

OSIĄGNIĘCIA NAUKOWE I ŻYCIOWE PRIORYTETY

11

WYWIAD Z PROF. DR. HAB. TADEUSZEM KASPERCZYKIEM,
Z OKAZJI PÓŁWIECZA DZIAŁALNOŚCI NAUKOWEJ

Scientific achievements and life priorities

Interview with prof. dr. hab. Tadeusz Kasperczyk, on the occasion of half
a century of scientific activity



Tadeusz Władysław Kasperczyk – ur. 14.02.1948, Borzęta; **dyscyplina:** nauki o kulturze fizycznej; nauki o zdrowiu; nauki medyczne; **specjalności:** rehabilitacja, fizjoterapia, masaż, metody medycyny naturalnej; miejsce pracy: AWF w Krakowie, Wydz. Rehabilitacji Ruchowej, Instytut Nauk Stosowanych, al. Jana Pawła II 78, 31-571 Kraków – prof. zw.; **studia** – WSWF w Krakowie 1972; dr – AWF w Krakowie 1977; dr hab. – AWF w Krakowie 1989; prof. – 2007; **publikacje:** 140; książki: 13; **wypromowanych dr.:** 18; **stanowiska:** prof. zw. AWF od 2008; prorektor Krakowskiej Wyższej Szkoły Promocji Zdrowia od 2009–2017; wyróżnienia: Złoty Krzyż Zasługi – 1988; Medal KEN 2002; Nagr. Naukowa indywid. I st. m. Krakowa; Medal Brązowy za Zasługi dla Uniw. w Presovie (Słowacja); **organizacje:** Pol. Stow. Osób Niepełnosprawnych – czł. Prezydium ZG 2004–2009; PTF – czł.; PTMM – wiceprzewodniczący Zarządu 2014–2018; inne: popularyzator metod medycyny naturalnej; refleksoterapii, terapii manualnej, bioenergii, terapii vacuum, ajurwedy, fizjoterapii i promocji zdrowia; **hobby:** wędkarstwo, żeglarstwo narciarstwo zjazdowe.

Wywiad przeprowadzony przez Redaktora Naczelnego czasopisma „Promocja Zdrowia i Ekologia” – dr hab. Adama Kulę.

Adam Kula: Pół wieku (1972–2022) to duża przestrzeń czasowa, chciałbym więc zapytać od czego Pan zaczął, od jakiej problematyki naukowo-badawczej i dydaktycznej?

Tadeusz Kasperczyk: O moich zainteresowaniach naukowo-badawczych zdecydowało miejsce zatrudnienia zaraz po ukończeniu studiów. Zostałem zatrudniony w Krakowskim Szkolnym Ośrodku Sportowym (KSOS) w Dziale Gimnastyki Wyrównawczej (DGW) w charakterze nauczyciela-instruktora.

Na gimnastykę korekcyjną uczęszczały dzieci od wieku przedszkolnego do wieku licealnego z wadami postawy i budowy ciała. KSOS był (jest nadal) „szkołą ćwiczeń” dla studentów Akademii Wychowania Fizycznego (AWF) w Krakowie. Po hospitaacji studentów moich zajęć z gimnastyki wyrównawczo-korekcyjnej ówczesny kierownik Zakładu Medycyny Sportu – wtedy jeszcze docent dr hab. med. Adam Pąchalski zaproponował mi pracę na Uczelni w charakterze starszego asystenta. Propozycję przyjąłem będąc w dalszym ciągu pracownikiem KSOS-u. Dało mi to szeroki dostęp do materiału badawczego, a zarazem podjąłem pracę dydaktyczną ze studentami.

A. K.: Co konkretnie było celem badań w zakresie problematyki wad postawy i budowy ciała i co to wniosło do teorii poznania, a przede wszystkim do praktyki?

T. K.: Uczestnicy zajęć kwalifikowani byli do grup według rozpoznanej przez lekarza ortopedy – wady. Były więc grupy z wadami: klatki piersiowej (klatka piersiowa kurza lub szewska), skolioz, kifo-lordoz, wad stóp i kolan. Zastanawiałem się czy zastane przeze mnie w DGW – KSOS programy postępowania korekcyjnego są dobre i czy mogą przynieść zakładane efekty korekcji. W świetle posiadanej wiedzy wady klatki piersiowej – to wady budowy (nie

postawy) i o efekty korekcji środkami gimnastyki w aspekcie morfologicznym nie może być mowy. Z drugiej strony w literaturze podkreślano związek pomiędzy budową klatki piersiowej, a czynnością – czytaj wydolnością. Podjąłem więc eksperyment, który objął 171 osób z wadami klatki piersiowej w wieku od 9 do 17 lat i poddałem ich ćwiczeniom o dużej intensywności, plus pływanie. Postawiono pytanie; w jakim stopniu uzyskano poprawę czynności układu oddechowego i sercowo-naczyniowego. Wyniki pozwoliły na stwierdzenie, że uzyskano istotną poprawę w zakresie ruchomości klatki piersiowej, pojemności życiowej płuc oraz maksymalnego zużycia tlenu. Zarazem nie potwierdziły się poglądy o ryzyku stosowania intensywnych wysiłków fizycznych u dzieci i młodzieży z wadami klatki piersiowej, a odwrotne rozumowanie mogło prowadzić do wtórnego upośledzenia wydolności (patologii) tych osób. Powyższa problematyka stanowiła przedmiot mojej rozprawy doktorskiej (1977). Kolejnym zagadnieniem, które rodziło kontrowersje i budziło mój niepokój to włączenie do jednej grupy dyspanseryjnej osób (dzieci i młodzieży) z wadami kręgosłupa w płaszczyźnie strzałkowej, tj. wadami pleców. Na mój wniosek za zgodą władz Ośrodka utworzono oddzielne grupy z plecami okrągłymi i oddzielne z plecami wklęsłymi. Program korekcji pleców okrągłych pochodzenia nabytego (są też wrodzone patologie tego typu), nie budzi zastrzeżeń i zagadnienie z metodycznego punktu nie należy do trudnych. Nieco inaczej przedstawia się program korekcji pleców wklęsłych, czyli sytuacji powiększonej lordozy lędźwiowej, co ma związek z nadmiernym przodopochyleniem miednicy. Nie wdając się w szczegółowe objaśnienia tych kwestii (natury biomechanicznej) postanowiono w grupach z tą wadą całkowicie wyeliminować ćwiczenia związane ze zgięciem stawu biodrowego (za co odpowiada mięsień

biodrowo-lędźwiowy, główny sprawca hiperlordozy. Efekty korekcji były zaskakujące, pomimo eliminacji ćwiczeń zgięcia stawu biodrowego (eliminacja tzw., „brzuszków” – rzekomo ćwiczeń na mięśnie brzucha – głównie prostego), wybitnie wzrosła wytrzymałość siłowa mięśni brzucha (uzyskano ją poprzez ćwiczenia izometryczne w pozycji neutralnej w stawie biodrowym), prostowników stawu biodrowego (mm. pośladkowych), ale co najistotniejsze zmniejszono kąt przodopochylenia miednicy, a co za tym idzie wielkość lordozy lędźwiowej.

Kolejnym obszarem moich zainteresowań były stopy. Przedstawiane w literaturze tego przedmiotu bardzo wysokie odsetki płaskostopia (nawet sięgające 90%) w populacji dzieci i młodzieży budziły wiele kontrowersji i wydawały mi się – niewiarygodne. Zastanawiał mnie brak badania stóp dzieci. Oznaczało to, że Autorzy publikacji badali tylko dorosłych i uzyskane tam wartości zostały przeniesione na stopy dzieci i młodzieży. Pomijam tu fakt, że i u dorosłych osób nie występuje aż tak duża częstość płaskostopia. Oznacza to, że i tu popełniono błędy metodologiczne w badaniu. Wykonałem obszerne badania stóp dzieci i młodzieży (8-15 lat) metodą planto-konturografii z wykorzystaniem wskaźnika Clarke'a i wskaźnika Wejsfloga. Rezultatem tych badań było opracowanie norm dla oceny wysklepienia podłużnego i poprzecznego dziewcząt i chłopców w postaci siatek centylowych (pierwszych w Polsce). Pozwoliło to na inne spojrzenie na rozwój stóp we wczesnej ontogenezie, stopa najintensywniej pod względem jej wysklepień rozwija się między 3 a 7 rokiem życia, a w wieku 12 lat osiąga już parametry jak dla osoby dorosłej.

Najcięższą wadą postawy, ale i często budowy ciała jest – boczne skrzywienie kręgosłupa (b. s. k.) określane powszechnie jako skolioza (z łac. scoliosis). W ciężkich postaciach skoliozy, gdzie leczenie zachowawcze nie rokuje dobrze, należy

wybrać leczenie operacyjne. Ciekawiło mnie jakie efekty korekcji operacyjnej możemy uzyskać w zależności od wielkości kata skrzywienia kręgosłupa i lokalizacji łuku pierwotnego skrzywienia. Kooperując z dwoma ośrodkami leczenia operacyjnego skolioz w Polsce uzyskałem dostęp do zdjęć rentgenowskich przed i po operacji, co pozwoliło mi na sporządzenie równania regresji liniowej dla skolioz o różnej lokalizacji łuku skrzywienia pierwotnego. Równanie to daje odpowiedź na pytanie o wielkość korekcji operacyjnej (w świetle metody Harringtona) w zależności od tego przy jakim kącie skrzywienia podjęto zabieg. Wyniki te prezentowałem na XIX Kongresie ETP w Barcelonie w 1984 roku.

Zajmowałem się też innymi zagadnieniami dotyczącymi ogólnie – posturologii. Opracowałem nowy schemat punktowej oceny postawy ciała, który przyjął się w Polsce (ale nie tylko) pod nazwą „metoda punktowania wg Kasperczyka”. Zaproponowałem nowy sposób oznaczania wielkości torsji (skręcenia) w b. s. k. Zweryfikowałem pod kątem trafności i rzetelności stosowane wskaźniki do oceny sklepień (wysklepień) stopy. Wiele uwagi poświęciłem badaniom dzieci „specjalnej troski” (dotyczy; głuchych i niewidomych), oceniałem ich rozwój fizyczny i wybrane aspekty sprawności fizycznej. Dla potrzeb badania równowagi opracowałem nowy test; „równowagi marszowej (bada orientację przestrzenną). Zajmowałem się etiologią i epidemiologią wad postawy i budowy ciała głównie dzieci i młodzieży zarówno zdrowych jak i niepełnosprawnych.

A. K.: Rozumiem, że miejsce problematyki posturologii zajęła inna problematyka – jaka i co w tym zakresie udało się dokonać?

T. K.: Z czasem problematykę wad postawy ciała zastąpiła – promocja zdrowia. Za punkt wyjścia do zdefiniowania zdrowia i choroby przyjąłem – homeostazę. Odpowiadało mi jej zdefinio-

wanie przez lekarza z Poznania Andrzeja Świąćckiego. Próbowałem określić jakie czynniki z punktu widzenia holistycznego homeostazy należy uznać za najważniejsze. Poszukiwałem odpowiedzi na pytanie: które z czynników warunkujących zachowanie zdrowia należy uznać za najważniejsze? W badaniach ankietowych pytałem o to dając do wyboru: w sferze czynników natury biologicznej – 60 elementów, w sferze psychicznej – 27 i sferze społecznej – 35. W ten sposób stworzyłem ranking, w rezultacie którego:

a) w sferze biologicznej czołowe miejsca zajęły; w aspekcie pozytywnym; warzywa i owoce, aktywność fizyczna i świeże powietrze, a w aspekcie negatywnym; palenie papierosów, narkotyki oraz nadużywanie cukru i soli,

b) w sferze psycho-duchowej jako pozytywne wskazano; relaksację, poczucie humoru oraz dobre relacje rodzinne, do negatywnych zaliczono; zazdrość i nienawiść, ciężkie przeżycia oraz stres,

c) w sferze społecznej – pozytywne to; posiadanie przyjaciół, pracy i rodziny, a negatywne to; rozwód, wyrok sądowy i pobyt w szpitalu.

W rezultacie tych analiz postawiono wnioski o pilnej potrzebie kształtowania w społeczeństwie świadomości zagrożeń zdrowia płynących ze sfery nie tylko biologicznej, ale psychicznej i społecznej. Podjąłem empiryczną próbę weryfikacji poglądów na „pola zdrowotne” Lalonde’a. W pracy (artykule) pt.: *Pola zdrowotne Lalonde’a – mity czy rzeczywistość* doszedłem do wniosku, że przypisywanie stylowi życia aż 53% udziału w zachowaniu zdrowia i długości życia, przy zaledwie 16 % dla genetyki, wynika z pewnego błędnej natury metodologicznej. W mojej opinii nie powinno się na jednej płaszczyźnie stawiać czynników natury egzogennej (styl życia) z czynnikiem egzogennym (wrodzonym). To geny decydują o zapadalności na choroby i śmiertelności oraz występowaniu wad wrodzonych. W stylu życia za najważniejsze należy uznać ży-

wienie i aktywność fizyczną. Dodajmy dla jasności kim był – Marc Lalonde (ur. 1929) był zawodowym politykiem i z ramienia partii Liberalnej Kanady został Ministrem Zdrowia i Opieki Społecznej (1972–1977). W efekcie prowadzonych badań i studiów ogłosiłem pracę na temat osobniczych uwarunkowań promocji zdrowia, na którą składają się następujące elementy:

a) posiadanie filozofii związanej ze zdrowiem – osią tej filozofii jest podejście osobnicze (indywidualne) i holizm,

b) umiejętność wysyłania wczesnych sygnałów ostrzegawczych o zakłóceniach homeostazy,

c) doskonalenie autosystemów regulacyjnych organizmu poprzez aktywność fizyczną (ruch) w myśl założenia, że aktywność ruchowa jest czynnikiem modelującym w sposób najbardziej korzystny stan morfologiczny i funkcjonalny organizmu (a także kształtuje cechy psychiczne), ćwiczenia fizyczne są zdolne kierunkowo wpływać na dowolny system organizmu, a tym samym i na poziom sprawności ustrojowej,

d) ograniczenie działania szkodliwych czynników,

e) docenienie metod medycyny naturalnej w profilaktyce chorób i promocji zdrowia.

f) Ogólnie zagadnienie promocji zdrowia wiąże się z 4 – tym obszarem Karty Ottawskiej (1986), mówi on o rozwijaniu indywidualnych umiejętności dbania o własne zdrowie, który to obszar uważam za najbardziej zaniedbany ze wszystkich pozostałych (pozostałe to: polityka państwa w tym zakresie, tworzenie środowisk sprzyjających zdrowiu, wzmocnienie działań społeczeństwa na rzecz zdrowia i reorientacja służby zdrowia).

A. K.: W nawiązaniu do pańskiej koncepcji osobniczych uwarunkowań promocji zdrowia – za ważny warunek uznał Pan aktywność fizyczną – słowem ruch. Czy można prosić o szersze rozwinięcie tego zagadnienia?

T. K.: Dla mnie jest to bardzo ważna problematyka. Długo poszukiwałem takiej sytuacji żeby ruch jako czynnik mógł uznać za najważniejszy w szeroko rozumianej promocji zdrowia. Tą okolicznością jest doskonalenie autosystemów regulacyjnych organizmu (warunek 3). Z zagadnieniem tym wiąże się pojęcie zdrowotnej dawki ruchu, słowem chodzi o pytanie, ile tego ruchu (aktywności fizycznej) powinno się zalecać? Znane są powszechnie zalecenia zdrowotnej dawki ruchu, m.in.;

a) zalecenie Coopera: 3 x 30 x 130 (wysiłek 3 razy w tygodniu przez 30 min z intensywnością 130 HR/min),

b) zalecenie WHO: codzienny wysiłek przez 10 minut z intensywnością 80% tętna maksymalnego,

c) zalecenie specjalistów japońskich: 10-15 tys. kroków dziennie,

d) zalecenie E. Kozdroń: ruchem spalać w tygodniu 1200–2000 kcal.

Spotykamy szereg innych zaleceń, a także różne spojrzenie na kwestię intensywności wysiłku. Nie chcąc nadmiernie rozwijać tych kwestii wyrażę swoją opinię na ten temat, a jest ona rezultatem własnych badań i studiów nad tym problemem. W mojej opinii chcąc określić dawkę ruchu dla konkretnej osoby należy odpowiedzieć sobie na pytanie, czemu ta AF ma służyć? Inne zalecenie dotyczyłoby sytuacji, w której chcemy zaspokoić elementarne potrzeby organizmu dla zachowania zdrowia, inne dla aktywności typu rekreacyjnego, a jeszcze inne dla celów sportu wyczynowego. Analizując wartości 1 godzinnego spaceru (ok. 4 km) 6 dni w tygodniu w świetle metody konwersji metabolicznej (wg H. Kuńskiego) otrzymujemy wartości ponadnormatywne w każdym zakresie potrzeb biologicznych człowieka. Pewnym problemem (żeby nie powiedzieć mitem) jest możliwość spalania tkanki tłuszczowej przez ruch/AF. Występuje tu pewna bariera na linii – możliwości jednorazowego wysiłku, a zapas ener-

tyczny organizmu. Przeciętnie człowiek dysponuje rezerwą energetyczną rzędu: 1640–4100 kcal. Osobiście sprawdziłem koszt energetyczny przebiegnięcia 3 km (w czasie 22 minut), przy Met = 5,02 i spaliłem zaledwie ok 175 kcal. Na podstawie analiz i eksperymentów zaproponowałem 4 warianty (modele) spalania nadmiaru tkanki tłuszczowej. Szczegóły znajdzie Czytelnik w publikacji pt.: Bilans energetyczny i masa ciała, a aktywność fizyczna osób dorosłych [W.: Promocja zdrowia i żywienie w zapobieganiu chorobom cywilizacyjnym. Red. T. Kasperczyk i D. Mucha, KWSPZ, Kraków 2014].

A. K.: Metody medycyny naturalnej stały się ważnym obszarem zainteresowań Pana Profesora, jakie miejsce i rolę pełnią te metody w profilaktyce i terapii chorób?

T. K.: Zaczniemy od tego co rozumiemy pod określeniem metody medycyny naturalnej (MMN) Przez MMN rozumie się takie praktyki stosowane w celach leczniczych, profilaktycznych i promujących zdrowie, które nie są wykładane obligatoryjnie na wydziałach medycznych szkół wyższych, ani nie znajdują się na wykazie świadczeń medycznych w systemie opieki zdrowotnej. Inaczej metody te określamy jako niekonwencjonalne lub alternatywne. Należą do nich przede wszystkim; refleksoterapia i ta oparta o założenia Tradycyjnej Medycyny Chińskiej (akupunktura, akupresura i shiatsu, moxa, itp.) i ta dotycząca mikrosystemów (stopa, ręka, ucho) określana jako – refleksologia, ponadto; ziołolecznictwo, osteopatia, chiropraktyka (ogólnie terapia manualna) bioenergoterapia, apiterapia, hirudoterapia, terapia vacuum (bańki lekarskie) i inne. W mojej opinii metody te nie są zadawalająco wykorzystywane w ochronie zdrowia. Możliwości ich szerszego wykorzystania przedstawiłem w kilku publikacjach, m. in;

a) Alternatywne metody leczenia – moda czy potrzeba?

b) Masaż punktowy i inne metody refleksoterapii.

c) Rola i miejsce niekonwencjonalnych metod medycznych w promocji zdrowia.

d) Wybrane metody medycyny naturalnej na usługach fizjoterapii.

Próbowałem też weryfikować niektóre założenia (hipotezy) w obszarze Tradycyjnej Medycyny Chińskiej, ale to chyba ze względu na szczegóły wykracza poza ramy naszej rozmowy.

Dla lepszego zrozumienia istoty tych metod warto przytoczyć ich ogólną charakterystykę;

Metody te za podstawę działania uznają następujące zasady:

a) kierują się hipokratesowską zasadą – „primum non nocere”,

b) przyjmują (także za Hipokratesem), że natura ma potencjał leczenia,

c) leczenie powinno obejmować cały organizm (holistyczne podejście),

d) należy leczyć przyczynę, a nie objawy,

e) profilaktyka jest równie ważna jak leczenie,

f) lekarze powinni być edukatorami (nauczycielami).

W artykule cenionego przeze mnie naukowca – profesora Igora Murawowa (Murawow I., Bulicz E., Kwaczkow A. *Medycyna niekonwencjonalna – konkurencja czy współdziałanie?*) zawarta jest opinia, cyt. „medycyna tradycyjna powinna szerzej korzystać z wiedzy i doświadczenia metod alternatywnych”. W świetle powyższej definicji metody medycyny naturalnej – terapia manualna (TM) rodzi pewne problemy z zakwalifikowaniem jej do tej grupy, raz jest zaliczona do tego obszaru, a innym razem – nie.

A. K.: Podkreślił Pan Profesor, że z terapią manualną jest pewien problem z jej zaliczeniem do obszaru metod niekonwencjonalnych (alternatywnych) dlaczego?

T. K.: W definicji metody medycyny naturalnej zawarty jest warunek, aby

była ona nauczana w wyższych szkołach medycznych. Aktualnie lekarze nie uczą się terapii manualnej w toku studiów. Terapia manualna na stałe (i obligatoryjnie) jest nauczana na kierunku – fizjoterapii. Ponadto na wykazie usług fizjoterapeutycznych NFZ w dziale – kinezyterapia widnieje hasło – manipulacja. Manipulacja jest formą mobilizacji biernej i służy odblokowaniu „zablokowanego” stawu. Mobilizacje są więc środkami terapii manualnej. Z tego wynika, że TM należy raczej uznać za metodę konwencjonalną. Warto w tym miejscu dodać, że w Polsce narodziny TM przypadają na początek XX wieku i wiążą się z określeniem – kregarstwo. Olbrzymie zasługi w tym zakresie wnieśli ksiądz Michał Pawłowski (1870–1936) (posiadał tytuł D.C. – doktora chiropraktyki zdobyty w USA) i doktor – lekarz Olgierd Krukowski (1893–1945), obaj w 1926 roku wydali podręczniki (Pawłowski we Lwowie, Krukowski w Wilnie) do terapii manualnej, które jeszcze do dziś w dużym stopniu są aktualne i przydatne dla praktyki. Kończąc wątek TM wyrażam własną opinię, że to wielka szkoda dla pacjentów, że lekarze w nurcie oficjalnym nie zapoznają się z zagadnieniami TM, która często warunkuje skuteczność leczenia w szczególności dysfunkcji narządu ruchu pochodzenia stawowego.

A. K.: Jest Pan Profesor z wykształcenia fizjoterapeutą, jakie miejsce w programie rehabilitacji leczniczej zajmuje – fizjoterapia?

T. K.: Na fizjoterapię według uznanego autorytetu jakim jest prof. dr hab. Andrzej Zembaty składają się 3 filary: 1) kinezyterapia, 2) fizykoterapia i 3) masaż. Zapewne warto by tu jeszcze dodać TM, ale to z tych 3 obszarów czerpiemy większość środków terapeutycznego oddziaływania na organizm człowieka. Zawód fizjoterapeuty to trudny zawód, brak na tym kierunku studiów specjalności sprawia, że fizjoterapeuta uczy się niemal wszystkiego co ma związek z orga-

nizmem człowieka (w normie i patologii) i wpływem różnego rodzaju czynników na ustrój. Ostatnie lata przyniosły olbrzymi skok w uznaniu roli, a co za tym idzie rangi tego zawodu. W 2015 roku ukazała się Ustawa o zawodzie fizjoterapeuty, powstał samorząd zawodu fizjoterapeuty (KIF), tym samym zawód ten stał się samodzielnym zawodem medycznym. Od 2003 roku funkcjonuje krajowy specjalista (konsultant) ds. fizjoterapii (pierwszym był wtedy dr, dziś prof. dr hab. Zbigniew Śliwiński ze Zgorzelca), w chwili obecnej (2022 rok) funkcję tą sprawuje prof. dr hab. Jan Szczegieliński z Opola. Zawód ten należy do przyszłościowych zawodów.

A. K.: Dowodził Pan potwierdzenia prawidłowości lokalizacji poszczególnych części ciała i jego narządów w refleksologii (stóp), na czym polegała metodologia tego badania?

T. K.: Najpopularniejszą na świecie metodą refleksoterapii (refleksologii) jest – stopa. Zdumiewające, że już starożytni Egipcjanie stosowali masaże stóp i dłoni czego dowody znajdujemy w postaci malowideł na ścianach grobowców (ok. 2300 lat p.n.e.). Interesowało mnie w jaki sposób określono lokalizację poszczególnych części ciała i jego narządów na stopie (jako receptory lub strefy z odpowiednią ich numeracją) i czy jest to wiarygodne odwzorowanie. Nawiążę do początków współczesnej refleksoterapii i do jej odkrywców; dra W. Fitzgerarda oraz dra E. Bowersa, to oni wykreślili 10 stref (po 5 z obu stron ciała) energetycznych biegnących pionowo od palców rąk do palców stóp i ustalili 4 obszary stóp, następnie podobnie postąpiono z rozkładem stref na samej stopie, co w konsekwencji pozwoliło im na przybliżone wskazanie lokalizacji narządów. Powstały mapy stref refleksyjnych stóp, prawej i lewej. Badania nad anatomicznymi powiazaniami ludzkiego organizmu ze strefami na stopach kontynuowali doktor Riley oraz jego asystentka E. Ingham, Pani Ingham

w 1938 roku wydała książkę, której tytuł po polsku brzmi: *Historie, które mogą opowiadać stopy*. Ja do potwierdzenia, że dana część ciała lub narząd znajduje się na stopie w tym, a nie w innym miejscu, podszedłem w następujący sposób; zmierzyłem poszczególne odcinki ciała; głowę, kręgosłup z podziałem na poszczególne odcinki (szyjny, piersiowy, lędźwiowy i krzyżowo-guziczny) w linii prostej i w linii krzywej (z uwzględnieniem krzywizn) i wyliczyłem jaki procent zajmują poszczególne odcinki ciała, następnie przenieśliśmy te proporcje na stopę z uwzględnieniem jej długości po prostej i po krzywej (uwzględniając jej wysklepienie podłużne). Potwierdziło się założenie o prawidłowej lokalizacji na mapach stref stóp – kręgosłupa (strefy 53-56) i nerki (nr 22), przez to uznałem, że pozostałe narządy też są prawidłowo zlokalizowane na stopie. Pracę na ten temat opublikowałem po angielsku (we współautorstwie z R. Walaszkim) w czasopiśmie zajmującym się TMC (J. Tradit Chin Med. 2015). Zwróć uwagę, że Niemka Hanna Marquardt w 2012 roku wydała podręcznik – *Refleksoterapia stóp* (Wyd. Galaktyka) w którym wprowadziła własną numerację stref na stopie, całkowicie różną od tej dotychczas stosowanej. Tym samym strefa nr 4 znana jako strefa przysadki mózgowej na dotychczasowych mapach, widnieje w tej nowej pozycji pod numerem 47. Dodam, że trudny mikro-system ucha (aurikuloterapia) w Polsce doczekał się podręcznika autorstwa dra Janusza Kołodziejczyka, jednego z nielicznych lekarzy w Polsce, którzy zajmują się w codziennej praktyce lekarskiej refleksoterapią.

A. K.: Wiele uwagi poświęcił Pan Profesor różnego typu bańkom lekarskim (ogólnie terapii vacuum) czy można prosić o szerszy komentarz na ten temat?

T. K.: Najpopularniejsza z baniek lekarskich – bańka szklana ogniowa była znana ludzkości od zarania dziejów (ok.

3300 lat p. n. e.). Bańka gorąca uchodzi za bańkę antybiotykową (zalecana przy przeciwwskazaniu zastosowania antybiotyku). Na jednym z kongresów na temat metod medycyny naturalnej spotkałem się z opinią, że bańka gorąca nie różni się mechanizmem, a co za tym idzie i efektywnością od bańki zimnej – bezogniowej, bo liczy się tylko czynnik mechaniczny, czyli podciśnienie. Aby dowieść, że jest to nieprawda wykonałem następujące badanie. W szklanej bańce wywiercono za pomocą wiertła dentystycznego dwa małe otwory przez które do wnętrza bańki wprowadzono przewody z sondą typu K – termoparą, otwory uszczelniono substancją sylikonową. Jedna z sond mierzyła temperaturę z powierzchni skóry, a druga temperaturę wnętrza bańki. Wyniki pomiaru odczytywano za pomocą dwóch mierników, tzw. multimetrów. Obwody pomiarowe były oddzielone od siebie. Stwierdzono, że tuż po postawieniu bańki temperatura skóry podniosła się o 7,3°C (w stosunku do normalnej 36,6°C). Można zatem postawić wniosek na podstawie przeprowadzonego eksperymentu, że bańka gorąca oznacza równoczesne oddziaływanie na tkanki dwoma czynnikami, tj. podciśnieniem i ciepłem, zatem należy ją uznać za efektywniejszą w leczeniu niż bańkę zimną. Szeroka publikacja na ten temat ukazała się w USA w czasopiśmie: *Acupuncture & Elect-Theraeutics Res.* 2021.

Spotykamy bardzo dużą różnorodność baniek; oprócz opisanej gorącej, są bańki zimne szklane lub wykonane z innego materiału np. bambusa, bańki z „klawkiem” – gwoździem stalowym lub magnetycznym, te ostatnie stawia się na punktach chińskich (vacuumpunktura). Bańki mają szerokie zastosowanie w różnych formach masażu (często skojarzone z żelem lub maścią) rehabilitacji urazów szczególnie; mięśni, ścięgien i stawów, a także jako forma chemoterapii. Ubolewam nad tym, że podobnie jak terapia manualna, ta metoda leczenia nie znaj-

duje współcześnie w środowisku lekarzy większego uznania, a ze wszech miar na niego zasługuje.

A. K.: Współpracował Pan blisko z Profesorem Piotrem Tomasikiem (niegdyś także wykładowcą KWSPZ), czego dotyczyła ta współpraca?

T. K.: Pan prof. dr hab. Piotr Tomasik jest – chemikiem, autorem wielu naukowych publikacji. Moja znajomość z profesorem rozpoczęła się w 2010 roku z chwilą, kiedy Profesor powołał interdyscyplinarny zespół badawczy dotyczący zjawiska – biopola. Pośrednikiem w naszej znajomości był kolega z Akademii Wychowania Fizycznego dr Jerzy Domański (biochemik), który już od pewnego czasu współpracował z Profesorem. Byłem zainteresowany tą współpracą, bo już od pewnego czasu interesowało mnie zagadnienie – bioenergoterapii (jako metody medycyny naturalnej). Początki naukowego podejścia do bioenergii zawdzięczamy dr F. Mesmerowi (1734–1815). W XVIII i XIX wieku określano bioenergoterapeutę – terminem – magnetyzer. Jednym z bardziej znanych polskich magnetyzerów był słynny Polak – Julian Ochorowicz, postać opisana w „Lalce” Prusa jako Ochocki. W 2010 roku będąc Redaktorem Naczelnym kwartalnika „Refleksoterapia” przeprowadziłem z prof. dr hab. Piotrem Tomasikiem wywiad na temat projektowanych przez jego „zespół” badań i posiadanej aparatury badawczej. Profesor odróżniał biopole od aury. Dyskutowaliśmy na temat widzenia aury, jej zapisu (pomiaru) w formie fotografii kirilianowskiej, lub metodami radiestezyjnymi. Mieliśmy zamiar przeprowadzić eksperyment (badania), które potwierdziłyby zakładaną przez nas hipotezę, na temat widzenia aury – kto i dlaczego widzi aurę. Niestety nagła śmierć dra Jerzego Domańskiego pokrzyżowała te plany. Profesor był przekonany do celowości wykorzystania terapeutycznego bioenergii, sam doświadczył jej dobrodziejstwa unikając dzięki kilku (czterem) sesjom

operacji dotyczącej kamieni żółciowych o czym opowiada we wspomnianym wywiadzie. Dodam, że zagadnienie bioenergoterapii wymaga współpracy z mistrzami radiestezji. Licencję bioenergoterapeuty zdobywa się w cechu radiestetów. Znam kilku fizjoterapeutów, którzy taką licencję zdobyli.

A. K.: Które pozycje książkowe (skrypty, podręczniki, monografie) ceni Pan Profesor najwyżej i dlaczego właśnie te?

T. K.: Drugim nurtem aktywności nauczyciela akademickiego obok nauki jest – dydaktyka. Wykładałem szereg przedmiotów na różnych kierunkach studiów w Akademii Wychowania Fizycznego w Krakowie, ale także w innych uczelniach w Polsce i zagranicą. Nawiązując do problematyki korekcji wad postawy ciała napisałem trzy pozycje, tj. *Ćwiczenia korekcyjne z elementami rehabilitacji* (1980). W wydaniu drugim (1984) tej pozycji rozszerzyłem treści o dodatkowe rozdziały dotyczące zagadnień metodyki wychowania fizycznego związane z funkcją kompensacyjną i korekcyjną wychowania fizycznego. *Wady postawy ciała. Diagnostyka i leczenie* (pozycja dobrze przyjęta w całej Polsce – ukazało się kilka wydań). *Metody oceny postawy ciała*. W pierwszej części niniejszego wywiadu wymieniłem niektóre treści, które stanowiły mój wkład w tym zakresie.

Po przejściu z Instytutu Rehabilitacji Ruchowej na Wydział Turystyki i Rekreacji (T i R) AWF w Krakowie miałem sporo pracy związanej z powołaniem (na mój wniosek) na Wydziale T i R nowej (oryginalnej w skali świata) specjalności po nazwą: odnowa psychosomatyczna. Zachodziła pilna potrzeba wspomnienia tej specjalności nowymi pozycjami dydaktycznymi, w krótkim czasie wydano: *Trening zdrowotny z elementami fizjoterapii* (we współautorstwie z Aleksandrem Batorem), *Leczniczy masaż punktowy* oraz *Masaż punktowy i inne metody refleksoterapii* (we współautorstwie z Stanisławem

Kmakiem), *Podręcznik odnowy psychosomatycznej* (praca zbiorowa pod moją i Jana Fenczyna redakcją), *Segmentarny masaż leczniczy* (z Leszkiem Magiera), *Meridiany, punkty i recepty chińskie, Masaż z elementami rehabilitacji* (praca zbiorowa z moim udziałem autorskim redakcyjnym), *Podstawy terapii manualnej* (praca zbiorowa, redakcja moja i D. Muchy), *Diagnostyka w kinezyterapii i masażu* (z Robertem Walaszkiem i Leszkiem Magiera), *Zarys kinezylogii* (praca zbiorowa pod moją i Dariusza Muchy redakcją), ostatnią wydaną pozycją z 2022 roku jest – *Propedeutyka i historia fizjoterapii* (autorstwo kilku rozdziałów i redakcja wspólnie z Dariuszem Muchą).

Z monografii najwyżej cenię: *Postawa ciała a wybrane cechy morfologiczne i funkcjonalne u dzieci w wieku 8-15 lat*. Za tą pozycję, która zarazem była moją pracą habilitacyjną otrzymałem nagrodę naukową m. Krakowa I stopnia. Monografia – *Propedeutyka i historia fizjoterapii* jest pierwszą książką, która łączy propedeutykę fizjoterapii z jej historią, a *Zarys kinezylogii* jest jedynym takim tytułem w Polsce.

A. K.: Na koniec chciałbym Pana Profesora prosić o refleksję filozoficzną. W dzisiejszych czasach wiemy niby dobrze co robić, aby być zadowolonym z życia: musimy dbać o swoje wykształcenie, unikać ryzyka zdrowotnego, dużo miejsca poświęcać na aktywność fizyczną, w rytm pikań urzędów do self-trackingu, itp. Jaki najważniejszy czynnik zdaniem Pana Profesora decyduje o zdrowym i udanym życiu?

T. K.: Cieszę się z tego pytania. Użycie przez Pana Profesora określenia refleksja filozoficzna, bardzo mi odpowiada. Cenię filozofię i wysoko ją lokuję jako naukę, często powtarzam studentom, że najważniejszym przedmiotem w planie studiów (niezależnie od kierunku) jest filozofia. Jest ona potrzebna w życiu każdemu, a w szczególności w życiu społecznym, ale i osobistym. Przypomnę Panu

Redaktorowi, że jako pierwszy warunek w mojej koncepcji promocji zdrowia wymieniałem właśnie – filozofię związaną ze zdrowiem. Pan Profesor w tym pytaniu zawarł pewną wątpliwość mówiąc – „wiemy niby dobrze”, co do tego czy rzeczywiście wiemy, mam poważne wątpliwości. Warto do oceny pewnych zjawisk, mechanizmów czy zachowania ludzi podchodzić z refleksją dotyczącą oceny rozkładu – czy mamy do czynienia z rozkładem normalnym, czy asymetrycznym (to pojęcia z obszaru statystyki). Jeśli wykształcenie wyższe miałyby cechy rozkładu normalnego, a tak się zakłada, to oznacza to, że tak naprawdę dobrze wykształconych jest niewielki odsetek.

Ze znajomości „pól zdrowotnych” o czym rozmawialiśmy wiemy, że są dwa filary stylu życia tj. żywienie i aktywność fizyczna (ruch). W obu aspektach należy

zachować „złoty środek” czyli umiar, bez skrajności. Nasze zdrowie ma związek ze sferą psycho-duchową. Życie codzienne w obecnej cywilizacji narzuca szybkie tempo życia, a to wiąże się ze stresem i sprzyja depresji. Stres wpływa istotnie na naszą odporność immunologiczną – obniża jej poziom. Ludzie powinni mieć świadomość zagrożenia zdrowia, jak widać bywa z tym różnie, przykład stosunek do szczepień. Dbałość o wykształcenie to nie tylko sprawa indywidualna, zależy to w dużej mierze od instytucji państwa (system szkolnictwa). W mojej opinii obniżył się w ostatnich latach poziom wykształcenia. Nie jestem pewien czy żyjemy w czasach, gdzie pojęcia; rozum, mądrość, to cenione wartości. Tu powołałam się na autorytet ks. Profesora Józefa Tischnera (1931–2000) i jego wykład o trzech prawdach zawarty w cenionej

przeze mnie książce, pt. *Filozofia po góralsku*. Profesor twierdzi, że najwięcej jest trzeciej prawdy – jak ją określa to czytelnik łatwo do tego dojdzie. A co generuje tą trzecią prawdę? W mojej opinii brak szerokiej wiedzy.

Reasumując; nie sposób wymienić jednego czy nawet dwóch czynników decydujących o zdrowiu i udanym życiu, zależy to od setek czynników różnej natury o kilkunastu już mówiłem, o wszystkich mówić nie sposób w jednym wywiadzie. Szukając sposobu zakończenia niniejszego wywiadu zgrabnym podsumowaniem – powiem: w życiu codziennym potrzebny jest dystans do wielu spraw oraz poczucie humoru czego czytelnikowi niniejszego wywiadu serdecznie życzę.

A. K.: Dziękuję za rozmowę.