



Marta Szabat

UNIwersytet Jagielloński Collegium Medicum

KOMUNIKACJA W FIZJOTERAPII JAKO NARZĘDZIE TERAPEUTYCZNE W PRACY Z PACJENTEM

Abstract

Communication in physiotherapy as a therapeutic tool in work with a patient

Background. The significance of communication in the work of physiotherapists is currently under discussion. On the one hand, it is considered as a factor in the quality of therapy in terms of the patient's satisfaction. On the other hand, its significance is not recognized as an important factor affecting the treatment itself. Undoubtedly, it would be advisable to establish a consensus on this issue. An appropriate communication model tailored to the needs of each patient may prove useful in this respect. However, in order to achieve results, it is necessary to acquire professional knowledge on the principles of medical communication models and the ability to apply them in practice. The aim of the study was to assess the feasibility of incorporating therapeutic values contained in medical models of communication into therapy based on an analysis of empirical research (taking into account the following models: bio-medical, holistic, humanistic, linear, interactive and transactional). **Material and methods.** A humanistic method of analysis according to which the collected material was first analyzed (the essential concepts associated with the title issue were selected, and the research issue appropriate for the chosen subject was established). In the second stage, the analysis was subjected to empirical study (internal and external analysis) and the findings were compared with the assumptions of the medical models of communication. **Results.** As a result of the analysis, it was confirmed that holistic, humanistic and interactive models can be a useful tool for a physiotherapist in working with a patient (if the specific type of communication is intentionally used for therapeutic purposes). The basic material to be analysed in terms of empirical study was compiled using the employee's access to the resources of PubMed MEDLINE and the Library of Medicine at the Jagiellonian University in Krakow. **Conclusions.** With the welfare of the patients in mind, the most appropriate models of communication implemented in the course of therapy are the humanistic, holistic and interactive models.

Key words: motivation, knowledge, competencies

Słowa kluczowe: motywacja, wiedza, kompetencje

WPROWADZENIE

Nad znaczeniem komunikacji w pracy fizjoterapeuty toczy się dyskusja. Z jednej strony, ze względu na satysfakcję pacjentów (*patient satisfaction*), uważana jest ona za czynnik podwyższający jakość terapii (Parry 2004, Kerry i wsp. 2013, Opsommer i Schoeb 2014), a z drugiej strony jej znaczenie nie jest uznawane za istotne, mające wpływ na tę ostatnią (Bishop i wsp. 2013). Pierwszy punkt widzenia dominuje w badaniach odnoszących się do satysfakcji pacjentów z prowadzonej terapii. Pogląd zaś o stosunkowo małym znaczeniu komunikacji dla efektów terapii przeważa wśród fizjoterapeutów. Niewątpliwie najbardziej korzystne byłoby ustale-

nie konsensusu w tej kwestii. Pomocą mogłoby się okazać dobranie odpowiedniego modelu komunikacyjnego do potrzeb każdego pacjenta. Aby to jednak było możliwe, konieczna jest gruntowna wiedza na temat założeń medycznych modeli komunikacyjnych oraz umiejętność stosowania jej w praktyce.

Sformułowanie „model komunikacyjny” odnosi się do określonego wzorca postępowania oraz do struktury teoretycznej z nim związanej (Kowalski i Gawel 2006). W medycynie wyróżnia się następujące modele pracy z pacjentem: biomedyczny, humanistyczny, holistyczny, liniowy, interaktywny, transakcyjny, generyczny (Zaborowski 2013). Modele komunikacyjne pokazują różnorodność możliwych kontaktów terapeuty z pa-

centem. Zdarza się, że terapeuta podświadomie realizuje określony model komunikacyjny w swojej pracy zawodowej, jednak nie jest w stanie ustalić konsekwencji zeń wynikających. Warto zaznaczyć, że każdy model ma dobre i złe strony. Dlatego należy przemyśleć sposób postępowania z pacjentami, mając na względzie zarówno indywidualne oczekiwania oraz potrzeby, jak i kierując się dobrem pacjentów oraz dobrze pojętym interesem. Kwestia wyboru danego modelu postępowania lub też wybrania z kilku modeli tego, co w nich najlepsze, i zaaplikowania do praktyki zawodowej wymaga przede wszystkim motywacji i wiedzy, ale również zrozumienia znaczenia komunikacji w relacjach terapeuta-pacjent oraz uznania komunikacji za jedno z możliwych narzędzi terapeutycznych.

Warto tu także nadmienić, że model generyczny to forma opisu etapów relacji zachodzących między terapeutą a pacjentem, stąd jego elementy znajdują się w każdej formie relacji terapeuty z pacjentem. W podsumowaniach i wnioskach niniejszego artykułu nie będzie on brany pod uwagę jako zbyt neutralny i obiektywny pod względem analitycznym.

W modelu generycznym zakłada się, że terapeuta i pacjent, w zależności od sytuacji, przyjmują określone role w procesie komunikacji. Pierwoplanową rolę odgrywa pacjent, ponieważ to on wybiera terapeuta, objaśnia w wywiadzie swoją sytuację. Następnie role się zmieniają i to fizjoterapeuta wyjaśnia pacjentowi cele terapii. Na koniec zachodzi interakcja między terapeutą a pacjentem. Wiele zależy od tego, jaki model pracy przyjmie fizjoterapeuta. Jeżeli pracuje zgodnie z modelem biomedycznym czy liniowym, reprezentuje stanowisko paternalistyczne – „z góry” będzie już wiedział, co pacjent powinien powiedzieć w wywiadzie. W dalszych fazach rola pacjenta również będzie zredukowana do koniecznego minimum. Jeżeli natomiast fizjoterapeuta pracuje zgodnie z humanistycznym czy holistycznym modelem, to rola, jaką odegra pacjent w procesie terapeutycznym, będzie zależała od wzajemnych interakcji pacjenta z terapeutą. Innymi słowy, w ramach modelu generycznego możliwe jest wypracowanie optymalnego modelu pracy, zgodnego z oczekiwaniami i wymaganiami zarówno terapeuty, jak i pacjenta.

CEL BADAŃ

Celem niniejszego artykułu jest ocena możliwości realizacji wartości terapeutycznych zawartych w medycznych modelach komunikacyjnych w ramach fizjoterapii. Dzięki analizie materiału empirycznego można wyodrębnić modele komunikacyjne najlepiej realizujące założenie, że świadomie oraz umiejętnie używane formy komunikacji mogą mieć istotny wpływ na efekty terapii, stając się przydatnymi narzędziami terapeutycznymi.

MATERIAŁ I METODY

Rozważania w niniejszym artykule wykorzystują humanistyczną metodę analizy, zgodnie z którą zebrany materiał najpierw poddano analizie (wydobyte zostały zasadnicze pojęcia związane z tytułowym zagadnieniem oraz ustalona została problematyka badawcza adekwatna dla podjętego tematu). Na drugim etapie analizie (wewnętrznej i zewnętrznej) poddane zostały badania empiryczne, a ustalenia porównano z założeniami poszczególnych modeli komunikacyjnych. Materiał do analizy w znaczeniu badań empirycznych został zgromadzony dzięki pracowniczej możliwości korzystania z zasobów PubMed MEDLINE w dostępie Biblioteki Medycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

OMÓWIENIE

Na ocenę jakości fizjoterapii w oczach pacjentów wpływają następujące czynniki: otoczenie (estetyka obiektu, warunki środowiskowe i społeczne), organizacja pracy (czas oczekiwania na terapeuta, przerwy podczas terapii, czas oczekiwania w sekwencji leczenia, bezpieczeństwo pacjenta) (Medina-Mirapeix i wsp. 2013). Również wskaźnik społeczny (*social factor*) pełni ważną funkcję wspierającą w kontakcie między pacjentami w trakcie terapii (Anaf i Sheppard 2007, 2010, Medina-Mirapeix i wsp. 2013, Peiris i wsp. 2012) lub w kontakcie z fizjoterapeutą (Peiris i wsp. 2012). Znaczącą rolę odgrywa także satysfakcja pacjenta (Little i wsp. 2001, Schatt-

ner i wsp. 2004, Cooper i wsp. 2008). Wyniki badań potwierdzają (Lindquist i wsp. 2006, 2010, Gunn i Goding 2009, Thomson i Hilton 2012, Powell i wsp. 2013), że umiejętności komunikacyjne fizjoterapeutów mogą znacząco podnieść jakość terapii i wpłynąć pozytywnie na relacje z pacjentami. Dlatego organizowane są specjalistyczne kursy dla fizjoterapeutów w zakresie komunikacji, również w ramach studiów.

W dalszej części pracy zamieszczono wyniki analizy, jakiej poddanych zostało sześć badań z zakresu komunikacji w fizjoterapii. Trzy pierwsze przedstawiają stan badań nad komunikacją z perspektywy fizjoterapeutów. Trzy następne odnoszą się do tego samego zagadnienia, lecz z perspektywy pacjentów.

A. W badaniach brytyjskich (Parry i Brown 2009) autorzy zwracają uwagę na różnorodność metod dotyczących nauczania umiejętności komunikacyjnych w fizjoterapii (począwszy od teoretycznych seminariów poprzez seminaria z wykorzystaniem gier dydaktycznych, a skończywszy na analizie indywidualnych przykładów zarejestrowanych na nośnikach cyfrowych) i na brak wymiernego narzędzia oceniającego efektywność metod dydaktycznych w zakresie nauczania komunikacji w fizjoterapii. Sprawdzenie każdej z metod w praktyce pozwoliłoby wybrać te najbardziej przydatne w pracy zawodowej.

Autorzy badań podkreślają także trudność badawczą samej materii komunikacyjnej ze względu na jej niejednoznaczność, indywidualne predyspozycje i różnice między osobami komunikującymi się. Swoje wątpliwości ujmują w następujące aspekty:

1. Jak ustalić standard niewerbalnej komunikacji fizjoterapeuty z pacjentem (standard dotyku)?

2. Jak fizjoterapeuta powinien wydawać polecenia i jak powinien korygować ruchy pacjenta?

3. W jaki sposób pacjenci demonstrują zrozumienie dla własnej terapii?

4. W jaki sposób pacjenci i fizjoterapeuci powinni współpracować po to, aby osiągnąć wspólny cel?

5. Jaki model pracy z pacjentem przyjął (życie profesjonalne i prywatne)?

Wymienione zagadnienia związane są

z różnorodnymi obszarami wiedzy o czło- wieku. Umiejętności komunikacji z pacjen- tem można jednak wypracować tylko w trak- cie własnej praktyki zawodowej. Obiektywne dane dotyczące najbardziej efektywnych sposobów komunikacji z pacjentem nie są wystarczająco udokumentowane, aby można było jednoznacznie i z całą pewnością od- powiedzieć na postawione pytania, czy też wystarczająco rozwinać zasygnalizowane problemy. Na pewno jednak można stwier- dzić, że skutecznych umiejętności komunika- cyjnych można nauczyć się tylko wówczas, gdy w przypadku interakcji z pacjentem w realnych sytuacjach zawodowych fizjoterapeu- ta otrzymuje komunikat zwrotny o wła- ściwości własnego postępowania.

Komunikacja z pacjentem opierałaby się przede wszystkim na żmudnej, codziennej praktyce, pracy nad własnymi odruchami, na analizie komunikatów zwrotnych ze strony pacjentów. Podstawą zaś interakcji z pacjen- tem jest dla fizjoterapeuty motywacja zwią- zana z gotowością do nauki oraz postawą gotowości na zmiany. Autorzy badań pod- kreślają, że najbardziej efektywna metoda nauki komunikacji powinna opierać się na doświadczeniu i na analizie reakcji zwrot- nych ze strony pacjentów. W ramach moty- wacji terapeuty musi założyć, że doskona- lenie komunikacji z pacjentem jest jednym z ważnych punktów w jego rozwoju zawo- dowym. Wielu fizjoterapeutów uważa jed- nak, że komunikacja nie odgrywa istotnej roli w ich pracy. Ze względu na takie nastawie- nie systematyczna praca nad umiejęt- nościami komunikacyjnymi jest niemożliwa. Warto także zaznaczyć, że dla wielu fizjote- rapeutów komunikacja z pacjentem to za- gadnienie marginalne, szczególnie w przy- padku nadmiaru pacjentów i presji czasu.

Z badań wynika, że komunikacja nie jest postrzegana jako priorytetowe narzędzie ko- munikacyjne w pracy z pacjentem, stąd nie- wielka liczba profesjonalnych kursów od- powiadających potrzebom fizjoterapeutów na studiach medycznych. Organizowanie tego rodzaju kursów wymagałoby nie tylko zaangażowania ze strony studentów i kadry dydaktycznej, lecz także znacznych nakładów finansowych, co dla niektórych placówek mogłoby być istotną przeszkodą. Rezultaty

badania wskazują, że organizowanie tego typu kursów może być najbardziej użyteczne na ostatnich latach studiów. Powinny one uwzględnić przede wszystkim osobiste doświadczenie empiryczne studentów w pracy z pacjentami.

Według autorów artykułu luki w wiedzy na temat wpływu zajęć z komunikacji na efekty pracy zawodowej z pacjentami powinny stanowić wyzwanie dla nauczycieli przygotowujących fizjoterapeutów do pracy zawodowej. Oznacza to, że mimo przeszkód powinni oni badać ten obszar wiedzy medycznej i przekazywać fizjoterapeutom zdobytą w ten sposób wiedzę.

B. W pracy *Communication style and exercise compliance in physiotherapy (CONNECT). A cluster randomized controlled trial to test a theory-based intervention to increase chronic low back pain patients' adherence to physiotherapists' recommendations: study rationale, design, and methods* (Lonsdale i wsp. 2012) przedstawiono wyniki badań potwierdzające teorię samomotywowania się (*a self-determination theory*), zgodnie z którą pacjenci, motywowani przez fizjoterapeutów, zarówno w trakcie trwania sesji, jak i samodzielnie, we własnym zakresie, lepiej wykonują zalecane im ćwiczenia, co skutkuje korzystniejszymi efektami terapii. Badania zostały przeprowadzone wśród pacjentów leczonych na przewlekłe bóle krzyża (*chronic low back pain* – CLBP); zarówno grupa badana przeszkolona pod względem komunikacji, jak i grupa, która nie uczestniczyła w takim treningu, pracowały w czterech placówkach podstawowej opieki zdrowotnej i w dwóch szpitalach.

Jedna z dwóch badanych grup została przeszkolona w ramach strategii CONNECT (Theory-based Communication Skills Training Workshops). Fizjoterapeuci z drugiej grupy nie wzięli udziału w szkoleniu.

Na trening CONNECT składa się 18 technik, pogrupowanych w 5 bloków¹:

¹ ASK (Using Open-Ended Questions, Using Single Questions, Staying Silent, Paraphrasing, Empathizing, Gauging Patient Readiness to accept advice).

ADVISE (Catering for Different Learning Preferences, Closing the Loop, Providing a Ratio-

Pytania

Zadawanie pytań otwartych (np. „Proszę mi powiedzieć, jak się Pani/Pan dzisiaj czuje. Czy coś boli?”) – cel: nawiązanie relacji.

Stosowanie pojedynczych pytań – jednego po drugim (niezadawanie wszystkich pytań naraz, ale cierpliwe oczekiwanie aż pacjent odpowie na zadane pytanie, następnie postawienie kolejnego) – cel: nawiązanie relacji.

Milczenie – „niebanie” się ciszy, jeżeli zauważymy, że pacjent ma trudności z powiedzeniem czegoś, cierpliwe oczekiwanie – cel: nawiązanie relacji.

Parafrazowanie (powtarzanie tego, co pacjent powiedział swoimi słowami, co świadczy o zrozumiałości tego, co zostało powiedziane, oraz o empatii i zainteresowaniu – cel: nawiązanie relacji).

Bycie empatycznym (np. używanie sformułowań typu „Widzę, że to Panią/Pana zasmuca”) – cel: nawiązanie relacji.

Pytanie pacjenta o to, czy chce naszej rady, nienarzucanie mu wizji terapeuty, ale spokojne zaproponowanie rozwiązań, które z punktu widzenia terapeuty wydają się najlepsze – cel: poszanowanie autonomii.

Wyjaśnienia i rady

Stosowanie różnych metod, kiedy pacjent ma problemy ze zrozumieniem celu i przebiegu terapii (nie tylko werbalnych, ale także wizualnych – plansz itp.) – cel: wzmocnienie kompetencji pacjenta.

„Zamykanie pętli”: upewnienie się, że pacjent zrozumiał wszystkie ważne sugestie i wyjaśnienia terapeuty (można poprosić pacjenta o to, aby powtórzył zalecenia terapeuty dla pewności, że wszystkie informacje zostały zapamiętane) – wzmocnienie kompetencji pacjenta.

Wyjaśnienie celu terapii: objaśnienie przyczyn i celów terapii; dlaczego i po co – cel: poszanowanie autonomii.

nale, Providing Opportunities for Patient Input or Choice, Using Autonomy Supportive Phrases Instead of Controlling Language).

AGREE (Employing SMART Goal Setting, Ensuring Active Patient Participation in Goal Setting).

ASSIST (Identifying Barriers and Obstacles, Identifying Solutions and Obstacles).

ARRANGE (Providing a Rehabilitation Diary, Following-Up, Offering Contact).

Dopasowanie terapii do stylu życia pacjenta: np. w wypadku, gdy zalecana jest fizyczna aktywność, można dopytać pacjenta, jaką formę aktywności lubi najbardziej i pozwolić mu wybrać najdogodniejszą – cel: poszanowanie autonomii.

Stosowanie słownictwa wzmacniającego autonomię: zamiast „Proszę to dla mnie zrobić” lepsza jest fraza „Jeżeli będzie Pani/Pan wykonywał te ćwiczenia regularnie, to poprawi się stan...” itp. – cel: poszanowanie autonomii i wzmacnianie kompetencji pacjenta.

Współdziałanie

Mądre realizowanie wspólnego celu terapii: określenie celu i konsekwentne jego realizowanie – cel: wzmacnianie kompetencji.

Wzmacnianie aktywnego udziału pacjenta w terapii: np. pytanie pacjenta o jego opinię, komentarze, uwagi na temat trudności terapii – cel: poszanowanie autonomii i wzmacnianie kompetencji pacjenta.

Towarzyszenie

Identyfikowanie ewentualnych barier i potencjalnych problemów mogących przeszkadzać w efektywnym realizowaniu terapii: „Czy jest coś, co może utrudniać systematyczne ćwiczenia?” itp. – cel: poszanowanie autonomii i wzmacnianie kompetencji pacjenta.

Identyfikowanie rozwiązań dotyczących ewentualnych barier i przeszkód: np. „Skoro Pani/Pan wie, że to mogłoby przeszkadzać w systematycznej terapii, to co trzeba byłoby zrobić, aby zapewnić sobie realizację terapii?” – cel: poszanowanie autonomii i wzmacnianie kompetencji pacjenta.

Organizacja

Dokumentowanie przebiegu terapii – cel: poszanowanie autonomii i wzmacnianie kompetencji pacjenta.

Systematyczne uzupełnianie dokumentacji – cel: budowanie relacji i wzmacnianie kompetencji.

Zaoferowanie kontaktu (e-mail, telefon) – cel: budowanie relacji i wzmacnianie kompetencji.

Ewaluacja wyników badań odbywała się na wielu poziomach. Wykazano duże różnice między grupą przeszkoloną w zakresie ko-

munikacji a grupą, która nie uczestniczyła w szkoleniu CONNECT. Na wszystkich z nich zakładane hipotezy zostały potwierdzone.

Znając założenia powyższego treningu, należy uznać, że najpełniej realizowane są w nim założenia modelu humanistycznego, holistycznego oraz transakcyjnego.

W ramach tego pierwszego fizjoterapeuta angażuje się w relację z pacjentem – przyjmuje postawę empatyczną, stara się zrozumieć sytuację chorego. Podstawę jego relacji z pacjentem stanowi bezpośredni, spontaniczny kontakt. W tym modelu wywiad nie jest schematyczny. To nie tylko wywiad, lecz rozmowa o chorobie i sytuacji chorego (w artykule odróżniam wywiad od rozmowy; rozmowa ma charakter nieformalny, terapeuta stara się w niej zmniejszyć dystans dzielący go od chorego, stara się jak najlepiej go poznać jako osobę). Ten model obciążony jest dużym ryzykiem związanym z niemożnością kontrolowania nie tylko emocji fizjoterapeuty, lecz także pacjenta. Zredukowanie personalnego dystansu fizjoterapeuty w stosunku do pacjenta może być kłopotliwe przede wszystkim w trudnych sytuacjach życiowych, dlatego wymaga dużego doświadczenia i dojrzałości ze strony fizjoterapeuty. Mazurek (2009, s. 90) stwierdza: „Przyjęcie postawy humanistycznej wiąże się z określonym podejściem do pacjenta i do prowadzonej terapii. Skutkuje ono tym, że pacjent czuje koło siebie żywego człowieka, a nie «naukowca». Pacjent czuje, że sam też jest traktowany jak żywy i prawdziwy człowiek – jako osoba, a nie przedmiot manipulacji badawczych i terapeutycznych”.

W modelu holistycznym fizjoterapeuta i pacjent są dla siebie nawzajem partnerami. Ich wzajemna relacja opiera się na odpowiedzialności, dojrzałości, poszanowaniu godności i autonomii. W modelu tym pacjent ujmowany jest jako byt cielesny, psychiczny i duchowy, stąd cel rehabilitacji stanowi zdrowie pacjenta jako byt całościowy (Mazurek 2009, s. 90–91). Oznacza to, że z jednej strony terapeuta zachowuje swój autorytet jako profesjonalista mający specjalistyczną wiedzę medyczną, z drugiej jednak strony pacjent, jako autonomiczny podmiot, ma prawo do informacji związanej z celem i przebiegiem terapii, do współdecydowania w sytuacjach, które tego wymagają. Pacjent nie jest biernym

przedmiotem przeprowadzanych zabiegów, lecz pełnoprawnym uczestnikiem procesu terapeutycznego. Zieliński (2005, s. 14–16) uznaje ten model za przeciwwagę dla redukcjonistycznego modelu biomedycznego, zwracając uwagę na to, że pacjent to nie tylko ciało, lecz na jego byt składa się zarówno psychika, jak i środowisko społeczne, w jakim żyje.

W modelu interaktywnym komunikat przebiega od nadawcy do odbiorcy oraz od odbiorcy do nadawcy. Najpierw nadawca przekazuje odbiorcy komunikat, np. polecenia, lub też o coś pyta odbiorcę – pacjenta. Następnie ten odpowiada lub wykonuje polecenie, sam stając się nadawcą określonego komunikatu. Na skuteczność procesu komunikacji wpływ może mieć wiele czynników, takich jak wiedza, kultura osobista, umiejętności interpersonalne (werbalne i niewerbalne), bariery komunikacyjne (np. przedwczesna ocena pacjenta przez terapeutę lub odwrotnie, krytyka, brak wrażliwości na stan emocjonalny odbiorcy, przekonanie o swoich racjach, moralizowanie, brak życzliwości i inne), kontekst społeczny, a nawet stan psychiczny, w jakim znajduje się terapeuta czy pacjent. Na każdym etapie procesu komunikacyjnego może dochodzić do zakłóceń.

W szkoleniu CONNECT widoczne są także elementy modelu transakcyjnego. Jego założenie stanowi wspólny cel, do którego dążą zarówno fizjoterapeuta, jak i pacjent. Tym celem jest odzyskanie sprawności, wyzdrowienie. Relacje terapeuty z pacjentem będą opierały się na przyjętych wzorcach kulturowych. W modelu transakcyjnym obie strony – pacjent i terapeuta – podejmują się dążyć do jednego celu. Jednakże w kontekście trudu, jaki wkłada fizjoterapeuta w przygotowanie relacji z pacjentem, ten model komunikacji nie wydaje się odpowiedni do opisu relacji terapeutycznej.

C. Podobny obszar badawczy stał się przedmiotem analizy polskich badaczy (Włoszczak-Szubzda i Jarosz 2013). Zgodnie z wynikami badań podstawą najbardziej efektywnych kursów doskonalących umiejętności komunikacyjne studentów fizjoterapii musiałyby być praktyczne ćwiczenia, uwzględniające specyfikę pracy w zawodzie fizjoterapeuty. Badania potwierdzają więc to, o czym była już mowa wcześniej. Wska-

zują one również, że ogólne kursy z komunikacji prowadzone przez psychologów czy socjologów nieodnoszące się do specyfiki pracy fizjoterapeuty są nieprzydatne, ponieważ studenci-kursanci nie są w stanie wykorzystać tej wiedzy w praktyce ze względu na jej nieprzystawalność do rzeczywistości. Nauczanie umiejętności komunikacyjnych powinno opierać się na praktyce zawodowej, aby faktycznie, według autorów badań, podnosiło jakość fizjoterapeutycznych świadczeń zdrowotnych.

Autorzy artykułu wymieniają trzy ważne aspekty pracy fizjoterapeuty, jakimi są: motywacja, wiedza i umiejętności. W każdym wymienionym obszarze podstawą efektywnej pracy zawodowej jest przyjęty przez pracownika model pracy z pacjentem, a co za tym idzie – osobisty system wartości zintegrowany z rolą fizjoterapeuty. Wynikałoby stąd, że świadome kierowanie własnym rozwojem zawodowym, a więc uporządkowanie wartości, jakimi kieruje się student-kursant, a później profesjonalny fizjoterapeuta, świadomy wybór danego modelu postępowania z pacjentem ze wszystkimi jego konsekwencjami i następnie dopasowywanie go do własnych potrzeb zawodowych, istotnie wpływa na jakość pracy. Zarówno w sferze motywacji, jak i wiedzy umiejętności autoanalizy, wyboru najlepszego rozwiązania czy kontrolowania sytuacji są niezbędne do doskonalenia praktyki fizjoterapeutycznej. Takie cechy, jak odpowiedzialność, empatia, tolerancja, wyrozumiałość, cierpliwość, umiejętność aktywnego słuchania itp. wymagają osobistego treningu i ciężkiej pracy. Z polskich badań przebija idea, zgodnie z którą tylko ten, kto jest zmotywowany do pracy nad sobą, będzie świadomy konieczności nieustannego samokształcenia w zakresie wymienionych trzech obszarów: motywacji, wiedzy i umiejętności, ci fizjoterapeuci bowiem, którzy nie uczestniczyli w żadnych kursach na temat komunikacji, nie widzą potrzeby wypracowania żadnego modelu relacji z pacjentami.

Podsumowując tę część danych empirycznych, należy zauważyć, że model biomedyczny, w którym zasadniczą rolę odgrywa wiedza, ingerencja diagnostyczno-terapeutyczna, działania manualne i instrumentalne znajdują nikielne odzwierciedlenie w podejmowanej problematyce. W tym modelu pacjent

jest postrzegany przez personel medyczny przede wszystkim jako przedmiot działań terapeutycznych. To model techniczny, w którym profesjonalista traktuje chorego z dystansem. W przypadku fizjoterapeuty w tym modelu wszelkie przejawy empatii czy współczucia mogłyby zostać uznane za nieprofesjonalne, a nawet przeszkadzać w pracy. W wyniku tego podejścia ciało chorego może być traktowane jak „martwy przedmiot”, co Mazurek (2009, s. 88–89) ocenia jako karykaturę fizjoterapii. W modelu biomedycznym komunikacja to przede wszystkim techniczne narzędzie służące do zdobycia niezbędnych informacji dotyczących historii choroby pacjenta. Najbardziej rozpowszechnioną formą komunikacji jest wywiad składający się z trzech rodzajów pytań – personalnych (imię, nazwisko, wiek, zawód itp.), pytań odnoszących się do choroby oraz pytań socjalnych. Na poziomie niewerbalnym – dotyku, tonu głosu, jakim wydawane są polecenia, występuje dążenie do utrzymania jak najbardziej formalnego poziomu relacji terapeuty z pacjentem. W tym modelu nie ma miejsca na poszukiwanie jak najlepszej formy relacji z pacjentem, ponieważ standard interpersonalny został już ustalony i w każdym wypadku wygląda podobnie. Zadawanie pytań otwartych czy towarzyszenie pacjentowi w leczeniu byłoby zbyt daleko idącą ingerencją w jego prywatność.

Również model liniowy jako komunikacja jednokierunkowa, w której odbiorca dekoduje komunikat nadawcy, nie jest odpowiednia do kształtowania relacji interpersonalnej. W tym modelu to nadawca odgrywa rolę kluczową, ponieważ musi przekazać komunikat w taki sposób, aby odbiorca mógł go właściwie zrozumieć. Jest to model paternalistyczny, w którym kluczowe znaczenie ma terapeuta. Pacjent zaś powinien akceptować jego zalecenia, opierając się na zaufaniu do jego kompetencji i wiedzy.

D. W artykule *The physiotherapy experience in private practice: The patients' perspective* (Potter i wsp. 2003) autorzy przedstawiają oczekiwania pacjentów wobec fizjoterapeutów. Jak zostało zaznaczone wcześniej, umiejętności komunikacyjne fizjoterapeuty wymieniane są na pierwszym lub na drugim miejscu w zakresie kompetencji zawodowych. Zgodnie z wynikami

badania pacjenci oczekują od fizjoterapeutów następujących umiejętności:

a) umiejętności komunikacyjnych (*communication ability*):

– w zakresie umiejętności interpersonalnych: umiejętności słuchania, mowy ciała wzbudzającej zaufanie (*body language builds trust*), empatii;

– w zakresie sposobu bycia: troskliwości, przyjacielskiej postawy, wzbudzania zaufania;

– w zakresie wykształcenia: podania odpowiedniego wyjaśnienia na temat leczenia, umiejętności wyjaśniania sposobu leczenia w jego trakcie – co się dzieje i dlaczego (*explains what he/she is doing and why during assessment and treatment*);

b) innych cech:

– w zakresie profesjonalnego zachowania: posiadania odpowiedniej wiedzy i umiejętności, uczciwości i nieprzekraczania określonych granic, stosowania wiedzy w celu pomocy pacjentom, umiejętności bieżącego aktualizowania informacji o pacjencie;

c) zdolności organizacyjnych:

– punktualności, dokładnego prowadzenia dokumentacji, odpowiedzialności (Potter i wsp. 2003, s. 197).

Wszystkie wymienione cechy uznane za pożądane u fizjoterapeutów dotyczą wartości humanistycznych, takich jak na przykład empatia, troskliwość, odpowiedzialność i inne. Widoczne jest także dążenie do bycia traktowanym po partnersku i holistycznie (umiejętność wyjaśnienia nie tylko celowości terapii, lecz także wyjaśniania na bieżąco wszystkich jej etapów oraz aktualizowanie danych na temat zdrowia pacjenta). Wymienione trzy modele – humanistyczny, holistyczny oraz interaktywny znajdują odzwierciedlenie w oczekiwaniach pacjentów odnośnie do osobowości, kompetencji oraz umiejętności fizjoterapeutów.

E. W czasie badań opublikowanych w artykule zatytułowanym *Patient preferences for technical skills versus interpersonal skills in chiropractors and physiotherapists treating low back pain* (Bishop i wsp. 2013), wybierając fizjoterapeutę, pacjenci kierowali się kompetencjami zawodowymi/technicznymi (*technical competence*) danego fizjoterapeuty w pierwszej kolejności. Umiejętności interpersonalne były traktowane przez nich jako

mniej istotny czynnik. Badacze wskazują także na preferencje płciowe w wyborze fizjoterapeutów przez pacjentów – pacjentki chętniej wybierają fizjoterapeutki, natomiast u mężczyzn kwestie płciowe są mniej istotne. Kierują się oni przede wszystkim kompetencjami fizjoterapeuty. Podczas wyboru fizjoterapeuty istotny okazał się również czynnik etniczny (badania pochodzą z UK). Badacze zauważają, że może to mieć znaczenie z przyczyn komunikacyjnych – łatwiej porozumieć się z terapeutą w języku pacjenta (w tym wypadku preferowany był język angielski).

Powyższe badania w pewnym sensie stoją w opozycji do przywołanych poprzednio. To jednak, że pacjenci kierują się w pierwszej kolejności kompetencjami danego fizjoterapeuty podczas jego wyboru, nie neguje wagi umiejętności interpersonalnych. Niewątpliwie nie mogą być one ważniejsze od kompetencji zawodowych – należy to jednoznacznie zaznaczyć. Powinny jednak istotnie wspomagać te ostatnie, wzmacniając efekt terapeutyczny, co pokazują inne przywołane w artykule wyniki badań.

F. Na podstawie badań prowadzonych od 2007 r. w Hiszpanii (Barcelona, Madryt, Sevilla) (Del Baño-Aledo i wsp. 2014) dowiedziono, że zarówno techniczne, profesjonalne umiejętności, jak i umiejętności komunikacyjne mają istotny wpływ na ocenę fizjoterapeutów przez pacjentów. Interakcja tych ostatnich z fizjoterapeutą na poziomie komunikacyjnym wpływa na ewaluację jakości opieki medycznej ze strony pacjentów.

Badacze wyodrębnili trzy aspekty w ocenach pacjentów:

1. Relacje interpersonalne (*interpersonal manners*) – w tym obszarze pacjenci często przeciwstawiali negatywną relację z lekarzem pozytywnej relacji interpersonalnej z fizjoterapeutą. Wszyscy uczestnicy badań zgadzali się, że pozytywna komunikacja z fizjoterapeutą korzystnie wpływa na ich ocenę jakości opieki medycznej, jednakże pacjenci wskazywali też, że sama komunikacja nie jest wystarczająca do prawidłowej terapii. Oprócz właściwej komunikacji wymagali od fizjoterapeutów wiedzy i kompetencji. W ramach relacji interpersonalnych autorzy artykułu zwracają szczególną uwagę na znaczenie wsparcia emocjonalnego (*emotional support*) w relacji pacjent – fizjoterapeuta.

Odgrywa ono dużą rolę szczególnie w początkowych tygodniach terapii. Pomaga nauczyć się pacjentowi właściwej pracy w trakcie rehabilitacji. Innym czynnikiem wartym uwagi jest wrażliwość na potrzeby i oczekiwanie pacjenta (*sensitivity to change in the patient's status*). Pacjenci doceniają wysiłki fizjoterapeutów zwłaszcza wówczas, gdy pojawiają się trudności wywołane bólem, niepełnosprawnością, gorszym nastrojem lub niechęcią do kontynuowania terapii. W tego rodzaju sytuacjach wsparcie i pomoc ze strony terapeuty również wpływają dodatnio na jego ocenę przez pacjenta.

2. Dostarczane informacje i edukacja (*providing information and education*). W tym wymiarze relacji pacjenta z fizjoterapeutą pacjenci są mocno zmotywowani do tego, aby jak najwięcej dowiedzieć się na temat własnej rehabilitacji, starają się zrozumieć cele terapii. Stąd bardzo dużą uwagę zwracają oni na jakość udzielanych im informacji oraz na sposób, w jaki fizjoterapeuta tego dokonuje. Jeżeli fizjoterapeuta regularnie i przystępnie objaśnia cele oraz plan leczenia, to spotyka się on z pozytywnym odbiorem ze strony pacjentów.

3. Ekspertyza techniczna (*technical expertise*) – ocena pacjentów dotyczy efektów terapii i jest związana bezpośrednio z kompetencjami fizjoterapeuty. W tym aspekcie pacjenci oceniają *stricte* umiejętności zawodowe.

W przywołanych pracach autorzy wykazali, że pacjenci w ocenie fizjoterapeutów biorą pod uwagę zarówno umiejętności interpersonalne, jak i ich kompetencje zawodowe. Oba obszary mają znaczący udział w ewaluacji jakości rehabilitacji przez pacjentów.

WNIOSKI

Z badań wynika, że umiejętności komunikacyjne fizjoterapeutów są postrzegane jako użyteczne narzędzie terapeutyczne. Umiejętności komunikacyjne w większości modeli kształcenia zawodowego zależą raczej od jednostkowych predyspozycji interpersonalnych niż od faktycznych umiejętności nabytych w trakcie profesjonalnych kursów, które nadal są trudno dostępne. Niska wydaje się również świadomość potrzeby tego

rodzaju kursów wśród samych fizjoterapeutów, którzy kładą raczej nacisk na fachową i techniczną opiekę nad chorym, nie rozpoznając potrzeby świadomych interakcji z pacjentami w ramach określonego modelu. Ewentualna potrzeba komunikacji z fizjoterapeutą leży raczej po stronie pacjentów, którzy źle znoszą przedmiotowe traktowanie, jednak doceniają profesjonalizm i związane z nim techniczne efekty pracy z fizjoterapeutą. To właśnie ze względu na pacjentów najbardziej odpowiednimi modelami komunikacyjnymi realizowanymi w trakcie terapii są trzy modele: humanistyczny, holistyczny i interaktywny.

Zasadniczym wnioskiem wynikającym z przywołanych badań jest konieczność zmian w relacjach z pacjentem. Wyniki badań hiszpańskich pokazują, że komunikacja wpływa na ocenę jakości opieki terapeutycznej ze strony pacjentów, stąd świadome używanie komunikacji jako narzędzia terapeutycznego podwyższyłoby jakość leczenia i satysfakcję pacjentów, a być może także fizjoterapeutów. Komunikacja może być narzędziem terapeutycznym tylko wówczas, gdy jej znaczenie, funkcja i rola będą oparte na znajomości reguł komunikacyjnych i wpływu modeli komunikacyjnych na relacje fizjoterapeutów z pacjentami. Bez tego rodzaju wiedzy nie sposób nie tylko wchodzić w interakcje z pacjentami, lecz także nie sposób pracować nad własnymi kompetencjami komunikacyjnymi.

W Polsce analizy sylabusów przeprowadzone przez badaczy pokazują, że ogólne kursy komunikacji w ramach różnego typu zajęć z przedmiotów humanistycznych okazują się zupełnie nieprzydatne. Nie są jednak dostępne profesjonalne kursy *stricto* dla fizjoterapeutów, co można tłumaczyć z jednej strony nieświadomością znaczenia komunikacji w relacjach fizjoterapeutów z pacjentami, z drugiej zaś – ewentualnymi dużymi kosztami tego rodzaju zajęć czy kursów.

Przyczyn niedoceniania komunikacji jako narzędzia terapeutycznego można także szukać w samej jej naturze – trudnej do uchwycenia, zdefiniowania i wyćwiczenia, na co zwracają uwagę brytyjscy autorzy. Co więcej, umiejętności komunikacyjne są tak bardzo indywidualne, że trudno wypracować jedną metodę ich nauczania, czy też w każdym wypadku mieć gwarancję, że nauka się po-

wiedzie. Niewątpliwie jednak warto próbować, mając świadomość tego, że właściwie używana komunikacja może stać się pomocnym narzędziem terapeutycznym – nie najważniejszym, lecz na tyle ważnym i istotnym, by podnosić jakość prowadzonej terapii.

Świadome kierowanie własnym rozwojem zawodowym, świadomy wybór danego modelu postępowania z pacjentem ze wszystkimi wynikającymi z niego konsekwencjami i następnie dopasowywanie go do własnych potrzeb zawodowych istotnie wpływa na jakość pracy i na jakość życia zawodowego.

Umiejętne wyjaśnienie pacjentowi celu zastosowanej terapii znacząco wpływa na gotowość do współpracy z terapeutą. Pozwala to na spełnienie obowiązku odpowiedzialności za jakość prowadzonej terapii spoczywającym na każdym fizjoterapeucie (Crane i Delany 2013). Stąd ważne jest, by terapeuta nie tylko uznał wagę umiejętności komunikacyjnych, lecz także by miał możliwość doskonalenia tych umiejętności na specjalnie dla niego przygotowanych kursach z zakresu umiejętności komunikacyjnych dla fizjoterapeutów.

BIBLIOGRAFIA

- Anaf S., Sheppard L.A. (2007), Physiotherapy as a clinical service in emergency departments: a narrative review, *Physiotherapy*, 93 (4), 243–252.
- Anaf S., Sheppard L.A. (2010), Lost in translation? How patients perceive the extend scope of physiotherapy in the emergency department, *Physiotherapy*, 96 (2), 160–168.
- Bishop L.F., Smith R., Lewith T.G. (2013), Patient preferences for technical skills versus interpersonal skills in chiropractors and physiotherapists treating low back pain, *Familly Practice*, 30 (2), 197–203.
- Cooper K., Smith B.H., Hancock E. (2008), Patient-centredness in physiotherapy from the perspective of the chronic low back pain patient, *Physiotherapy*, 94 (3), 244–252.
- Crane J., Delany C. (2013), Physiotherapists in emergency departments: responsibilities, accountability and education, *Physiotherapy*, 99 (2), 95–100.
- Del Baño-Aledo M.E., Medina-Mirapeix F., Escolar-Reina P., Montilla-Herrador J., Collins S.M. (2014), Relevant patients perceptions and experiences for evaluating quality of interaction with physiotherapists during outpatient

- rehabilitation: a qualitative study, *Physiotherapy*, 100 (1), 73–79.
- Gunn H., Goding L. (2009), Continuing Professional Development of physiotherapists based in community primary care trusts: a qualitative study investigating perceptions, experiences and outcomes, *Physiotherapy*, 95 (3), 209–214.
- Kerry A., Peters S., Chipchase L. (2013), Knowledge, skills and professional behaviours required by occupational therapist and physiotherapist beginning practitioners in work-related practice: A systematic review, *Australian Occupational Therapy Journal*, 60 (2), 76–84.
- Kowalski M., Gawęł A. (2006), *Zdrowie – Wartość – Edukacja, Impuls*, Kraków.
- Lindquist I., Engardt M., Garnham L., Poland F., Richardson B. (2006), Development pathways in learning to be a physiotherapist, *Physiotherapy Research International*, 11 (3), 129–139.
- Lindquist I., Engardt M., Richardson B. (2010), Learning to be a Physiotherapist: A Meta-synthesis of Qualitative Studies, *Physiotherapy Research International*, 15 (2), 103–110.
- Little P., Everitt H., Williamson I., Warner G., Moore M., Gould C., Ferrier K., Payne S. (2001), Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study, *British Medical Journal*, 322(7284), 468.
- Lonsdale Ch., Hall M.A., Williams C.G., McDonough M.S., Ntoumanis N., Murray A., Hurley A.D. (2012), Communication style and exercise compliance in physiotherapy (CONNECT). A cluster randomized controlled trial to test a theory-based intervention to increase chronic low back pain patients' adherence to physiotherapists' recommendations: study rationale, design, and methods, *BMC Musculoskeletal Disorders*, 13 (104), 1–17.
- Mazurek J. (2009), Fizjoterapia holistyczna, czyli psychofizjoterapia. Część III: Człowiek w fizjoterapii, czyli od modelu biomedycznego, przez humanistyczny, do holistycznego, *Fizjoterapia*, 17 (4), 87–93.
- Medina-Mirapeix F., Del Baño-Aledo M.E., Oliveira-Sousa S.L., Escolar-Reina P., Collins S.M. (2013), How the Rehabilitation Environment Influences Patient Perception of Service Quality: A Qualitative Study, *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94 (6), 1112–1117.
- Opsommer E., Schoeb V. (2014), 'Tell me about your troubles': Description of Patient-Physiotherapist Interaction During Initial Encounters, *Physiotherapy Research International*, 19 (4), 1–17.
- Parry R.H. (2004), Communication during goal-setting in physiotherapy treatment sessions, *Clinical Rehabilitation*, 18 (6), 668–682.
- Parry R.H., Brown K. (2009), Teaching and learning communication skills in physiotherapy: What is done and how should it be done?, *Physiotherapy*, 95 (4), 294–301.
- Peiris C.L., Taylor N.F., Shields N. (2012), Patients value patient-therapist interactions more than the amount or content of therapy during inpatient rehabilitation: a qualitative study, *Journal of Physiotherapy*, 58 (4), 261–268.
- Potter M., Gordon S., Hamer P. (2003), The physiotherapy experience in private practice: The patients' perspective, *Australian Journal of Physiotherapy*, 49 (3), 195–202.
- Powell S., Scott J., Scott L., Jones D. (2013), An Online Narrative Archive of Patient Experiences to Support the Education of Physiotherapy and Social Work Students in North East England: An Evaluation Study, *Education for Health*, 26 (1), 25–31.
- Schattner A., Rudin D., Jellin N. (2004), Good physicians from the perspective of their patients, *Health Services Research*, 4 (1), 26–27.
- Thomson D., Hilton R. (2012), An Evaluation of Student's Perceptions of a College-based Programme that Involves Patients, Carers and Service Users in Physiotherapy Education, *Physiotherapy Research International*, 17 (1), 36–47.
- Włoszczak-Szubbda A., Jarosz M.J. (2013), Professional communication competences of physiotherapists – practice and educational perspectives, *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 20 (1), 189–194.
- Zaborowski P. (2013), Etyczny wymiar komunikacji z pacjentem, [w:] Różyńska J., Chańska W. (red.), *Bioetyka*, Wolters Kluwer, Warszawa, 136–138.
- Zieliński K. (2005), Wzorzec relacji terapeutycznych w perspektywie filozofii spotkania, *Postępy Rehabilitacji*, 19 (1), 13–18.

Praca wpłynęła do Redakcji: 12.07.2014
Praca została przyjęta do druku: 27.05.2016

Adres do korespondencji:

Marta Szabat
Uniwersytet Jagielloński
Collegium Medicum
Wydział Nauk o Zdrowiu
Zakład Filozofii i Bioetyki
ul. Michałowskiego 12
31-126 Kraków
e-mail: marta.szabat@uj.edu.pl