medycyna rozwijała się od kierunku dogmatycznego – do empirycznego. Przykłady można wskazać na obszarach Chin (ok. 2500 lat p.n.e.) – gdzie w ramach praktyk profilaktyczno-zdrowotnych, ale i religijnych – zalecano ćwiczenia Kong-Fou, Usu, solin, Tai-Chi, które wraz z odpowiednimi technikami masażu/akupresury, kontroli oddechu czy medytacji, zmierzały do harmonijnego rozwoju, korekty czy naprawy psychofizycznej jedności człowieka (Grabowska, 2015; Zieliński, 2013; Cabak, Potentas, Tomaszewski, 2022). Znamiennym jest, że takimi praktykami zajmowali się filozofowie (Konfucjusz, 551-479 p.n.e.), cesarze chińscy (Chuang-Ti, 259-210 p. n.e.) oraz mnisi i lekarze (Romanowski, Eberhard, 1972; Grabowska, 2015).

Inne źródło, to medycyna starohinduska, która wywodzi się z hinduizmu wierzeń religijnych Półwyspu Indyjskiego. To tam powstały systemy jogi i ajurwedy praktykowane przez kapłanów a następnie przez medyków wyodrębnionych z tej grupy społecznej (Charaka, Susruta, ok. 1000 lat p.n.e.). Systemy te łączyły kształtowanie

postawy etyczno-moralnej, dietę (zazwyczaj bezmięsną) oraz swoiste pozycje i postawy ciała (assany) oraz różne formy masażu, relaksacji, ćwiczeń oddechowych i oraz reakcji wegetatywnych, ziołolecznictwa – dla uzyskania kontroli oraz równowagi i integracji wewnątrz- i zewnątrzustrojowej; ciała, umysłu i duszy (Walczak, 2013; Stec, 2020). Przy starożytnych świątyniach (Teby, Dendera, Deir-el-Abiad, Serapeum, Kanopos i in.) powstawały sanatoria, w których łączono praktyki religijne z medycznymi (First, 2013).

Na przełomie epok: staro- i nowożytnej w krajach basenu Morza Śródziemnego – podstawą stały się próby racjonalizacji praktyk leczniczych i rozwój szkół medycznych, w których prowadzono badania anatomiczne i fizjologiczne – a także prowadzono terapie z użyciem wód mineralnych, termalnych, masażu i celowo aplikowanych ćwiczeń rehabilitacyjnych (Gryglewski, 2011).

To w starożytnych i średniowiecznych valentudinariach, gdzie leczono i przywracano sprawność żołnierzom-legionistom, należy upatrywać początków rehabilitacji medycznej i usprawniania utylitarnego (Gonzalez, 2001). Do rozwoju tego typu praktyk przyczynili się pierwsi starożytni lekarze. Pionierską rolę przypisuje się żyjącemu w V. wieku p.n.e. Grekowi, Herodikosowi z Selimbrii (ok. 480 r. p.n.e.). W swoich terapiach stosował złożone bodźce: iatraliptykę (pierwotne formy dzisiejszej hydroterapii: kąpiele, polewania, nacierania wodą ciepłą i zimną) oraz ćwiczenia lecznicze (także spacery, biegi, ćwiczenia oporowe/zapasy) wraz z zaleceniami dietetycznymi (Teodorescu, Preda, 2014; Zembaty, 1995).

Hipokrates (460-375 p.n.e.), Galen (ok. 129-216 n.e.) czy średniowieczny Avicenna (980-1037) obok innych medyków uznawani są za propagatorów ćwiczeń fizycznych w leczeniu urazów nabytych w czasie potyczek wojennych, walk gladiatorów lub na arenach sportowych. To w starożytnych greckich gimnazjonach uprawiano kult sprawnego, dobrze ukształtowanego ciała za pomocą odpowiednich ćwiczeń fizycznych, ale zarazem dbano o rozwój artystyczny. Doskonaleniu ciała i sprawności fizycznej sprzyjał olimpizm grecki (Rosiński, 2019), a jego doświadczenia przekładano na ówczesną

opiekę zdrowotną. Gimnazjony były dostępne dla społecznych elit, natomiast dla biednych praca na roli miała być środkiem kształtowania tężyzny fizycznej (Nowińska, Nowiński, 2014). Za sprawą Galena – gimnastyka – jako składowa higieny – stała się obok terapii ważnym elementem medycyny starożytnej. To tego greckiego lekarza pochodzenia rzymskiego uznaje się za orędownika zawodu gimnasty – instruktora ćwiczeń zdrowotnych, który powinien jednak pracować pod nadzorem lekarza (Ferez, 2024; Romanowski, Eberhard, 1972).

Upowszechnienie filozofii i praktyk prozdrowotnych medycyny starochińskiej i staroindyjskiej oraz krajów basenu Morza Śródziemnego nastąpiło drogą Jedwabnego Szlaku i zasięgiem ekspansji Imperium Rzymskiego. Współczesna cywilizacja zbudowana została na tych fundamentach co w omawianym zakresie skutkowało upowszechnianiem zabiegów higienicznych i pro-zdrowotnych z użyciem wód mineralnych i termalnych (Małecka, Marcinkowski, 2007) oraz rozwojem „łaziebnictwa". Warto tu wspomnieć działające do dziś uzdrowiska w takich miejscowościach jak: Algavre, Baje, Puteole, Budapeszt, Debreczyn, Hajduszoboszlo, Miskolc, Eger, Pieszczany, Teplice, Karlovy Vary, Aggisto, Ostenda czy Davos (Łazarek, Łazarek, 2007; Chudzikowska-Wołoszyn, 2013).

Z początków nowożytności – pierwszy wiek naszej ery – pochodzi powszechnie znane twierdzenie rzymskiego poety Juvelianisa: „*Orandum est ut sit mens sana in corpore sano*" („w zdrowym ciele – zdrowy duch"), które to wskazywało na integralność i wzajemne wpływy tężyzny fizycznej oraz umysłu i cech charakteru (Steuer, 2017). Był to początek tworzenia tożsamości zawodowej tych osób, które za pomocą ćwiczeń kształtowały sprawność fizyczną i utylitarną w różnych obszarach aktywności człowieka, ale także używały ich jako środka wychowawczego.

W kolejnych epokach różne formy ćwiczeń fizycznych stawały się środkiem ochrony zdrowia i naprawy (średniowieczne uniwersytety w Salermo[3] i Bolonii) czy renesansowa praca Mercurialisa – „O sztuce gimnastyki" („*De arte gymnastica*" – rok 1601), w której

[3] XIII wiek – „przewodnik zdrowia".

autor odwołując się do wymienionych wyżej filozofów i lekarzy starożytnych – wskazywał na znaczenie ćwiczeń fizycznych w trzech obszarach dla osiągnięcia określonych celów w:

- medycynie zachowawczej „gimnastyka prawdziwa" lub „gimnastyka właściwa" – dla zdrowia i dobrego samopoczucia,
- utylitaryzmie wojskowym – „gimnastyka wojenna" – dla zdobycia przewagi fizycznej na polach bitwy,
- rywalizacji sportowej – „gimnastyka wadliwa" lub „atletyczna" – dla zdobywania laurów i nagród (Kowieska, 1994).

Taka klasyfikacja celów aktywności fizycznej stała się podstawą do systemowych rozwiązań w wychowaniu fizycznym w kolejnych epokach (Wroczyński, 1985).

Od tego okresu datuje się też potrzeba konieczności kształcenia w biegłości stosowania ćwiczeń fizycznych w zależności od ich celów. Kluczowym okresem rozwoju tożsamości zawodów, których środkiem podstawowym lub uzupełniającym była aktywność fizyczna to wiek XVIII-XIX. Warto wymienić znaczenie rozwoju nauk pedagogicznych głównie jako pokłosie działalności Komisji Edukacji Narodowej w Polsce w 1773-1794 (m.in.: Grzegorz Piramowicz, Jędrzej Śniadecki, Tadeusz Czacki) oraz ruchu higienicznego lekarzy, pedagogów galicyjskich i warszawskich (Tadeusz Żuliński, Edward Madeyski, Edmund Cynar, Henryk Jordan, Józef Dietl, Oskar Landy i inni). Zwłaszcza uznanie dla ćwiczeń cielesnych w profilaktyce, korekcji i terapii zwróciło zainteresowanie lekarzy na potrzebę podjęcia badań naukowych nad kinezyterapią (Orzech, 2005) oraz potrzebę kształcenia uniwersyteckiego w tym zakresie. Wiodącą rolę pełnił Centralny Instytut Gimnastyczny w Sztokholmie (od roku 1813), w którym opracowano założenia gimnastyki leczniczej (system gimnastyki szwedzkiej). Powstał dzięki pracy Lingów – Per Henrika Linga i Hjalmara Linga – a w kolejnych dziesięcioleciach był on udoskonalany i weryfikowany w praktyce lekarskiej, gdzie wskazywano wspólną płaszczyznę dla medycyny i kultury fizycznej w jej pełnym zakresie (Demel, 1992; Orzech, 2005).

To lekarze zainteresowani medycyną sportową i wychowaniem fizycznym w higienie szkolnej na przełomie XIX i XX wieku uznali potrzebę zdobywania dodatkowych kwalifikacji w tych obszarach i podejmowali kształcenie w Centralnym Instytucie Gimnastycznym (Ireneusz Wierzejewski, Eugeniusz Piasecki) a następnie szerzyli idee gimnastyki leczniczej na uniwersyteckich kursach kwalifikacyjnych w Poznaniu (Studium Wychowania Fizycznego – Ireneusz Wierzejewski, Wiktor Dega), Lwowie (Antoni Pawlikowski, Eugeniusz Piasecki), Krakowie (Henryk Jordan, Odo Bujwid, Emil Godlewski, Stanisław Ciechanowski). To tylko niektórzy lekarze, którzy razem z nauczycielami propagowali zdrowotne wartości ćwiczeń fizycznych (Toporowicz, 1988; Wolska-Prylińska, 2018; Wroczyński, 1988; Rutkowska, 1999). Teoria wychowania fizycznego, bazująca na systemie szwedzkiej gimnastyki oraz wartościach wychowawczych aktywności fizycznej rozwinęła się dzięki lekarzom (Demel, 1980). Lekarze dostrzegali w nie tylko rolę aktywności fizycznej w ochronie i naprawie zdrowia – ale także potrzebę precyzyjnej aplikacji tego naturalnego środka profilaktyczno-leczniczego. W roku 1858 Adam Baroc pisał: „Rada lekarza: używaj więcej ruchu, podobna jest do recepty, na której nie oznaczono ani ilości, ani dokładnie jakości przepisanego lekarstwa" (Baroc, 1858, s. 32, za Kowieska, 1997), co oznaczało, że różne formy ćwiczeń fizycznych powinny być aplikowane przez specjalistów.

Stosowanie kinezyterapii i aktywizacji chorych przez różne formy wysiłku fizycznego stało się jednym ze swoistych wyznaczników tzw. polskiej szkoły (aktywnej) rehabilitacji, w przeciwieństwie do rehabilitacji opiekuńczej (biernej), gdzie aplikowane zabiegi nie wymagały czynnego udziału pacjenta. Taki model dominował w krajach Europy Zachodniej (Zembaty, 2002). Rehabilitacja opiekuńcza przyczyniła się do rozwoju innych form naprawy zdrowia, które za pomocą rozmaitych terapii bodźcowych (fizykoterapia, balneologia, masaż i terapia manualna), które wyzwalały odruchowe reakcje adaptacyjne organizmu bez świadomego i aktywnego udziału chorego. Sprzyjało to rozwojowi aparatury do terapii fizykalnych, doskonaleniu technik

usprawniania mechanicznego w oparciu o rozmaite trenażery, ale także prowadzeniu badań klinicznych nad skutecznością zabiegów – opartych na dowodach.

Zapotrzebowanie na pracę fizjoterapeutów wzrastało razem ze zwiększającą się grupą osób z różnymi niepełnosprawnościami. Skutki wojen światowych oraz epidemii (m.in. polio), a paradoksalnie rozwój medycyny ratunkowej i intensywnej terapii, utrzymującej przy życiu najciężej chorych sprawiły, że liczne grupy osób z niepełnosprawnościami wymagały opieki medycznej z wykorzystaniem swoistych środków przywracających zdrowie albo umożliwiających adaptację do życia społecznego nawet mimo trwałej utraty sprawności. W XX wieku na całym świecie wraz z rozwojem wiedzy o środkach terapii i coraz większej specjalizacji w ich aplikacji – zawód fizjoterapeuty zmierzał ku coraz większej autonomii (Starczyńska i in., 2011). Wymagało to odrębnego sposobu kształcenia do prowadzenia specyficznych zabiegów oraz ustawicznych badań klinicznych nad ich skutecznością. Jednak sposoby kształcenia fizjoterapeutów bardzo różniły się w różnych regionach Świata, gdyż wpływ na wykładane treści wywierała tradycja i popularność wybranych metod a nawet presja ze strony pacjentów (Moffat, 2012; Nicholls, 2017; Ruszczyk, 2019), co sprawiło, że już od pierwszej połowy XX. wieku prowadzone były prace nad akredytacją szkół fizjoterapii (Nieland, Harris, 2003).

Miejsce fizjoterapii we współczesnej medycynie

Profesjonalizacja zawodu, jego miejsce w społeczeństwie i rozwój nauk medycznych sprzyjały wypracowaniu dzisiejszych standardów i procedur fizjoterapeutycznych w opiece zdrowotnej nad osobami zdrowymi, obarczonymi czynnikami ryzyka oraz chorymi (Moffad, 2003; Shaik, Shemjaz, 2014). Wyznaczając zatem zadania zawodowe fizjoterapeutów wśród innych profesji medycznych i we wspólnym obszarze ich działań, należy rozpatrywać je w świetle paradygmatów współczesnej opieki medycznej. Uzupełniają się w niej dwa modele: biotechnicznego redukcjonizmu i bio-psycho-społecznego holizmu,

które dyskutowane są od przełomu XX i XXI wieku (Engel, 1997; Klamut, 1994; Alderson, 1998).

Obie te wizje można dostrzec w sylwetce zawodowej współczesnego fizjoterapeuty:

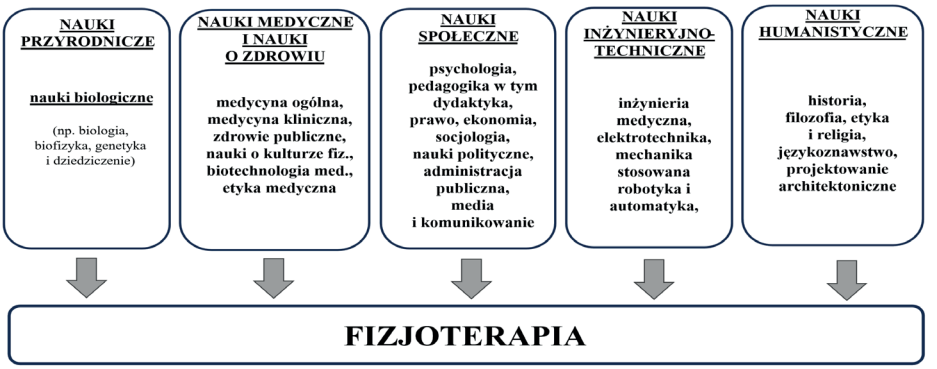
- redukcjonizm zawęża obszar zainteresowania do biologicznej strony przedmiotu poznania i aktywności. Kartezjański „człowiek-maszyna" – oczekuje terapii przebiegającej w oparciu o nauki przyrodnicze i techniczne. Precyzyjnie dobrany bodziec wywołuje przewidywalną i precyzyjnie mierzalną reakcję organizmu. Jest ona uzasadniona dowodami badań i wyjaśniona prawami nauk przyrodniczych (Pędziwiatr, 2003). Skutkuje to coraz bardziej drobiazgową specjalizacją i perfekcjonizmem w wybranych metodach i technikach fizjoterapeutycznych stosowanych dla „przypadków medycznych", gdzie decydująca jest wiedza i umiejętności terapeuty. Redukcjonizm niestety niesie ze sobą ryzyko paternalizmu i komercjalizacji (Sidor-Rządkowska, 1994). Często też marginalizuje pozamedyczne uwarunkowania choroby i przezywanie niepełnosprawności;
- holizm – wywodzi się z filozofii Arystotelesa (Facca, 2016) i nakazuje konieczność rozpatrywania każdego „przypadku" w świetle założeń teorii systemowej, gdzie wszelkie zjawiska wyjaśniane są wpływem wielu czynników: biologicznych, psychologicznych, społecznych, a nie tylko pojedynczych elementów przyczynowych (Gordon, 1988; Klamut, 1994). Taka wizja zawarta jest we współczesnym definiowaniu zdrowia przez „dobrostan bio-psycho-społeczny" (Starzyńska-Kościuszko, 2010). Znajduje to także odzwierciedlenie we wszechstronnym, kompleksowym rozumieniu niepełnosprawności (zaburzenie struktury lub funkcji – w rzetelnej diagnozie medycznej – ale także ich przyczyny i konsekwencje). Odbywa się to według Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ang. *International Classification of Functioning, Disability and Health*) (WHO, 2018). Holizm cechuje także medycynę humanistyczną – nakazuje, by leczyć człowieka

> – a nie wyłącznie jego chorobę (Pędziwiatr, 2003). W tym paradygmacie fizjoterapeuta musi być wrażliwym obserwatorem, godnym zaufania inicjatorem, współuczestnikiem procesu rehabilitacji kompleksowej. Musi chcieć i umieć nawiązywać właściwe relacje terapeutyczne. W procesie tym pacjent jest podmiotem działań a perfekcyjnie aplikowane procedury fizjoterapii – przez uśmierzenie bólu, zmniejszenie stanu zapalnego, wypracowanie możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej – stają się nie celem a drogą do osiągania celów znacznie szerszych: zdolności do samoopieki, samorealizacji i wypełniania oczekiwanych ról społecznych. Kryterium skuteczności staje się sposób radzenia sobie z niepełnosprawnością oraz satysfakcjonująca podmiot jakość życia (Pasek i in., 2007).

Rodowód zawodu fizjoterapeuty pokazuje, jak wiele zawodów wywodzi się ze wspólnego pnia: są to zawody medyczne, ale także duchowni, filozofowie, nauczyciele, wychowawcy, instruktorzy ćwiczeń fizycznych. Pierwiastki tych zawodów znajdziemy w opisie kompetencji społecznych dla studiów w zakresie fizjoterapii (Dz. U. z 2023 r. poz. 1213 z późn. zm.). Znajdziemy je niestety także w nieuprawnionych praktykach alternatywnych terapii, które sprzecznie z prawem, samowolnie podejmują niektórzy fizjoterapeuci (Tarkowski, 2024; Rutkowska, Kamiński, Rola, Janusz, 2001).

Wykonywanie procedur medycznych z zakresu fizjoterapii wymaga więc uwzględnienia ich kontekstu a do tego potrzeba znacznie większych zasobów wiedzy z obszaru dyscyplin komplementarnych, pozwalających na holistyczny kontekst swoistych zabiegów leczniczych i terapeutycznych (Downie i in., 2023). Już Wiktor Dega wskazywał na potrzebę posiłkowania się wiedzą i umiejętnościami oraz kooperacją ze specjalistami innych dyscyplin podczas świadczenia fizjoterapii definiując rehabilitację kompleksową oraz jej cel, jakim jest godne życie i społeczna przydatność (Dega, 1999), a także społeczny model niepełnosprawności (Barnes, 2012; Kirenko, 2022).

Rozważania takie można zilustrować graficznie (rysunek 3).



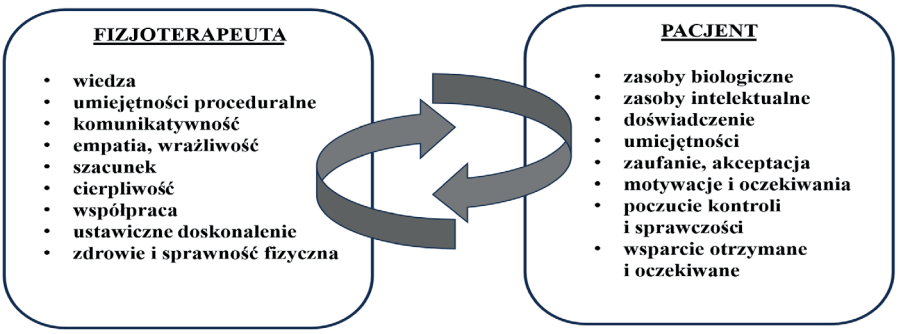
Rysunek 3. Komplementarne dyscypliny fizjoterapii

Źródło: opracowanie własne na podstawie wykazu dziedzin nauki i techniki wg klasyfikacji OEDC (ang. *Organisation for Economic Co-operation and Development*).

Konieczność holistycznego spojrzenia na problemy osoby chorej lub z niepełnosprawnością wymaga poszerzenia kompetencji fizjoterapeuty, wykraczających poza redukcjonizm medyczny. Wymaga to także wrażliwości na różne oblicza niepełnosprawności (Kirenko, 2006). To sprzyja jakości relacji terapeutycznych a znajomość zasobów podmiotu działań i umiejętność ich wykorzystania w procesie naprawy zdrowia w dużej mierze odpowiada za ostateczny wynik rehabilitacji. Kompetencje „miękkie" personelu medycznego podnoszą klimat i jakość standardowych terapii. Zalicza się do nich między innymi takie umiejętności i działania jak: szanowanie autonomii i godności pacjenta, empatia, szacunek dla powszechnie uznawanych wartości i etyki, poczucie estetyki (w korekcji ciała i ruchu), ochrona tajemnicy zawodowej oraz partnerstwo współpracy z innymi profesjonalistami realizującymi swoiste zadania w rehabilitacji. To także potrzeba ustawicznego rozwoju osobistego i aktualizacji wiedzy Wartości takie są wymienione w standardzie kształcenia i kodeksie etycznym (Kiebzak, Gieremek, Florczyk, Kiljański, 2009).

W pracy fizjoterapeuty ważne są też działania z innych obszarów: wymagana jest biegłość w posługiwaniu się narzędziami technicznymi o różnym stopniu złożoności, a praca w zespołach – umiejętności interpersonalnych i administracyjnych.

Kompetencje z obszaru nauk społecznych są ważnym czynnikiem skuteczności kinezyterapii zwłaszcza w edukacji i reedukacji ruchowej, gdzie nauczenie czynności nowej lub zapomnianej musi przebiegać zgodnie z zasadami dydaktyki. Proces ten wymaga kontroli przebiegu integracji sensomotorycznej a ideomotoryczne formy treningu angażują także pozafizjologiczne procesy oraz osobowość pacjenta (Roggenbuck, Conradt, 1998). Warto zatem podkreślić rolę pedagogizacji w procesie kształcenia zawodowego fizjoterapeutów (Zembaty, 1995; Zaborniak i in., 2014). Rola ta jest także bardzo ważna w kontekście wczesności rehabilitacji – rozumianej jako profilaktyka wielu chorób i niepełnosprawności wynikającej z niewłaściwego stylu życia – w tym powszechnego niedostatku aktywności fizycznej i konieczności jej skutecznej popularyzacji (Rottemund i in., 2013; Rezner i in., 2013). Stąd potrzeba zwrócenia uwagi na różne aspekty relacji terapeutycznych podczas fizjoterapii (rysunek 4).



Rysunek 4. Wybrane czynniki relacji terapeutycznych w fizjoterapii
Źródło: opracowanie własne.

O znaczeniu miękkich kompetencji w ocenie wizerunku zawodowego (Kleiner i in., 2023) należy pamiętać w szkoleniu przed-dyplomowym oraz doskonaleniu zawodowym fizjoterapeutów. Holistyczny paradygmat medycyny, ale też klasyfikacja niepełnosprawności ICF wymagają analizy szerszego kontekstu w diagnostyce dysfunkcji, planowaniu działań oraz organizacji fizjoterapii – a szerzej całego zespołowego procesu rehabilitacji kompleksowej. Procesy te bazują

na szacunku dla moralnej autonomii człowieka, zasadzie nieszkodzenia, życzliwości i dobroczynności a także sprawiedliwości w dystrybucji wsparcia w jego różnych wymiarach (Sidor-Rządkowska, 2020).

Podsumowanie

System klasyfikacji niepełnosprawności (ICF) bazuje na holistycznym, przyczynowo-skutkowym rozumieniu i rozpatrywaniu problemów zdrowotnych podmiotu działań zespołów rehabilitacyjnych. W przypadku zawodów regulowanych kompetencje członków takich zespołów są ściśle określone a wieloletni redukcjonizm w medycynie sprzyjał ich coraz większej specjalizacji.

Fizjoterapeuci – za pomocą swoistych procedur medycznych odpowiadają za szeroko rozumiane usprawnianie ruchowe, które samo w sobie jest wartością autoteliczną, ale też instrumentalną – daje pacjentowi podstawę do samodzielności, niezależności i samorealizacji w różnych obszarach życia. Taką perspektywę należy zawsze uwzględnić w planowaniu fizjoterapii i motywowaniu do aktywności pacjenta.

Doskonalenie fizjoterapeutycznych procedur medycznych, ich reżim i specjalizacja, wykorzystanie dla ich skuteczności różnego rodzaju osiągnięć technicznych – nie mogą przysłaniać nadrzędnego celu rehabilitacji jakim jest jakość życia pacjenta. Dlatego też warto zwrócić uwagę na większą humanizację w kształceniu i praktyce zawodowej fizjoterapeutów. Będzie to sprzyjać budowie wzajemnie akceptowalnych relacji: pacjent – fizjoterapeuta oraz poprawi komplementarną współpracę całego zespołu rehabilitacyjnego.

Literatura

1. Alderson, P., (1998). The importance of theories in health care. *BMJ, 317*, 1007-1010. https://doi.org/10.1136/bmj.317.7164.1007
2. Barnes, C. (2012). Re-thinking disability, work and welfare. *Sociology Compass, 6*(6), 472-484. https://doi.org/10.1111/j.1751-9020.2012.00464.x
3. Baroc, A. (1997). *Gimnastyka pod względem wpływu swego na utrzymanie i przywrócenie zdrowia, napisał lekarz przy Zakładach Papierniczych w Soczewce.* W: U. Kowieska (red.). *Wybór źródeł i tekstów z historii kultury fizycznej i rehabilitacji* (s. 185-186). Wrocław: Wydawnictwo AWF.
4. Biegański, P., Polewska, E. (2015). Rehabilitacja – od starożytności do współczesności = Rehabilitation from antiquity to modernity. *Journal of Education, Health and Sport, 5*(9), 363-374.
5. Biniakiewicz, B. (1994). *Kształcenie zawód i praca magistrów rehabilitacji ruchowej*. Poznań: Wydawnictwo AWF.
6. Cabak, A., Potentas, P., Tomaszewski, W. (2022). Tai chi as an effective form of physioprophylaxis and improving the body balance. *Polish Journal of Sports Medicine/Medycyna Sportowa, 38*(2), 65-79. https://doi.org/10.5604/01.3001.0015.9243
7. Chudzikowska-Wołoszyn, M. (2013). *Do wód Rzymianie, do wód! O balneoterapii w starożytnych Bajach i Putenolach*. W: W. Korpalska, W. Ślusarczyk (red.), *Czystość i brud. Higiena w starożytności* (s. 211-224). Toruń: Wydawnictwo UMK.
8. Downie, S., Walsh, J., Kirk-Brown, A., Haines, T. P. (2023). How can scope of practice be described and conceptualised in medical and health professions? A systematic review for scoping and content analysis. *The International Journal of Health Planning and Management, 38*(5), 1184-1211. https://doi.org/10.1002/hpm.3678
9. Dega, W. (1999). *Koncepcja rehabilitacji*. W: W. Dega, K. Milanowska (red.), *Rehabilitacja medyczna* (s. 15-23). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
10. Demel, M. (1992). Kultura fizyczna w aspekcie zdrowia. *Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne*, *3*, 12-16.
11. Demel, M. (1980). *Pedagogika zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne.

12. Engel, G. (1977). The Need a New Medical Model: *A Challenge for Biomedicine, Science*, *196*, 23-28. https://doi.org/10.1126/science.847460
13. Facca, D. (2016). Arystotelesowskie pojęcie formy i jego zastosowanie we współczesnej filozofii. *Filozofia i Nauka*, *4*, 305-314.
14. Férez, J. A. L. (2024). Palaístra en Galeno. *Florentia Iliberritana*, *35*, 169-207. https://doi.org/10.30827/floril.v35.29411
15. Fernández, M. P., Castro, B. N. (2002). Historia del agua como agente terapéutico. *Fisioterapia*, *24*, 3-13. https://doi.org/10.1016/S0211-5638(01)73022-2
16. First, G. (2013). *Woda lecznicza. W poszukiwaniu granicy między magią a medycyną w świecie późnego Egiptu*. W: W. Korpalska, W. Ślusarczyk (red.). *Czystość i brud. Higiena w starożytności* (s. 239-256). Bydgoszcz: Wydawnictwo UMK.
17. França, K., Lotti, T. (2017). The history of medicine: Challenges and successes. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 167, 1-1. https://doi.org/10.1007/s10354-017-0596-9
18. González, A. B. (2001). *Evaluación de las necesidades de formación relacionadas con la gestión y la calidad asistencial de los profesionales de enferermería de la comunidad autónoma de Andalucía*. Huelva: Universidad de Huelva.
19. Gordon, J. S. (1988). *Holistic medicine*. New York: Chelsea House.
20. Grabowska, A. (2015). Narodziny i rozwój rehabilitacji. *Archiwum Historii i Filozofii Medycyny, 78*, 40-50.
21. Gryglewski, R. W. (2011). Rys historii medycyny powszechnej Józefa Oettingera. *Archiwum Historii i Filozofii Medycyny*, *74*, 18-28.
22. Kiebzak, W., Gieremek, K., Florczyk, M., Kiljański, M. (2009). Kodeks etyczny fizjoterapeuty Rzeczypospolitej Polskiej. *Fizjoterapia Polska*, *3*, 266-272.
23. Kirenko, J. (2006). *Oblicza niepełnosprawności.* Lublin: Wydawnictwo Akademickie WSSP.
24. Kirenko, J. (2020). Narodziny rehabilitacji jako nauki i jej wpływ na poprawę życia i pracy osób z niepełnosprawnościami. *Niepełnosprawność. Zagadnienia – problemy – rozwiązania, 2*(35), 48-83.
25. Klamut, M. (1994). Między biotechnicznym a holistycznym modelem medycyny. *Alma Mater, 4*, 23-24.
26. *Klasyfikacja Zawodów i Specjalności*. (2017). Pobrane z https://klasyfikacje.gofin.pl/kzis/7,2,456,specjalisci-do-spraw-zdrowia.html#D22 (dostęp: 15.04.2025).

27. Kowieska, U. (1994). *Wybór źródeł i tekstów z historii kultury fizycznej i rehabilitacji*. Wrocław: Wydawnictwo AWF.
28. Krajowa Izba Fizjoterapeutów. (2025a). *Co to jest KIF?*. Pobrane z: https://kif.info.pl/cotojestkif/ (dostęp: 13.04.2025).
29. Krajowa Izba Fizjoterapeutów. (2025b). *Logo Samorządu Zawodowego.* Pobrane z: https://kif.info.pl/ (dostęp: 01.04.2025).
30. Łazarek, M., Łazarek, R. (2007). *Uzdrowiska w Europie: teraźniejszość i rys historyczny*. Lublin: Wydawnictwo WSSP.
31. Małecka, B., Marcinkowski, J. T. (2007). Rys historyczny rozwoju lecznictwa uzdrowiskowego. *Problemy Higieny i Epidemiologii, 88*(2), 139-142.
32. Mazurek, J. (2009a). Fizjoterapia holistyczna, czyli psycho-fizjo-terapia. Część I: Człowiek w filozofii bytu, czyli od monizmu, przez dualizm do pluralizmu. *Fizjoterapia*, *17*(2), 15-21.
33. Mazurek, J. (2009b). Fizjoterapia holistyczna, czyli psycho-fizjo-terapia. Cz. 3. Człowiek w fizjoterapii, czyli od modelu biomedycznego, przez humanistyczny, do holistycznego. *Fizjoterapia, 17*(4), 87-93.
34. Milanowska, K. (1983). *Historia rozwoju rehabilitacji.* W: W. Dega, K. Milanowska (red.), *Rehabilitacja medyczna* (s. 1-7). Warszawa: Wydawnictwo PZWL.
35. Moffat, M. (2003). The history of physical therapy practice in the United States. *Journal of Physical Therapy Education*, *17*(3), 15-18. https://doi.org/10.1097/00001416-200310000-00003
36. Moffat, M. (2012). A history of physical therapist education around the world. *Journal of Physical Therapy Education*, *26*(1), 13-23. https://doi.org/10.1097/00001416-201210000-00005
37. Narodowy Fundusz Zdrowia. (2018). *ICD-9 PL – wersja 5.39 – z dnia 02.08.2018.* Pobrane z: https://dane.gov.pl/pl/dataset/696 (dostęp: 15.04.2025).
38. Nicholls, D. A., Cheek, J. (2006). Physiotherapy and the shadow of prostitution: The Society of Trained Masseuses and the massage scandals of 1894. *Social Science & Medicine, 62*(9), 2336-2348. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.09.010
39. Nicholls, D. A. (2017). *The end of physioterapy*. London: Routledge. https://doi.org/10.4324/9781315561868

40. Nieland, V. M., Harris, M. J. (2003). History of accreditation in physical therapy education. *Journal of Physical Therapy Education*, *17*(3), 52. https://doi.org/10.1097/00001416-200310000-00007
41. Nowińska, G., Nowiński, J. (2014). Niepełnosprawność w czasach starożytnych. *Medical Review,* 1, 119-127.
42. Orzech, J. (2005). *Rozwój koncepcji, technik i metod fizjoterapii*. Tarnów: Wydawnictwo Sport i Rehabilitacja.
43. Pasek, J., Opara, J., Pasek, T., Szwejkowski, W., Sieroń, A. (2007). Znaczenie badań nad jakością życia w rehabilitacji. *Physiotherapy/Fizjoterapia*, *15*(3), 3-8.
44. Penkala-Gawęcka, D. (1995). Medycyna ludowa i komplementarna w polskich badaniach etnologicznych. *Lud, 78*, 169-191.
45. Pettman, E. (2007). A history of manipulative therapy. *Journal of Manual & Manipulative Therapy, 15*(3), 165-174.
46. Pędziwiatr, M. (2003). Holizm i redukcjonizm jako paradygmat medycyny. *Acta Universitatis Lodziensis. Folia Sociologica*, *30*, 27-39.
47. Pękacka-Falkowska, K., Jeszke, J. (2018). Wczesnonowożytna medycyna, historia naturalna i filozofia przyrody (XVI-XVIII w.): miejsca spotkania, miejsca konfliktu. *Modern Medicine*, *24*(3 suppl.), 5-9. https://doi.org/10.4467/12311960MN.18.011.10177
48. Pezdek, K., Michaluk, T. (2013). Physiotherapy as a science integrating therapeutic activity. *Physiotherapy Quarterly, 21*(2), 3-8. https://doi.org/10.2478/physio-2013-0036
49. Polskie Towarzystwo Fizjoterapii. (2024). *Polskie Towarzystwo Fizjoterapii wraca do World Physiotherapy*. Pobrane z: http://fizjoterapia.org.pl/wp-content/uploads/2024/12/Powrot.png (dostęp: 30.03.2025).
50. Polskie Towarzystwo Fizjoterapii. (2025). *Od 1 stycznia 2025 r. Polskie Towarzystwo Fizjoterapii ponownie reprezentuje Polskę w World Physiotherapy*. Pobrane z: http://fizjoterapia.org.pl/wp-content/uploads/2025/01/world-plus-ptf.png (dostęp: 30.03.2025).
51. Ponikowska, I. (2017). *Nowoczesna medycyna uzdrowiskowa*. Konstancin-Jeziorna: Wydawnictwo ALUNA.
52. Rezner, A., Rezner, W., Kosecka, J. (2013). Edukator zdrowia w podstawowej opiece zdrowotnej jako szansa na podniesienie poziomu promocji zdrowia i profilaktyki w Polsce. *Probl Hig Epidemiol*, *94*(3), 407-412.

53. Roggenbuck, C., Conradt, E. (1998). Pedagogiczna koncepcja kinezyterapii. *Rehabilitacja Medyczna*, *2*(1), 93-95.
54. Romanowski, W., Eberhard, A. (1972). Profilaktyczne znaczenie zwiększonej aktywności ruchowej człowieka. Warszawa: Wydawnictwo PZWL.
55. Rosiński, M. (2019). *Sport i igrzyska olimpijskie w starożytnej Grecji*. Starowa Góra: Wydawnictwo Naukowe ArchaeGraph.
56. Rottermund, J., Nowotny-Czupryna, O., Czupryna, K. (2013). Fizjoterapeuta edukatorem zdrowotnym chorych po zawale mięśnia sercowego. *Journal of Ecology and Health*, *17*, 44-51.
57. Ruszczyk, G. (2019). Rozwój lecznictwa uzdrowiskowego w XIX wieku i na początku XX wieku. *Konteksty*, *326*(3), 296-318.
58. Rutkowska, E. (1999). *Miejsce kultury fizycznej w przygotowaniu i pracy zawodowej kadr medycznych w Polsce*. Lublin: Wydawnictwo Neurocentrum.
59. Rutkowska, E., Kamiński, S., Rola, R., Janusz, W. (2001). Popularność alternatywnych sposobów leczenia dyskopatii lędźwiowej. *Fizjoterapia Polska*, *4*, 389-395.
60. Ryn, Z. J. (2007). *Medycyna indiańska*. Warszawa: Wydawnictwo Literackie.
61. Ryn, Z. J. (2008). Medycyna konwencjonalna i medycyna tradycyjna w rejonie Kanionu Colca, Peru. *Geologia/Akademia Górniczo-Hutnicza im. Stanisława Staszica w Krakowie*, *34*(2/1), 211-221.
62. Shaik, A. R., Shemjaz, A. M. (2014). The rise of physical therapy: A history in footsteps. *Archives of Medicine and Health Sciences*, *2*(2), 257-260. https://doi.org/10.4103/2321-4848.144367
63. Sidor-Rządkowska, M. (1994). Paternalizm w rehabilitacji. *Etyka*, *27*, 127-138. https://doi.org/10.14394/etyka.360
64. Sidor-Rządkowska, M. (2000). Etyczne aspekty rehabilitacji. *Postępy Rehabilitacji*, *14*(4), 59-67.
65. Starczyńska, M., Karwacińska, J., Stepanek-Finda, B., Kiebzak, W. (2011). Historyczne podstawy fizjoterapii. *Studia Medyczne*, *21*(1), 71-77.
66. Starzyńska-Kościuszko, E. (2010). Holistyczna (całościowa) koncepcja zdrowia: zdrowie jako wartość. *Humanistyka i Przyrodoznawstwo*, *16*, 319-326. https://doi.org/10.31648/hip.1648

67. Stec, K. (2020). *Joga i relaks jako elementy zdrowia publicznego*. W: B. Biskupek-Wanot, B. Wanot, K. Kasprowska-Nowak (red.), *Aktywność fizyczna i problematyka stresu* (s. 138-162). Częstochowa: Wydawnictwo Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego. https://doi.org/10.16926/afips.2020.11
68. Steuer, A. (2017). W zdrowym ciele zdrowy duch. *Kwartalnik Fabryka Silesia*, *15*(1), 13-17.
69. Tarkowski, Z. (2024). Niepowodzenia w terapii. *Logopedia*, *53*, 341-358.
70. Teodorescu, S., Preda, A. (2014). About gymnosophy. *Sea: Practical Application of Science,* 2(2), 413-417.
71. Toporowicz, K. (1988). *Eugeniusz Piasecki, 1872-1947: życie i dzieło*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
72. Ulmer, A. (2012). Choroby i ich leczenie w kulturze Majów w epoce prekolumbijskiej i kolonialnej. *Ameryka Łacińska. Kwartalnik analityczno-informacyjny*, *20*(2/76), 5-31.
73. Walczak, A. (2013). Korzenie i współczesna medycyna ajurwedyjska – wybrane zagadnienia. *Hygeia*, 48(3), 255-261.
74. WHO. (2024). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)*. Pobrane z: https://www.who.int/classifications/classification-of-diseases (dostęp 03.04.2025).
75. WHO. (2018). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Pobrane z: https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health (dostęp 01.05.2025).
76. Więsek, A., Rutkowska, E. (2023). *Fizjoterapeuta wśród zawodów zaufania publicznego w opinii społecznej*. W: E. Rutkowska, K. Zaworski (red.), *Dyscypliny komplementarne fizjoterapii* (s. 193-206). Biała Podlaska: Wydawnictwo Akademii Bialskiej im. Jana Pawła II.
77. Wolska-Prylińska, D. (2018). *Współdziałanie w obszarze profesji społecznych i medycznych. Łódź*: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
78. *World Physiotherapy*. (2025). Pobrane z: https://world.physio/ (dostęp: 11.04.2025).
79. Wroczyński, R. (1985). *Powszechne dzieje wychowania fizycznego i sportu*. Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk-Łódź: Wydawnictwo Ossolineum.

80. Zaborniak-Sobczak, M., Walicka-Cuprys, K., Cwirlej-Sozanska, A., Drzal-Grabiec, J., Truszczynska, A. (2014). Kompetencje Społeczne Fizjoterapeutow – Wyniki Badan Pilotazowych. *Postepy Rehabilitacji*, *28*(2), 5-12.
81. Zembaty, A. (1995). Pedagogizacja w procesie kształcenia fizjoterapeutów w Polsce łącznikiem między kulturą fizyczną a medycyną. *Postępy Rehabilitacji*, 8, 43-49.
82. Zembaty, A. (1995). *Zarys podstaw teoretycznych fizjoterapii*. Katowice: Wydawnictwo AWF.
83. Zembaty, A. (2002). *Kinezyterapia. Tom 1.* Kraków: Wydawnictwo Kasper.
84. Zieliński, P. (2013). Wzorce starochińskiego humanizmu w edukacji. *Pedagogika. Studia i Rozprawy, 22*, 87-96.

Akty prawne

1. Europejska Deklaracja Standardów w Fizjoterapii – wersja ostateczna przyjęta na Nadzwyczajnym Zgromadzeniu Ogólnym w dn. 4 czerwca 2003 roku w Barcelonie.
2. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej. (2006). *Krajowy Standard Kwalifikacji Zawodowych. Specjaliści. Fizjoterapeuta (223903)*. Warszawa: Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej. Departament Rynku Pracy.
3. Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 11 maja 2023 roku w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. z 2023 r. poz. 1213 z późn. zm.).
4. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 roku w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego.
5. Ustawa z dnia 25 września 2015 roku o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. z 2015 r. poz. 1994).
6. WHO. (2020). *Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych* (ICD – *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*).
7. Zasady Etyki Zawodowej Fizjoterapeuty – Uchwała Nr 25/II KZF/2022II Krajowego Zjazdu Fizjoterapeutów.