ROZPRAWY NAUKOWE
Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu

2012, 39, 132–137

Mariusz Migała, Beata Skolik, Jan Szczegielniak
POLITECHNIKA OPOLSKA
SZPITAL SPECJALISTYCZNY MSW W GŁUCHOŁAZACH

KONCEPCJA REHABILITACJI W POGLĄDACH WIKTORA DEGI

ABSTRACT

The concept of rehabilitation in the views of Wiktor Dega

The aim of this paper was to recall the views of Prof. Dega, founder of rehabilitation in Poland, about the importance of the process in solving problems of disabled people. Nowadays, his ideas are usually considered old fashioned, however, for some people they are still valid. According to Prof. Dega rehabilitation is a medical and social process whose aim is to ensure that disabled people are treated fairly and with dignity, to enable them to lead a dignified life, to have a sense of social utility and security as well as contentment. Prof. Dega emphasized the significance of rehabilitation especially through movement. Thanks to him rehabilitation was granted acknowledgment as the third phase in medical treatment, where the first phase is a diagnosis and the second is a cure. He thought that a fight against disability must include prevention, treatment, accommodation and productivity. The injured person who survived an accident cannot live in fear that the treatment process will only deal with his physical illness. According to what has been said, rehabilitation should be a common extensive practice started as early as possible and continued in time. Rehabilitation understood and implemented in this way makes medicine more human. It is understandable that physiotherapists should continue what Prof. W. Dega started and what the authors of this article consider both a privilege and a duty.
Key words: rehabilitation, disabled people, humanization of medicine

Profesor Wiktor Dega (1896–1995) uważany jest za pioniera rehabilitacji w Polsce. Według Niego jest ona procesem medyczno-społecznym, dążącym do zapewnienia osobom niepełnosprawnym godziwego życia w poczuciu użyteczności społecznej i bezpieczeństwa społecznego oraz zadowolenia [1, 2]. Inaczej mówiąc, rehabilitacja jest to postępowanie ujmujące i uwzględniające wszystkie potrzeby chorego, związane z jego chorobą oraz jej skutkami, i to nie tylko fizycznymi i psychicznymi, ale mającymi również znaczenie społeczne czy zawodowe. Można też użyć sformułowania, że rehabilitacja to główny czynnik zmniejszający stopień kalectwa i liczbę osób niezdolnych do pracy oraz przyspieszający powrót chorych do zdrowia. Do kanonu współczesnej rehabilitacji weszły wypowiedzi prof. Degi dotyczące znaczenia rehabilitacji i ruchu jako głównego środka do jej stosowania, dzięki czemu uznano rehabilitację za trzecią fazę leczenia. Pierwszą jego fazę stanowi rozpoznanie, a drugą właściwe leczenie. To dzięki Profesorowi rehabilitacja w Polsce nabrała wieloznacznej treści, choć często słowo „rehabilitacja" wydaje się niewłaściwym określeniem danego postępowania. Początkowo bowiem oznaczało przywracanie zdolności do pracy osób niepełnosprawnych pomimo pozostałych defektów. Dominował tu czynnik zawodowy, obejmujący tylko część poszkodowanych, czyli populację wieku produkcyjnego. Następnie wraz z rozwojem medycyny rehabilitacja zaczęła niepełnosprawnym dzieciom i młodzieży torować życie w społeczeństwie, dlatego w tym przypadku ważna była rehabilitacja pedagogiczna. Wreszcie u osób w podeszłym wieku rehabilitacja miała podtrzymywać sprawność fizyczną, psychiczną i wyrabiać poczucie bezpieczeństwa społecznego, tak więc tutaj najważniejsza była rehabilitacja społeczna. Jednak pomimo tego, że w każdym z tych przypadków słowo „rehabilitacja" jest niedoskonałym określeniem, które wielokrotnie próbowano zastąpić innymi terminami

(np. rewalidacja, resocjalizacja, readaptacja), utrzymało się i jest uznane w umownym znaczeniu na arenie międzynarodowej [1, 2]. Pamiętać jednak należy, że Profesor wielokrotnie przestrzegał, iż prowadzone u pacjenta ćwiczenia ruchowe lub balneoterapia połączona z kinezyterapią to nie jest rehabilitacja. Mówił wręcz, by unikać deprecjacji słowa „rehabilitacja", gdyż proces rehabilitacji nie kończy się na leczeniu i jest kontynuowany do chwili uzyskania przez chorego zdolności podjęcia pracy [2]. Dlatego w niniejszym artykule postanowiono przypomnieć koncepcję rehabilitacji według Wiktora Degi, która niektórym fizjoterapeutom młodszego pokolenia wydaje się nieco przestarzała, ale dla innych nic nie straciła na swej wartości. Skoncentrowano się głównie na znaczeniu rehabilitacji w rozwiązywaniu problemów osób niepełnosprawnych.

Wiktor Dega już w latach międzywojennych XX w. rozpoczął pracę jako lekarz w Studium Wychowania Fizycznego Uniwersytetu Poznańskiego, gdzie poznał tajniki ruchu stosowanego w ćwiczeniach cielesnych i sporcie u osób zdrowych. Zajęcia w studium były prowadzone na wzór gimnastyki szwedzkiej, która polegała na koncentrowaniu ćwiczeń ruchowych na określonym punkcie ciała celem poprawienia jego funkcji. W tej właśnie koncepcji W. Dega dostrzegał duże możliwości zastosowania ruchu w usprawnianiu chorych z dysfunkcjami ortopedycznymi, a także u dzieci z wadami postawy i wrodzoną dysplazją biodra [3]. W tym celu zorganizował pierwszy w niepodległej Polsce (1931 r.) kurs gimnastyki wyrównawczej dla dzieci szkolnych z wadami postawy. Dążył, aby wprowadzić gimnastykę wyrównawczą jako uzupełnienie normalnej gimnastyki do wszystkich szkół. Prowadzone wówczas przez Niego badania wykazały, że około 60% dzieci szkół poznańskich miało wadliwe postawy z tendencją do pogarszania się, a tendencja ta nasilała się u dziewcząt w wieku pokwitania [4, 5]. Kursy te organizowane były w Poznaniu do momentu wyjazdu Profesora do Bydgoszczy, gdzie od listopada 1937 r. do 31 sierpnia 1939 r. był ordynatorem częściowo zbudowanego i całkowicie zorganizowanego według własnych planów nowoczesnego oddziału ortopedycznego. Ponadto jeszcze przed wyjazdem z Poznania Profesor zajął się zagadnieniami z zakresu traumatologii sportowej, będąc od 1928 r. kierownikiem Miejskiej Poradni Sportowo-Lekarskiej w Poznaniu. W 1931 r. W. Dega wyjechał do Szwecji na staż naukowy, który odbywał w Klinice Ortopedycznej Uniwersytetu w Sztokholmie pod kierunkiem prof. Patrika Haglunda, wówczas czołowego ortopedy w Europie. W tym czasie Szwecja była przodującym krajem, jeśli chodzi o organizację opieki nad niepełnosprawnymi. Początki takiej opieki sięgają 1904 r., kiedy to całe społeczeństwo zespoliło wysiłki, aby otoczyć nią ofiary epidemii Heinego-Medina. Przy klinice działała szkoła dla niepełnosprawnych, której założeniem było, aby inwalida nie tylko nauczył się „jakiegoś" zawodu, ale by nabył takie kwalifikacje, które przewyższałyby przeciętne wymagania w danej profesji. Wychodzono z założenia, że pracujący inwalida szybciej wytrzyma konkurencję ze zdrowymi fachowcami, jeśli będzie miał wyższe od nich kwalifikacje zawodowe. To właśnie w Szwecji zrodziła się idea, że równie ważne jest i usprawnianie ruchowe, i przygotowanie zawodowe osób niepełnosprawnych. Po latach, gdy w Polsce po drugiej wojnie światowej rozwinęła się rehabilitacja zawodowa, W. Dega mówił: „Kto raz przeżył przymusowe wyłączenie z pracy, zrozumie, co znaczy błogosławieństwo pracy, tak jak potrafi właściwie ocenić wartość zdrowia ten, kto je utracił" [6, s. 8, 7]. Interesująca wydaje się także jego wypowiedź dotycząca relacji pomiędzy lekarzami a fizjoterapeutami w Szwecji, pochodząca z lat 30. XX w. Ponieważ nic nie straciła na swej aktualności, warto ją przytoczyć, aby uświadomić sobie, na jakim etapie rozwoju fizjoterapii w Polsce jesteśmy dzisiaj. „Podczas mego pobytu w Szwecji rozgrywała się walka – jeśli tak można powiedzieć – między kinezyterapeutami a lekarzami. Kinezyterapeuci szwedzcy mieli prawo po ukończeniu studiów do prowadzenia prywatnych gabinetów. Wielu pacjentów zgłaszało się do nich bezpośrednio, chcąc oszczędzić sobie kosztów badania lekarskiego. Stąd wynikały nieraz tragiczne skutki dla pacjentów, gdyż pacjent – nie wiedząc, że ma np. gruźlicę kręgosłupa – stosował ćwiczenia ruchowe w celu pozbycia się bólów. Skutki były opłakane, ćwiczenia bowiem pobudziły proces niszczenia kręgów, pogłębiając kalectwo. Spór rozstrzygnęło roz-

porządzenie nakazujące przyjmowanie pacjentów na ćwiczenia tylko ze skierowaniem lekarskim" [8, s. 4].

Pobyt w Sztokholmie zaowocował także poznaniem przez prof. Degę tajników masażu szwedzkiego i sposobu stosowania gimnastyki szwedzkiej, dzięki czemu mógł po powrocie do Poznania prowadzić ze studentami zajęcia z tych przedmiotów w Studium Wychowania Fizycznego. Po ukończeniu stażu, w drodze powrotnej do kraju Profesor zwiedził także Uniwersytecką Klinikę Ortopedyczną w Kopenhadze oraz funkcjonujący w tym mieście Dom dla Kalek, jeden z najstarszych w Europie, którego głównym zadaniem było przystosowanie młodzieży niepełnosprawnej do życia i nauczenie wybranego zawodu. Tam też poznał wybitnego ortopedę i działacza społecznego dra Kunda Jansena, z którym przez długie lata utrzymywał bliskie kontakty, współpracując w Międzynarodowym Towarzystwie dla Kalek (późniejszym Międzynarodowym Towarzystwie Rehabilitacji) [7]. Bez wątpienia podróż do Skandynawii odegrała zasadniczą rolę w kształtowaniu poglądów W. Degi na temat znaczenia ortopedii i kinezyterapii w rozwiązywaniu zagadnień opieki nad osobami niepełnosprawnymi. Po powrocie do Poznania doprowadził do wybudowania sali gimnastycznej w Zakładzie Ortopedycznym im. B.S. Gąsiorowskich, w którym pracował, oraz przeszkolił w zakresie gimnastyki leczniczej i masażu szwedzkiego kilka pielęgniarek. Tak właśnie wyglądały początki fizjoterapii w Polsce. W tym samym okresie Profesor rozpoczął funkcjonalne leczenie złamań kości i stawów według metody wiedeńskiego traumatologa Lorenza Böhlera, która polegała na możliwie anatomicznym zestawieniu złamanych kości czy stawów i unieruchomieniu w tak założonym opatrunku gipsowym, aby pozwalał na wczesne uruchomienie chorego. Zwracano bowiem przy tym uwagę, że nawet idealne zestawienie złamań, mimo dobrego zrostu niosło ze sobą niekorzystne skutki, jeśli staw był długo w bezruchu. Metoda ta umożliwiła stosowanie zasady funkcjonalnego leczenia nie tylko w przypadkach złamań, ale także u chorych po operacjach kostno-stawowych, w przewlekłych schorzeniach stawów, w przypadkach porażeń różnej etiologii. Były to więc początki dzisiejszej rehabilitacji funkcjonalnej, czyli stosowania ćwiczeń ruchowych we wszystkich ich odmianach, w połączeniu z masażem i zabiegami fizykoterapeutycznymi, w zgodzie z leczeniem podstawowym, zachowawczym lub chirurgicznym [7]. Według W. Degi leczenie funkcjonalne zaczyna się równocześnie z leczeniem podstawowym i idzie z nim w parze. Odpowiada to fizjologicznym właściwościom układu ruchowego. „Logicznym następstwem tej koncepcji jest to, że ortopedia zajmuje się także zwalczaniem kalectwa w samym zarodku i jednym z jej zadań jest profilaktyka" [2, s. 132, 9, s. 303].

Jedną z pierwszych decyzji, jakie po zakończeniu drugiej wojny światowej i powrocie do Poznania (jako kierownik Katedry i Kliniki Ortopedycznej Uniwersytetu Poznańskiego) podjął Profesor, było utworzenie oddziału rehabilitacji z warsztatami ortopedycznymi, pracownią psychologiczno-socjalną, szkołą podstawową dla niepełnosprawnych, poradniami specjalistycznymi, pracownią anatomopatologiczną, patofizjologii i biomechaniki. Miało to stanowić bazę materialną dla wszechstronnej działalności leczniczej, naukowej i dydaktycznej, ale przede wszystkim dla rozwoju Jego koncepcji kompleksowego leczenia chorych z wadami i schorzeniami narządu ruchu. W 1960 r. uruchomił na poznańskim uniwersytecie Katedrę Medycyny Rehabilitacyjnej, co spowodowało, że rehabilitacją zainteresowały się także inne specjalności. Skłoniło to Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej do wprowadzenia w 1969 r. rehabilitacji w zręby organizacyjne polskiej służby zdrowia. Wytyczne opracowała Komisja Rehabilitacji Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia i Opieki Społecznej pod kierunkiem prof. Degi, który rok później zaprezentował wyniki prac komisji na temat rehabilitacji podczas posiedzenia Biura Europejskiego WHO. Zostały one zaakceptowane jako model godny naśladowania, albowiem uwzględniały wdrożenie procesu rehabilitacji na każdym etapie leczenia chorego [10].

W. Dega przez całe zawodowe życie przekazywał swoim uczniom wiedzę i zafascynowanie leczniczą funkcją ruchu. Najlepszym tego wyrazem jest jego maksyma: „Ruch jako lek nie ma substancji ani opakowania. Sub-

stancją tego leku jest pomysł zrodzony z nauki i doświadczenia. Jego podanie wymaga prawdziwego mistrzostwa. Przekazanie go choremu wraz z osobowością i sercem czyni ten lek niezastąpionym" [11, s. IX].

Interesował się nie tylko rehabilitacją medyczną. Działał również bardzo aktywnie na niwie społecznej. Jako lekarz społecznik zwracał uwagę, że zabiegi operacyjne są dla inwalidów tylko środkiem do celu. Celem natomiast jest powrót do czynnego udziału w życiu zawodowym i społecznym. Wielokrotnie podkreślał, że rehabilitacja w Polsce zrodziła się z potrzeb społeczeństwa, a nie z nakazu administracyjnego. Jak mawiał: „[…] rylcem żłobiącym zarys ogólnej sylwetki życiowej człowieka jest, ściśle rzecz biorąc, nie jego kalectwo względem ułomności fizycznej, która stanowi tylko przyczynę główną, ale stojący w ścisłym związku z nią splot warunków, wpływów, zdarzeń i przeżyć z jego osobistego rodzinnego i środowiskowego życia" [6, s. 8].

Zajmując się niepełnosprawnością, zwracał uwagę na zasadę kompleksowości w rehabilitacji, podkreślając, że niepełnosprawność ludzi często powoduje spaczenie ich charakteru z powodu załamania psychicznego będącego skutkiem przebytych doznań. Wiedział, że gdy pacjenci zaczynają odczuwać swoje upośledzenie pod względem fizycznym, pojawia się u nich uczucie małowartościowości oraz samotności duchowej, a wówczas człowiek ucieka od życia i zamyka się w sobie. Dlatego Profesor twierdził, że rehabilitacja w przypadku wady fizycznej tylko wtedy zakończy się sukcesem, gdy będzie temu towarzyszyła terapia psychiczna, zwana rehabilitacją psychologiczną, która uczy niepełnosprawnych akceptacji swojej ułomności [10]. Zdaniem Degi, lekarz nie może pominąć oceny stanu psychicznego chorego, gdyż – jak mawiał – „[…] chory musi posiadać jakieś minimum tolerancji i stabilności psychicznej, aby wytrzymać wysiłek nakładany przez program rehabilitacji pooperacyjnej" [12, s. 1425, 13].

Profesor Dega uważał, że w rozwoju rehabilitacji bardzo istotna jest także współpraca środowisk medycznych z najwyższą władzą (politycy, rząd), podkreślając, że ma to szczególne znaczenie w czasie wybuchu epidemii. I tak, gdy wybuchła w Polsce epidemia Heinego-Medina, nastąpiła rewolucja w systemie rehabilitacji. W wyniku tej epidemii zmarło ponad 6000 osób, a tysiące dotychczas zdrowych i młodych ludzi zostało inwalidami. To właśnie dzięki staraniom prof. Degi ministerstwo zdrowia uruchomiło w szybkim tempie w wielu miastach osobne oddziały rehabilitacyjne, które zajęły się walką ze skutkami tej choroby, a także rozpoczęło się szkolenie personelu z zakresu usprawniania fizjoterapeutycznego. Jak sam Profesor mówił: „[…] okolicznościami decydującymi o pomyślnym rozwoju rehabilitacji były: wprowadzenie powszechności i bezpłatności służby zdrowia oraz wejście w życie nowej konstytucji, która zapewniła każdemu obywatelowi prawo do nauki i prawo do pracy. […] W odbudowującej się po wojnie Polsce każda para rąk była potrzebna. Stworzyło to naturalne warunki dla rozwoju rehabilitacji, która szybko okazała się także racjonalnym sposobem modernizowania lecznictwa" [2, s. 44].

Wielokrotnie podkreślał też, że walka z niepełnosprawnością ludzi musi obejmować zapobieganie, leczenie, przystosowanie i produktywność. Chory, który uległ wypadkowi, nie może żyć z obawą, że postępowanie lecznicze ograniczy się tylko do wyleczenia jego choroby. Musi czuć się pewnie zarówno w szpitalu, jak i po jego opuszczeniu, o czym przekonuje wypowiedź, że „[…] rehabilitacja osób ciężej poszkodowanych na zdrowiu nie ogranicza się do zajęcia się ich podstawową chorobą czy kalectwem, lecz powinna zająć się wszystkimi skutkami, które wyłoniły się w związku z uszkodzeniem zdrowia tych osób. Obejmuje ona więc, obok fizycznego upośledzenia ciała, reakcje psychiczne chorego […], jak również skutki rodzinne, społeczne i zawodowe […] a u dzieci skutki pedagogiczne oraz ukierunkowanie zawodowe" [1, s. 17]. Dlatego tak ważne dla prof. Degi było, aby rehabilitacja była powszechna, wczesna, kompleksowa i ciągła. Są to główne założenia, sformułowanej przez Niego „polskiej koncepcji rehabilitacji". *Powszechność* obejmuje wszystkie dyscypliny medyczne i jest dostępna

w każdej formie dla wszystkich, *wczesność* realizowana jest poprzez możliwie wczesne rozpoczęcie rehabilitacji, przez co ogranicza skutki wczesnych i późnych urazów, *kompleksowość* dotyczy wszechstronnego podejścia do pacjenta, przez co uwzględnia aspekt leczniczy, psychologiczny, społeczny i zawodowy, natomiast *ciągłość* pozwala uzyskać optymalne efekty, łącznie z powrotem do czynnego życia, co gwarantuje powiązanie rehabilitacji leczniczej z rehabilitacją społeczną i zawodową. Z tego powodu Profesor uważał, że chory powinien mieć zapewnione grono specjalistów, których rolą jest niedopuszczenie do tego, aby niepełnosprawność wytrąciła zdrowego poza grono użytecznych obywateli, specjalistów czuwających nad ciągłością rehabilitacji. W. Dega w swej pionierskiej działalności od początku uczył, że im lepiej będzie zorganizowana i upowszechniona rehabilitacja lecznicza, tym mniejsze będzie obciążenie sektora rehabilitacji zawodowej, „[…] w przeciwnym razie inwalidzi będą szkoleni i będą pracowali w «obrębie inwalidztwa»" [2, s. 134, 14]. Zaniedbanie jakiegokolwiek ogniwa w zespolonym działaniu rehabilitacyjnym przynosi szkodę pacjentowi. Jest sprawą oczywistą i bezdyskusyjną, że lekarz – specjalista różnych dziedzin medycyny – jest postacią naczelną, kierującą przebiegiem leczenia. Jednak wydaje się, że obok niego najwłaściwszym pracownikiem wnoszącym znaczny wkład w powodzenie tego procesu jest właśnie fizjoterapeuta. Wydaje się zatem, że znaczący udział fizjoterapeutów w procesie rehabilitacyjnym jest zasługą właśnie prof. Degi, gdyż obecnie nie można fizjoterapeuty zastąpić żadnym innym pracownikiem, a specyfika tego zawodu, jak mało którego, predysponuje nas do koncepcyjnej działalności.

Zdaniem prof. Degi, osoba niepełnosprawna, aby mogła funkcjonować w świecie, potrzebuje pomocy nie tylko medycznej, lecz także społecznej i ukierunkowania zawodowego. Profesor podkreślał jednocześnie, że nadmierna troska nie jest korzystna w procesie rehabilitacji. Stąd zwracał uwagę na związek pomiędzy rehabilitacją medyczną a rehabilitacją społeczną, stwierdzając, że: „[…] jest to metoda, która pozwala na przywrócenie zdolności do czynnej działalności społecznej inwalidzie, który wskutek choroby lub urazu zdolności te zatracił, lub młodzieńcowi, który z powodu wad wrodzonych nigdy ich nie miał" [1, s. 17].

Troszcząc się zatem o los chorego, zarówno medyczny, społeczny, jak i zawodowy, realizowana jest zasada leczenia człowieka, a nie wyłącznie jego choroby. W związku z tym rehabilitację należy rozumieć nie jako oddzielną, wyodrębnioną dyscyplinę, lecz jako integralną składową całego lecznictwa. To sprawia, że rehabilitacja przyczynia się do humanizacji medycyny. A humanizacja wydaje się jedną z najważniejszych i niezaprzeczalnych przesłanek postępowania fizjoterapeutów w czasach współczesnych. Prof. Dega mówił: „Rehabilitacja właściwie pojęta jest nie tylko istotnym wykładnikiem postępu w lecznictwie, lecz także czynnikiem, łączącym zawężające się coraz bardziej specjalności lekarskie, a wnosząc głęboki humanizm w lecznictwo, przeciwstawia się dehumanizacji medycyny" [15, s. 673]. Konkludując, można powiedzieć, że humanizm w relacjach terapeuta–pacjent oraz możliwość rozwoju zasady humanitaryzmu społecznego poprzez przywracanie osoby niepełnosprawnej społeczeństwu podkreślana w poglądach Profesora pozostaje wartością nadrzędną i aktualną do dziś. Udowadnia to, że współczesnemu fizjoterapeucie do wykonywania swojego zawodu potrzebna jest wszechstronna wiedza zarówno z zakresu medycyny, jak i sportu, gdyż fizjoterapia jako odrębna dziedzina naukowa jest miejscem styku kultury fizycznej i medycyny. Wiąże się z tym także humanizacja procesu fizjoterapii, która zależna jest od determinantów osobowościowych, kwalifikacji zawodowych i stylu pracy fizjoterapeutów. Powoduje to, że aby proces rehabilitacji był efektywny i w pełni humanitarny, musi on jednocześnie realizować wartości perfekcjonistyczne, emocjonalne, intelektualne, estetyczne, hedonistyczne, prestiżowe, materialne i zdrowotne. Autorzy wyrażają opinię, że uwzględnienie wszystkich tych wartości decyduje o powodzeniu fizjoterapii, a także szeroko pojętej rehabilitacji. Dopiero wówczas można mówić o rehabilitacji i fizjoterapii jako wspólnej płaszczyźnie działania,

którego celem jest przywrócenie niepełnosprawnemu człowiekowi w miarę możliwości pełnię funkcji życiowych. O takim postępowaniu niejednokrotnie przekonywał nas prof. Dega, który całe swoje zawodowe życie poświęcił działalności na rzecz poprawy bytu osób niepełnosprawnych, a jednocześnie nas – fizjoterapeutów żyjących współcześnie – zobowiązał do kontynuowania tego dzieła, co autorzy niniejszej pracy poczytują sobie za zaszczyt i obowiązek.

BIBLIOGRAFIA

[1] Dega W., Koncepcja rehabilitacji, [w:] Dega W., Milanowska K. (red.), Rehabilitacja medyczna, PZWL, Warszawa 1993, 15–23. **[2]** Hulek A., Teoria i praktyka rehabilitacji inwalidów, PZWL, Warszawa 1969. **[3]** Maksylan C., Prof. Wiktor Dega, *Pol Med Sci Hist Bull*, 1970, 13 (1), 2–3. **[4]** Dega W., Zagadnienie postawy dzieci w pierwszym roku szkolnym, *Wychowanie Fizyczne*, 1934, 15, 453. **[5]** Dega W., Znaczenie postawy w wychowaniu fizycznym z punktu widzenia zdrowia, *Nowiny Lekarskie*, 1935, 14, 385–387. **[6]** Lempicki A., Praca naukowa Wiktora Degi (1925–1985), *Chir Narzadow Ruchu Ortop Pol*, 1987, 52 (1), 7–9. **[7]** Dega W., Zapiski do autobiografii (cz. 1). Moja droga życiowa do wiedzy i zawodu, *Kwartalnik Historii Nauki i Techniki*, 1985, 29 (2), 259–322. **[8]** Przemówienie powitalne Krajowego Konsultanta ds. Rehabilitacji prof. dra med. Wiktora Degi podczas V Krajowego Zjazdu Magistrów Wychowania Fizycznego Pracujących w Rehabilitacji w dn. 18–19.10.1974, [w:] Kubiś W., Metody postępowania w usprawnianiu leczniczym i kryteria ich oceny, PTWK, Warszawa 1976, 4–5. **[9]** Dega W., Zabezpieczenie opieki profilaktyczno-leczniczej, rehabilitacyjnej i społecznej nad dziećmi i młodzieżą z trwale zagrożoną sprawnością fizyczną i umysłową, *Zdrowie Publiczne*, 1965, 7–8, 303. **[10]** Marciniak W., Prof. dr med. Wiktor Dega 1896–1995 wspomnienie pośmiertne, *Chir Narzadow Ruchu Ortop Pol*, 1995, 60 (4), 249–255. **[11]** Fragment wypowiedzi prof. W. Degi na I Krajowym Zjeździe Magistrów Wychowania Fizycznego Pracujących w Rehabilitacji, Poznań 1962, [w:] Kubiś W. (red.), Metody postępowania w usprawnianiu leczniczym i kryteria ich oceny, PTWK, Warszawa 1976. **[12]** Hulek A., Współczesne poglądy na rehabilitację leczniczą inwalidów (interpretacja psychologiczno-społeczna), *Polski Tygodnik Lekarski*, 1969, 24 (37), 1424–1426. **[13]** Dega W., Zabiegi chirurgiczno-ortopedyczne w programie leczenia chorych gośćcowych, [w:] Piątkowski S. (red.), Pamiętnik XV Zjazdu Polskiego Towarzystwa Ortopedii i Traumatologii, PZWL, Warszawa–Lublin 1964. **[14]** Dega W., Praca przedstawiona Ministerstwu Zdrowia i Opieki Społecznej 21 czerwca 1966 r. na temat organizacji leczniczej rehabilitacji, Warszawa 1966. **[15]** Dega W., Lecznicza rehabilitacja w XX-leciu, *Chir Narzadow Ruchu Ortop Pol*, 1964, 29, 671–679.