

Agnieszka Dziekan

## Komunikacja w pracy fizjoterapeuty<sup>1</sup>

### ABSTRAKT

Artykuł dotyczy komunikacji w pracy fizjoterapeuty. Najpierw zaprezentowane zostało zagadnienie komunikacji jako takiej. Wyróżnione zostały takie jej aspekty, jak: nadawca, odbiorca, kod, interakcja i inne. W procesie komunikacyjnym podkreślona została rola wyobraźni, poglądów, przesądów, schematów myślowych itp. mających wpływ na jakość komunikacji. W artykule rozważone zostały także dwa podstawowe aspekty komunikacji – werbalna i niewerbalna. Następnie podjęte zostały następujące problemy: zasady etyczno-kulturowe w komunikacji, rola autonomii w relacji pacjent-fizjoterapeuta, nastawienie pacjenta do fizjoterapeuty i do własnej choroby oraz nastawienie fizjoterapeuty jako członka personelu medycznego do pacjenta. W dalszej części artykułu komunikacja została omówiona jako tytułowe narzędzie terapeutyczne w pracy z pacjentem. Na koniec wymienione i omówione zostały najważniejsze bariery i błędy komunikacyjne.

### 1. Natura komunikacji

Sięgając do genezy słowa *komunikacja*, które wywodzi się z języka łacińskiego, znaleźć można następującą definicję: *communicatio* – dzielenie się czymś z kimś, dopuszczanie kogoś do udziału w czymś, wzajemną wymianę czegoś<sup>2</sup>.

Z uwagi na ogromną wieloznaczność pojęcia, warto wspomnieć o definicji łacińskiego słowa *communicare*, które oznacza czynić wspólnym, udzielać czegoś, dawać coś, dopuszczać do udziału, włączać, ale i naradzać się, udzielać wiadomości w jakiejś sprawie<sup>3</sup>. Innymi słowy komunikacja jest swoistą relacją, która tworzy się pomiędzy osobami w wyniku wymiany pewnych znaków.

---

<sup>1</sup> Artykuł jest wersją fragmentu pracy magisterskiej zatytułowanej *Komunikacja jako narzędzie terapeutyczne w fizjoterapii* obronionej na WNZ UJ CM w październiku 2014 roku.

<sup>2</sup> K. Zieliński, *Wzorzec relacji terapeutycznych w perspektywie filozofii spotkania*, „Postępy Rehabilitacji” 2005, nr 1, s. 16.

<sup>3</sup> Zob. *Językowe, psychologiczne i etyczne aspekty komunikacji lekarza z pacjentem*, red. M. Kącka, Warszawska Drukarnia Internetowa PAN, Warszawa 2007.

W komunikacji można wyróżnić: nadawcę (podmiot), kod-przekaz oraz odbiorcę<sup>4</sup>. Jak słusznie zwraca uwagę Roman Jakobson, by komunikat stał się efektywny musi być zastosowany do kontekstu zrozumiałego dla odbiorcy oraz musi dać się zwerbalizować.

W akcie komunikacji potrzebny jest również pewien kod całkiem lub chociaż w części znany zarówno nadawcy (kodującemu), jak i odbiorcy (dekodującemu). By dopełnić cały przekaz, pomiędzy osobami musi istnieć kontakt – swego rodzaju fizyczny i psychiczny związek umożliwiający zainicjowanie i kontynuowanie komunikacji<sup>5</sup>.

Komunikacja jest podstawą tworzenia relacji zarówno z innymi, jak i z samym sobą. Uważa się, że poprawne komunikowanie z samym sobą jest podstawą poprawnej komunikacji z innymi<sup>6</sup>. Porozumiewanie się z innymi jest zaś możliwe dzięki zachowaniom takim jak: słuchanie, mówienie, patrzenie i dotykanie<sup>7</sup>. Jednak bez wzajemnej chęci przekazu informacji, bez przekonania o życzliwości rozmówcy, bez aktywności i zaangażowania obu stron, proces komunikacji staje się jałowy albo wręcz niemożliwy.

Ujmując komunikację jako pewien proces, warto mieć na uwadze fakt, że poszczególne elementy przekazu wciąż na nowo się przeplatają, wzajemnie się interpretują, tworząc nowe jakości<sup>8</sup>. Tworzenie komunikatu następuje w świecie wewnętrznym nadawcy, przechodzi przez świat zewnętrzny, czyli tzw. przestrzeń publiczną, by dojść do świata wewnętrznego odbiorcy. To, co uda się ująć nadawcy w słowa, gesty, to, co on „poda” w przestrzeń, zbuduje informację „w głowie” odbiorcy. Będzie ona jednak zniekształcona poprzez poglądy osobiste,

---

<sup>4</sup> Zob. Tamże.

<sup>5</sup> R. Jakobson, *W poszukiwaniu istoty języka*, red. nauk. i wstęp Maria Renata Mayenowa, t. 2, przeł. PIW, Warszawa 1989, s. 81.

<sup>6</sup> J. Barański, E. Waszyński, A. Steciwko, *Komunikowanie się lekarza z pacjentem*, Astrum, Wrocław 2000, s. 13, 23.

<sup>7</sup> Zob. Tamże.

<sup>8</sup> Zob. Tamże.

intencje, różne indywidualne wyobrażenia – nigdy nie będzie to dokładnie taki sam komunikat, jaki powstał w umyśle nadawcy<sup>9</sup>.

Przekazanie jednej informacji może zostać inaczej zrozumiane przez różnych ludzi, poprzez odmienne okoliczności czy choćby inny nastrój towarzyszący nadawcy bądź odbiorcy. Według Johna Stewarta komunikacja interpersonalna jest kontaktem, który wciąż się „wydarza” dopóki tylko odbiorca i nadawca pozostają w pewnej relacji. Traktując komunikację jako akcję, zapominamy o sprzężeniu zwrotnym. Dopiero ujęcie jej jako interakcji, daje nam pogląd na proces wpływu wzajemnego. Po to, aby komunikat werbalny mógł zostać jednakowo zrozumiany przez rozmówców, potrzebują oni wspólnego obszaru słów – wspólnego słownika. Rozmawiając, buduje się informacja i nadawane jest jej znaczenie<sup>10</sup>.

W trakcie komunikowania się mamy do czynienia z innym wyobrażeniem osoby niż na początku rozpoczęcia kontaktu. W wyniku wymiany poglądów, odbierania sygnałów, informacji od drugiej osoby, interpretowania wyrażonych przez nią myśli czy emocji, w naszym umyśle buduje się nowy obraz osoby. Wniosek: komunikacja jest również „budującym osobę” procesem, który wpływa na to, kim jesteśmy dla innych, w oczach innych i według nas samych<sup>11</sup>. Komunikacja interpersonalna posiada dwa podstawowe aspekty: werbalny i niewerbalny. W procesie komunikowania występują one razem, przenikają się wzajemnie. Im spójniejsze będą oba rodzaje komunikatów wysyłane przez nadawcę, tym większe odbiorca będzie mieć przeświadczenie o szczerości intencji

---

<sup>9</sup> Zob. J. L. Austin, *Mówienie i poznawanie – rozprawy i wykłady filozoficzne*, przeł. B. Chwedeńczuk, PWN, Warszawa 1993.

<sup>10</sup> Zob. J. Barański, E. Waszyński, A. Steciwko, dz. cyt.

<sup>11</sup> Zob. *Mosty zamiast murów. Podręcznik komunikacji interpersonalnej*, red. J. Steward, przeł. J. Suchecki, P. Kostyło, J. Kowalczevska, J. Rączaszek, A. Kochańska, J. Doktor, PWN, Warszawa 2012.

rozmówcy, poprawności komunikatu a samo porozumienie się będzie precyzyjne i trafne.

## 2. Komunikacja werbalna

Komunikacja werbalna jest komunikatem przekazywanym słownie w celu porozumienia się. Komunikat ten może zostać nadany ustnie (oralnie) – przez słowo mówione, bądź nieoralnie poprzez słowo pisane<sup>12</sup>.

Język możemy rozpatrywać jako system symboli, jako rodzaj aktywności bądź, jak określa to Stewart, jako „rodzaj zupy” – mieszanki kultury, kontekstu, ról społecznych definiującej sposób, w jaki mówimy<sup>13</sup>. Analizując język jako system symboli, musimy mieć na uwadze, że słowo wypowiedane reprezentuje jakąś „częstkę” rzeczywistości pozajęzykowej. Mimo, że taka analiza jest dużym uproszczeniem języka, uwrażliwia na wiele problemów, jakie wynikają z różnych możliwości używania słów. Jednocześnie należy pamiętać, że to samo słowo niekoniecznie oznacza „zawsze” to samo, gdyż znaczenia słów zmieniają się w zależności od kontekstu rozmowy. Ważną kwestią jest też często popełniany błąd reifikacji – urzeczowiania. Pojawia się, gdy zapominamy, że „słowo nie jest rzeczą”, nadajemy etykiety procesom bądź abstrakcjom, a później traktujemy je jako rzeczy. Konsekwencją tego zjawiska jest m.in. etykietowanie – kiedy klasyfikujemy kogoś/coś według uproszczonego schematu, przypisując mu jedno ogólne słowo czy symbol, a później reagujemy na szczególny dobór wyrazu zamiast na rzecz, którą słowo reprezentuje<sup>14</sup>. Jednakże nie możemy rozpatrywać języka jedynie jako systemu złożonego z symboli, gdyż, w większości wypowiedzi, odbieramy i przetwarzamy całość przekazu, a nie pojedyncze jego elementy.

---

<sup>12</sup> Zob. Tamże.

<sup>13</sup> Zob. Tamże.

<sup>14</sup> Zob. Tamże.

Język to rodzaj aktywności działania. Warto zwrócić uwagę na tzw. performatywy<sup>15</sup>. W takim ujęciu słowa nie zawsze będą jedynie symbolem, a stanowić będą działanie np. poślubienie, nazwanie np. statku, pozdrowienie, obiecywanie, zakładanie się, itp. Podczas wypowiedzania danego słowa, zdania zachodzi pewna czynność<sup>16</sup>. Aby jednak była ona możliwa, to potrzebne są odpowiednie okoliczności. Będąc świadomym takiego ujęcia języka, warto pamiętać o odpowiedzialności, jaką niesie używanie słów.

Przebywając wśród osób, które mówią innym językiem, człowiek ma poczucie pewnej alienacji. Nie może być w pełni sobą, nie może wyrazić swoich opinii, poglądów, nie może być niezależny, gdyż ogranicza go bariera językowa. Oczywiście nie uniemożliwia to komunikacji z obcojęzycznym rozmówcą, jednak jest ona niepełna i ograniczona. Podobnie rozmawiając z osobą odmiennego zawodu, która fachowymi terminami będzie objaśniać zawilości danej kwestii - wówczas odbiór komunikatu będzie dla nas nie do końca zrozumiany, jeżeli wykonujemy inny zawód lub mamy inne wykształcenie. Ludwig Wittgenstein ujął to przemyślenie w zdaniu: „Granice mego języka oznaczają granice mego świata”<sup>17</sup>. Prowadzenie rozmowy wymaga przestrzegania pewnych schematów i reguł, jednocześnie warto mieć na uwadze, że improwizacja jest równie ważna, gdyż ujawnia ona elastyczność nadawcy.

Warto postrzegać język jako nieustannie zmieniający się proces twórczy, za pomocą którego można, w zależności od celu, manipulować i dostosowywać się do sytuacji.

Ze względu na swoje cele, wypowiedzi spełniają następujące funkcje:

---

<sup>15</sup> J. L. Austin, dz. cyt., s. 545-708.

<sup>16</sup> Zob. M. Cieśliński, D. Drabarek, *Skuteczność interakcji mgr fizjoterapii-pacjent w opinii prywatnych i państwowych placówek służby zdrowia*, „Fizjoterapia” 2010, nr 18 (4), s. 49-59.

<sup>17</sup> L. Wittgenstein, *Tractatus Logico-Philosophicus*, [w:] *Filozofia współczesna*, red. Z. Kuderowicz, t. 2, Wiedza Powszechna, Warszawa 1990 (5.6).

- skierowane są na przekaz informacji – funkcja informacyjna;
- nakierowane są na wytworzenie nowego stanu rzeczy – funkcja performatywna;
- wyrażają emocje nadawcy - funkcja ekspresywna;
- wpływają na odbiorcę – funkcja impresywna:
  - chęć wywołania pewnego działania odbiorcy – rozkazy, prośby, dyrektywy, pytania;
  - chęć wpłynięcia na stan emocjonalno-mentalny odbiorcy – manipulacje, perswazje, inne wypowiedzi wywołujące stany emocjonalne lub mentalne odbiorcy;
- nakierowane są na kontakt z odbiorcą – funkcja fatyczna;
- tworzą i formułują myśli – funkcja kreatywna<sup>18</sup>.

Do technik poprawiających komunikację werbalną należą<sup>19</sup>:

- powtarzanie  
Poprzez powtórzenie myśli, wyrażenia bądź kluczowego słowa wypowiedzianego przez rozmówcę, zachęcamy go do dalszej opowieści, do rozszerzenia jej, pokazujemy zaniepokojenie i zaangażowanie w rozmowę.
- wyjaśnianie  
Parafrazując wypowiedź rozmówcy, można zasygnalizować, czy jego przekaz został przez nas właściwie odczytany. Metoda ta pozwala nadzorować „tor” procesu porozumiewania się. Pozwala upewnić się, że wysłany komunikat został poprawnie odczytany przez odbiorcę.
- podsumowanie

<sup>18</sup> Zob. *Językowe, psychologiczne i etyczne aspekty komunikacji lekarza z pacjentem*, dz. cyt.

<sup>19</sup> E. Więckowska, *Znaczenie komunikacji niewerbalnej lekarza w kontakcie terapeutycznym*, „Zdrowie Publiczne” 2008, 118(4), s. 462-467.

Podczas długiej, zawilej i szczegółowej wypowiedzi, odbiorca może w kilku zdaniach podsumować odebrany komunikat, wyciągnąć z niego wnioski i pokazać zaangażowanie w rozmowę.

### 3. Komunikacja niewerbalna

Pojęcie komunikacji niewerbalnej często jest zastępowane synonimem „mowa ciała”. Można je definiować, zgodnie z nazwą, poprzez antonim komunikacji werbalnej – jako sygnały pozbawione słów czy dopełniające słowa, jednakże z zastrzeżeniem, iż znaczenia nie są zawarte w samych sygnałach, a są im przypisywane przez osoby je odbierające<sup>20</sup>. Komunikat werbalny wraz z komunikacją niewerbalną, nadawaną i odbieraną na wszelkich kanałach niewerbalnych, (audialnym, wizualnym, dotykowym, smakowym i węchowym), tworzy całość ekspresyjnego i interpretacyjnego obszaru interakcji w procesie porozumiewania się.

Komunikaty niewerbalne wytwarzane są równoległe do werbalnych i stanowią pewien schemat zachowania jednostki, dzięki któremu wypowiedź nadawcy staje się pełniejsza i czytelniejsza dla odbiorcy. Słuchając tego, co dana osoba mówi, musimy zwrócić uwagę na sposób wypowiedzania się oraz na jego kontekst<sup>21</sup>. Dlatego kluczem do komunikacji niewerbalnej staje się spójność<sup>22</sup>. Zachowania niewerbalne dzielone są na związane z samą formą wypowiedzi (wokalika), wszelkimi współruchami towarzyszącymi wypowiedzianiu się (kinetyka) oraz na posiadające pośrednie powiązania z interakcją, mianowicie wygląd fizyczny, sposób wykorzystania czasu, zapach, rumieńce, łzy w oczach, obiekty fizyczne i uporządkowanie ich wokół rozmówcy<sup>23</sup>.

<sup>20</sup> Zob. R.H. Parry, K. Brown, *Teaching and learning communication skills in physiotherapy: What is done and how should it be done?* "Physiotherapy" 2009, nr 95, s. 294-301.

<sup>21</sup> Zob. K. Zieliński, dz. cyt.

<sup>22</sup> Zob. R.H. Parry, K. Brown, dz. cyt.

<sup>23</sup> Zob. *Mosty zamiast murów*, dz. cyt.

Wokalika obejmuje wszelkie modulacje wypowiedzianych przez rozmówcę słów wchodzące w skład czynników wokalicznych, czyli:

- barwę głosu;
- tempo mowy;
- rytmiczność;
- wysokość głosu;
- głośność wypowiedzianych słów;
- czas trwania wypowiedzianych głosek;
- artykulację;
- czas latencji odpowiedzi;
- znaczące pauzy, wahania;
- dialekty, regionalizmy;
- ziewnięcia;
- odchrząknięcia.

Kinezyka odnosi się do:

- mimiki – rodzajów wyrazu twarzy, napięcia mięśni mimicznych;
- spojrzeń – strony, w którą patrzy mówiący, częstości i intensywności kontaktu wzrokowego, warunków towarzyszących zmianie spojrzenia;
- proksemiki – posługiwania się dystansem fizycznym i przestrzenią;
- hapyki – zachowań dotykowych;
- pozycji i ruchów głowy;
- współruchów kończyn, dłoni, bioder, torsu i ich położenia w przestrzeni podczas wypowiedzi;



- ogólnej postawy ciała i jej zmian w trakcie rozmowy;
- kierowania głowy i ramion względem rozmówcy.

Zachowania niewerbalne są nierozłącznie wplecione w wypowiedź, przez co zarówno nadawca, jak i odbiorca zostają w nie zaangażowani od momentu spotkania i rozpoczęcia kontaktu, zanim padnie pierwsze słowo. Funkcjonalne znaczenie niewerbalnej komunikacji zależy od celów, trafności i skuteczności przekazu komunikatu. To właśnie czynniki niewerbalne determinują znaczenie wypowiedzi w kontekście interpersonalnym. Uważa się, że nie więcej niż 30-50% znaczenia interakcji przekazywane jest werbalnie (Birdwhistell 1970). Mehrabian (1968) oszacował, że aż w 93% efekt przekazu zależy jest od komunikatów niewerbalnych, natomiast po analizach statystycznych badań w 1983 Philpott zasugerował, że około 2/3 znaczenia odbieranego komunikatu przypisuje się zachowaniom niewerbalnym<sup>24</sup>.

Ważną przesłanką za podkreśleniem wagi komunikatu niewerbalnego jest fakt, że emocje czy uczucia przekazuje się dokładniej mową ciała, a nie słowami. Zachowania niewerbalne są stabilnymi i solidnymi wskaźnikami stanów emocjonalnych komunikujących się osób. Warto zwrócić uwagę na fakt, że słowami łatwiej manipulować, natomiast zachowanie nie podlega świadomości w tak dużej mierze. Najwięcej bodźców odbieramy zdecydowanie zmysłem wzroku, co mogłoby potwierdzać postawienie 'wyrazu twarzy' na piedestale ważności przekazywanych sygnałów. Zaraz po nim plasuje się ton głosu, natomiast słowa – ich znaczenie i dobór, są najmniej istotne. Komunikacja niewerbalna ma również ogromne znaczenie w przekazywaniu sugestii, gdyż jest niejednokrotnie dwuznaczna, jednocześnie pociągając za sobą mniejsze konsekwencje od sugestii werbalnej. Ważnym aspektem mowy

---

<sup>24</sup> P.R. Mayerscough, M. Ford, *Jak rozmawiać z pacjentem*, przeł. S. Pikiel, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2001, s. 63.

ciała jest jej uwarunkowanie kulturowe. Według Dale G. Leathers sygnały niewerbalne używane są w celu<sup>25</sup>:

- przekazania informacji;
- wyrażania emocji;
- regulowania interakcji;
- tworzenia metakomunikacji – czyli wykorzystania przekazów niewerbalnych do dopełnienia, określenia, poszerzenia bądź zaprzeczenia przekazów słownych;
- nadawania kształtu i kierowania wrażeniami;
- kontrolowania sytuacji społecznych – wpływania bądź zmiany zachowania współ rozmówcy.

Inne źródło dodaje, że używanie niewerbalnej komunikacji stosowane jest w celu komunikowania postaw interpersonalnych oraz dodania innej drogi komunikatu przekazywanego kanałem werbalnym, który często jest przepelniony słowami, a nie zawsze zrozumiały<sup>26</sup>. Sygnały niewerbalne uzupełniają bądź wzmacniają informację przekazywaną werbalnie, jednakże same z siebie również dostarczają swoistych informacji. Dzięki mowie ciała towarzyszącej wypowiedzi, można uzyskać komunikat na temat samooceny nadawcy, jego tożsamości społecznej, postawy czy skłonności do określonych zachowań, ale także odczuć względem współ rozmówcy. Umiejętność świadomego monitorowania komunikatów niewerbalnych poprzez kierowanie kształtowanym wrażeniem i dostarczanie odbiorcy w dużej mierze kontrolowanych znaków, może zostać przez nadawcę użyte do osiągnięcia własnych celów komunikacyjnych. Po to, by jednak podejmować próby manipulowania mową ciała, należy zrozumieć istotę komunikacji niewerbalnej i dogłębnie przeanalizować każdy jej element, jednocześnie pamiętając o rozwoju tzw. inteligencji społecznej. Archer

---

<sup>25</sup> Zob. Tamże.

<sup>26</sup> Zob. J. Barański, E. Waszyński, A. Steciwko, dz. cyt.

(1980) określa ją jako umiejętność dokonywania trafnej interpretacji zachowania człowieka, cech charakterystycznych dla takiego działania, natury relacji z innymi a także analizy odczuwanych przez drugą osobę emocji<sup>27</sup>.

## 4. Warunki komunikacji

### 4.1. Zasady etyczno–kulturowe w komunikacji

Zanim dojdzie do aktu komunikacji, pomiędzy osobami uczestniczącymi w osiągnięciu porozumienia, muszą być respektowane pewne ogólnie przyjęte zasady etyczno-kulturowe. Należą do nich nie tylko osobiste wartości moralne, wychowanie czy przekonania, ale również określone przez prawo zasady współżycia społecznego czy też normy społeczne. Dla pracowników medycznych ich źródłem jest przede wszystkim Ustawa z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, kodeksy etyczne poszczególnych zawodów medycznych oraz odpowiednie akty prawne.

W wypadku fizjoterapeutów jest to Kodeks Etyczny Fizjoterapeuty Rzeczypospolitej Polskiej - dokument określający ogólne zasady etyki obowiązujące fizjoterapeutów podczas wykonywania działalności zawodowej oraz różne ustawy, o których mowa będzie poniżej.

Status pracownika służby medycznej rodzi konieczność przestrzegania zasad etycznych w relacjach z pacjentami, ich bliskimi, współpracownikami i przełożonymi oraz przedstawicielami samorządu. W niniejszym artykule przedmiotem analizy są przede wszystkim normy etyczne w relacji fizjoterapeuty z pacjentem.

Kodeks Etyczny Fizjoterapeuty Rzeczypospolitej Polskiej podaje: „Art.1. Zasady etyki zawodowej fizjoterapeutów jednoznacznie wynikają z zasad etycznych, prawidłowego współżycia i postępowania ludzi w stosunku do siebie i do otaczającego świata, nakazują

---

<sup>27</sup> Zob. P.R. Mayerscough, M. Ford, dz. cyt.

przestrzeganie praw pacjenta oraz dbanie o wysoki status wykonywanego zawodu<sup>28</sup>. Kodeks ten uwrażliwia fizjoterapeutów na stawianie dobra człowieka ponad wszystkie dobra, co również znajdziemy w Kodeksie Etyki Lekarskiej, który podaje, że „najwyższym nakazem etycznym lekarza jest dobro chorego”<sup>29</sup>. Kodeks dla zawodu fizjoterapeuty wyraźnie podkreśla również potrzebę tolerancji i świadczenia usług fizjoterapeutycznych niezależnie od m.in. pochodzenia, światopoglądu, rasy, narodowości orientacji seksualnej czy względów politycznych<sup>30</sup>.

W artykule 19 Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 roku wymienione są prawa pacjenta, między innymi prawo do poszanowania godności i intymności podczas udzielanych świadczeń zdrowotnych. Wiele zabiegów czy usług fizjoterapeutycznych wiąże się z obnażeniem ciała bądź jego części, dlatego terapeuta zobowiązany jest do przestrzegania praw pacjenta. Zapewnienie bezpieczeństwa pacjenta i higienicznych warunków prowadzonej terapii regulowane jest prawnie poprzez Ustawę o Kulturze Fizycznej<sup>31</sup>.

Również świadome działanie na szkodę pacjenta, umyślnie źle prowadzona terapia jest w polskim prawie przestępstwem, a osoba dopuszczająca się takich czynów podlega regulacjom prawnym zgodnie z art. 156 oraz art. 157. Kodeksu karnego z dnia 6 czerwca 1997 roku<sup>32</sup>.

---

<sup>28</sup> Zob. *Kodeks Etyczny Fizjoterapeuty Rzeczypospolitej Polskiej*, Polskie Towarzystwo Fizjoterapii, Pabianice 2009; dostępny pod adresem: <http://zgptf2.linuxpl.info/files/kodeks.pdf> [data cytowania 15.11.2014]

<sup>29</sup> *Kodeks Etyki Lekarskiej* (tekst jednolity z dnia 02.01.2004 r. zawierający zmiany uchwalone dnia 20.09.2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy, Warszawa 2004). Dostępny pod adresem: <http://www.pznamazowszu.ehost.pl/Kodeks%20Etyki%20Lekarskiej.pdf> [data cytowania: 13.11.2013]

<sup>30</sup> Zob. *Kodeks Etyczny Fizjoterapeuty Rzeczypospolitej Polskiej*, dz. cyt.

<sup>31</sup> *Ustawa o Kulturze Fizycznej* z dnia 18 stycznia 1996r, Dziennik Ustaw 1996 nr 25 poz. 113. Dostępna pod adresem: <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19960250113>, [data cytowania: 20.04.2014].

<sup>32</sup> *Ustawa Kodeks Karny* z dnia 6 czerwca 1997 roku, Art. 156 i Art.157. Dostępna pod adresem: <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19970880553>, [data cytowania: 20.04.2014].

## 4.2. Rola autonomii w relacji pacjent-fizjoterapeuta

Praca fizjoterapeuty nierozłącznie związana jest z przekraczaniem dystansu fizycznego między ludźmi. Terapia związana z dotykiem, czyli masaż, terapia manualna czy inne techniki wymagające kontaktu fizycznego terapeuty z pacjentem są zawsze wejściem w obręb osobistej przestrzeni, którą jest dla każdego z nas nasze ciało. Jak słusznie ukazuje to Zbigniew Szawarski: „Moje ciało jest niejako moim własnym suwerennym terytorium, które podlega mojej i tylko mojej kontroli”<sup>33</sup>. Dlatego w pracy fizjoterapeuty niezmiernie ważne jest okazanie szacunku dla autonomii i suwerenności cielesnej drugiej osoby.

Autonomia człowieka określana jest jako przynależne jednostce pełne prawo do siebie samego, innymi słowy prawo własności wobec siebie samego. „Zasada autonomii pacjenta jest jedną z najsilniej podkreślanych zasad współczesnej etyki medycznej”<sup>34</sup>. Dowód tego stwierdzenia znaleźć można m.in. w KEL, w którym podkreślony został obowiązek lekarza w zakresie respektowania praw pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia. Obowiązek ten powinien być również uwzględniony przez fizjoterapeutę prowadzącego terapię – pacjent ma prawo wiedzieć, dlaczego terapia prowadzona jest w określony sposób oraz ma prawo świadomie uczestniczyć w jej ewentualnej modyfikacji, tak by była ona dobrana indywidualnie do jego potrzeb.

Poszanowanie dla autonomii człowieka poddawanego terapii przejawia się w uznaniu prawa pacjenta do niejednorodnych poglądów i motywacji, ale również w pomocy pacjentowi w przezwyciężaniu lęku i niepewności dotyczącej skuteczności terapii<sup>35</sup>. Zlekceważenie

---

<sup>33</sup> Z. Szawarski, *Godność człowieka rehabilitowanego*, „Postępy Rehabilitacji” 2000, t. 14, z. 4, s. 77-84.

<sup>34</sup> M. Nowacka, *Filozoficzne podstawy zasady autonomii pacjenta*, *Probl Hig Epidemiol* 2008, 89(3), s. 326-329.

<sup>35</sup> A. Włoszczak – Szubzda, M.J. Jarosz, *Pacjent – choroba – medyk. Znaczenie i role komunikacji*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2011, t. 17, nr 2, s. 105-110.

autonomii pacjenta, zignorowanie jego prawa do samostanowienia to pogwałcenie jego godności<sup>36</sup>.

#### 4.3. Nastawienie pacjenta do fizjoterapeuty i do własnej choroby

Uznanie określonego stanu biologicznego organizmu za chorobę wiąże się z szeregiem określonych reakcji. T. Parsons zwraca uwagę, iż zarówno zdrowie, jak i choroba są stanami podlegającymi ocenie i uznawanymi instytucjonalnie przez społeczeństwo, jego kulturę i strukturę<sup>37</sup>. Choroba jest więc dla człowieka pewną zmianą jaka zachodzi w jego życiu rodzinnym, zawodowym i społecznym. Zaburzenie w zdrowiu rozciągnięte jest w czasie, kształtuje chorego i nigdy nie pozostaje procesem obojętnym dla chorującego oraz dla ludzi i środowisk, z którymi się on styka<sup>38</sup>.

Według Parsonsa choroba jest typem roli zinstytucjonalizowanej społecznie, co niesie za sobą pojawienie się określonych oczekiwań względem osoby chorej oraz warunków, jakie musi ona spełnić, by być uznawana za „chorą”<sup>39</sup>. Zmiany zachodzą również w samym chorującym człowieku, stąd pacjenci przyjmują różne postawy w stosunku do swojej choroby oraz leczenia i terapii, jakiej są poddawani. Chory może traktować chorobę jako czynnik rozwijający jego dotychczasowe życie, jako nowe, wzbogacające doświadczenie.

Przeciwwagą dla takiej postawy chorego jest poddanie się stanowi choroby, rezygnacja z walki o zdrowie i powrót do codzienności sprzed niedomogi. W trakcie trwania procesu chorobowego, pacjent przejawia postawy altruistyczne i egoistyczne<sup>40</sup>. Popielski dzieli je na

---

<sup>36</sup> Zob. Z. Szawarski, dz. cyt.

<sup>37</sup> *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, red. J. Barański, W. Piątkowski, Oficyna Wydawnicza ATUT, Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, Wrocław 2002, s. 75-81.

<sup>38</sup> Zob. K. Osińska, *Twórcza obecność chorych*, Instytut Wydawniczy PAX, 1983.

<sup>39</sup> T. B. Adamczyk, *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000, s. 33-40.

<sup>40</sup> Zob. K. Osińska, dz. cyt.

twórczo-rozwojowe i rezygnacyjno-destrukcyjne<sup>41</sup>. W procesie chorobowym, po włączeniu diagnostyki i procesu leczenia, postawy te mogą ulegać modyfikacji. Chory przystosowuje się do choroby, przyjmując określone sylwetki:

- rezygnacyjno-pasywną – cechującą się całkowitą zależnością od personelu medycznego;
- projekcyjno-agresywną – wyrażającą się w podejrzliwości, złościwości, niechęci czy agresji wobec siebie, osób najbliższych bądź personelu medycznego;
- z tendencją do racjonalizacji choroby – cechującą się obroną przed dopuszczeniem faktu choroby do świadomości;
- postawę częściowej lub całościowej negacji choroby – która łączy się z trudnościami w przyjęciu bądź wręcz odrzuceniu diagnozy, form terapii, jak również faktu samej choroby;
- postawę reaktywno-walczącą – świadomość choroby przyjmuje dwojakie znaczenie: nadziei, że przybierze łagodną formę, oraz że podjęcie walki z chorobą da możliwość jej przezwyciężenia<sup>42</sup>.

Parsons podkreśla, że wejście w rolę chorego oznacza również akceptację konsekwencji, jaką jest uzależnienie chorego od pomocy innych, czyli zobowiązanie do jej przyjęcia i aktywnej współpracy z instytucjami bądź osobami pomagającymi chorym<sup>43</sup>. Dla chorego ucieczka we własną nieomogę jest niejednokrotnie atrakcyjnym rozwiązaniem problemów niemożności sprostania oczekiwaniom i wymaganiom społeczeństwa. Konsekwencje choroby względem wcześniej pełnionych ról społecznych oraz pojawienia się nowej roli chorego, oznaczają

---

<sup>41</sup> K. Popielski, *Psychologiczne aspekty doświadczenia schorzeń reumatycznych*, „Reumatologia” 2005, nr 43 (3), s. 160–165.

<sup>42</sup> Zob. Tamże.

<sup>43</sup> Zob. *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, dz. cyt.

często ograniczenie bądź niemożność kontynuowania prowadzonego trybu życia, co również rzutuje na stany emocjonalne pacjenta<sup>44</sup>. Stąd należy mieć na uwadze wszelkie czynniki określające zachowanie w chorobie i odpowiedzialne za proces wejścia w rolę chorego<sup>45</sup>.

W kontekście teorii przywiązania zainicjowanej przez brytyjskiego psychiatrę Johna Bowlby'ego w latach 50. XX w., system przywiązania aktywowany jest najmocniej w warunkach dużego napięcia, do których niewątpliwie należy choroba. Analizując zachowania pacjentów właśnie pod tym kątem, okazuje się, że jedne osoby będą lepiej przystosowywać się do nowych wyzwań czy zmagać z problemami (m.in. poprzez otwartą komunikację) a inne przeciwnie<sup>46</sup>. Wyróżnia się cztery typy przywiązania, którym przypisywane są charakterystyczne zachowania:

- typ zrównoważony – pacjent o takim typie przywiązania potrafi radzić sobie z przytłoczeniem emocjami związanymi z trudną i nową sytuacją choroby, poszukuje wsparcia oraz emocjonalnego kontaktu z osobami z otoczenia, takimi jak personel medyczny i rodzina;
- zaangażowany typ przywiązania – charakteryzuje ciągłe uskarżanie się pacjenta na swój stan, roszczenia, brak zdolności akceptacji sytuacji, wykorzystywanie choroby do manipulowania otoczeniem. Pacjent intensyfikuje negatywne doświadczenia celem uzyskania wsparcia, którego niedobór bądź całkowity brak dostępności odczuwa. Złotym środkiem w relacji z takimi pacjentami jest bycie przewidywalnym terapeutą – punktualnym, łagodzącym emocjonalne napięcie, udzielającym wsparcia, zanim pacjent się o to upomni – zapewniającym poczucie bezpieczeństwa;

<sup>44</sup> Zob. T.B. Adamczyk, dz. cyt.

<sup>45</sup> Zob. *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, dz. cyt.

<sup>46</sup> A. Klawiter, *Jak rozpoznajemy narzędzie? Hipoteza filozoficzno-kognitywistyczna*, dostępny pod adresem: <http://www.staff.amu.edu.pl/~klawiter/narzedzia.pdf>, [data cytowania: 15.04.2014]



- typ bojaźliwy – osoby z takim przywiązaniem demonstrują brak potrzeby wsparcia społecznego, równocześnie mając wysoki poziom napięcia emocjonalnego. Zwiększają one dystans do innych osób celem uniknięcia frustracji, posiadają niską odporność na stres, nastawiają się wrogo, jednakże poprzez tzw. agresję nie wprost np. zaniedbując zalecenia terapeutyczne;
- typ oddalający przywiązania – osoby te mają niski poziom komunikatywności, wolą radzić sobie z problemami w samotności, ich niezależność jest wysuwana na pierwszy plan jednocześnie obniżana jest wartość bliskich relacji z personelem i koncentracja na konkretnych osiągnięciach. Pacjenci o takim typie przywiązania są powściągliwi, cyniczni, pełni krytycyzmu i dystansu w stosunku do otoczenia<sup>47</sup>.

Oprócz awersu, jakim są różnorodne postawy przyjmowane przez pacjenta w stosunku do jego choroby czy otoczenia, należy zwrócić uwagę również na nieodłączny rewers. Już w 1965 roku E. Schuman podkreślił, iż na zachowanie jednostek w chorobie ma wpływ własna orientacja medyczna, stan wiedzy o określonej chorobie, sceptycyzm wobec instytucji medycznych i systemu leczenia a także zależność od choroby<sup>48</sup>. Faktem jest, że w dzisiejszych czasach oczekiwania pacjenta wobec personelu medycznego są o wiele większe niż jeszcze w ubiegłym stuleciu. Poprzez szerszy dostęp do wiedzy medycznej, świadomość pacjenta wzrasta – często przychodzi on po pomoc z zasobem informacji, niestety również czerpanej z nienaukowych stron internetowych, czy też z pochopnie postawioną bądź zasłyszaną „autodiagnozą”. Pacjent chce wiedzieć więcej – pragnie uzyskać informacje na temat choroby, przyczyn jej pojawienia się, przesłanek do stosowania określonej terapii,

---

<sup>47</sup> Zob. Tamże.

<sup>48</sup> Zob. T.B. Adamczyk, dz. cyt.

oczekiwanych rezultatów. Coraz częściej chce brać czynny udział w terapii, nie tylko w procesie decyzyjnym. Pacjenci oczekują zrozumienia, szacunku i empatii<sup>49</sup>.

#### 4.4. Nastawienie fizjoterapeuty jako członka personelu medycznego do pacjenta

W relacjach pomiędzy fizjoterapeutą i pacjentem można wyróżnić trzy podstawowe modele<sup>50</sup>. Należą do nich:

- model biomedyczny
- model humanistyczny
- model holistyczny

W niniejszym podrozdziale zostaną pokrótce omówione poszczególne modele, ze szczególnym uwzględnieniem współpracy fizjoterapeuty z pacjentem.

Podstawą modelu biomedycznego jest obiektywna wiedza naukowa i biologiczna, poznanie w obszarze istnienia człowieka jako bytu fizycznego. Kluczowa w tym modelu jest ingerencja diagnostyczno-terapeutyczna, która zachodzi w obszarze somatycznym, poprzez określone działania manualne i instrumentalne<sup>51</sup>. Stosowanie tego modelu w kontakcie z pacjentem daje terapeutę pewien element ochronny przed nadmierną empatią, dzięki czemu możliwe staje się zdystansowanie do cierpienia czy bólu. Być może jest to ujęcie bezpieczniejsze dla fizjoterapeuty, jednakże skutkiem tego podejścia jest urzeczowienie pacjenta, bądź wręcz jego uprzedmiotowienie. Antoni Kępiński stwierdza: „(...) zamiast człowieka otrzymuje się automat, który reaguje w określony sposób na naciśnięcie odpowiednich guzików”<sup>52</sup>. Model

<sup>49</sup> A. Czerw, U. Religioni, A. Matuszna, K. Lesiak, A. Olejnik, D. Śniadała, *Zasady skutecznej komunikacji w placówkach medycznych*; „Hygeia Public Health” 2012, nr 47(3), s. 247-253.

<sup>50</sup> J. Mazurek, *Fizjoterapia holistyczna, czyli psycho-fizjo-terapia. Część III: Człowiek w fizjoterapii, czyli od modelu biomedycznego, przez humanistyczny, do holistycznego*, „Fizjoterapia” 2009, nr 17(4), s. 87-93.

<sup>51</sup> Zob. J. Mazurek, dz. cyt.

<sup>52</sup> A. Kępiński, *Poznanie chorego*, PZWL, Warszawa 1978, s. 16.

biomedyczny jest raczej modelem technicznym, który może oddalać pacjenta od fizjoterapeuty i bywa krzywdzący dla osoby chorującej i cierpiącej<sup>53</sup>.

W modelu humanistycznym fizjoterapeuta opiera kontakt z pacjentem na poznaniu w obszarze bytu osobowego, na współ-odczuwaniu i współ-rozumieniu. Poznanie humanistyczne jest ponadkulturowe i ponadczasowe. Istnieje jednak możliwość zafałszowania poznania humanistycznego, które związane jest z bieżącym stanem psychicznym fizjoterapeuty. Może ono wyglądać inaczej podczas dobrego humoru terapeuty, a odmiennie gdy terapeuta będzie smutny, zmęczony czy rozdrażniony. Opisywany model pociąga za sobą również konsekwencje wzajemnego zaangażowania emocjonalnego fizjoterapeuty w relację z pacjentem. Terapeuta, pomagając, rozmawiając, wchodząc w świat pacjenta, w jego codzienność, staje się kimś ważnym w życiu osoby chorującej, kimś, kto ją rozumie i kto może przywrócić ją do normalnego życia sprzed choroby<sup>54</sup>. „Wzmoczenie efektywności terapii jest możliwe dzięki włączeniu przekonania o niezwykłej wartości drugiego człowieka do własnego systemu przekonań”<sup>55</sup>.

Przeciwieństwem powyżej opisanych modeli jest model holistyczny. W podejściu tym człowiek rozumiany jest jako byt duchowy, cielesny i psychiczny. Właściwe pojęcie tego modelu pozwala na wzajemne oddziaływanie na siebie dwóch osób, natomiast relacje mają charakter partnerski. Jednakże tego rodzaju podejście wymaga dojrzałości obu stron, obustronnej chęci partnerskiego spotkania oraz chęci niesienia i przyjęcia pomocy, stąd wykluczona jest manipulacja drugą osobą czy postawa paternalizmu.

W zawodzie fizjoterapeuty model holistyczny jest niezmiernie ważny, gdyż terapia to nie tylko nauczenie pacjenta ćwiczeń, wykonanie masażu czy zabiegu elektrostymulacji, ale

---

<sup>53</sup> Zob. J. Mazurek, dz. cyt.

<sup>54</sup> Zob. Tamże.

<sup>55</sup> K. Zieliński, *Wzorzec relacji terapeutycznych w perspektywie filozofii spotkania*, „Postępy Rehabilitacji” 2005, nr 1, s. 16.

przede wszystkim rozmowa, okazywanie współczucia i zrozumienia, słuchanie pacjenta. „Terapia i rehabilitacja mają na celu nie tylko dobro i zdrowie ciała, lecz osoby jako takiej, której ciało zostało dotknięte chorobą”<sup>56</sup>.

Oczywiście przyjęcie określonego modelu, przez pryzmat którego fizjoterapeuta widzi pacjenta, nie sprawia, że terapeuta będzie lubić każdego pacjenta, czy też, że chętnie będzie pracować z każdą osobą. Ludzie bywają bardzo różni, przez co naczelną zasadą nastawienia fizjoterapeuty powinna nakreślać obraz pacjenta jako wielowymiarowej, złożonej jednostki bytowej.

## 5. Komunikacja jako narzędzie terapeutyczne w fizjoterapii

Czy można uznać komunikację z drugim człowiekiem za swego rodzaju „narzędzie”? To ostatnie posiada pewne charakterystyczne dla siebie cechy, do których należą m.in.: użyteczność, przydatność, usprawnianie funkcjonowania w otoczeniu, specyficzne parametry fizyczne, możliwość manipulowania nim w zależności od potrzeb. Jednak, jak zostało to zauważone przez J. Gibsona, percepcja narzędzia nie ogranicza się do zebrania informacji na temat jego fizycznych parametrów, ale skupia się na liczbie ofert, jakie niesie za sobą użycie owego narzędzia.

Przyjmując więc komunikację za rodzaj swoistego narzędzia, jakim można się posługiwać w relacji z innymi ludźmi, należałoby wykazać jego użyteczność. L. Wittgenstein zwraca uwagę na następujący fakt: „Nie można czegoś zauważyć, gdy ma się to stale przed oczami”<sup>57</sup>. Według niego to, co najważniejsze ukryte jest przez prostotę i codzienność. Wykorzystując komunikację w kontakcie z innymi, na co dzień, w bardzo różny sposób, nie zastanawiamy się nad tym, czym ona jest. Nasz język oraz sieć pozawerbalnych znaków zostają zautomatyzowane.

---

<sup>56</sup> Zob. J. Mazurek, dz. cyt.

<sup>57</sup> L. Wittgenstein, *Dociekania filozoficzne*, przeł. B. Wolniewicz, PWN, Warszawa 1972, (129).

Gdyby więc potraktować komunikację jako narzędzie terapeutyczne i wziąć je świadomie w swoje ręce, przyniosłoby to z pewnością poprawę jakości usług medycznych. Porozumiewanie się poprzez system niewerbalnych znaków i język posiada niezliczoną ilość sposobów użycia. Manipulowanie owym „przyrządem” polegałoby na odpowiednim doborze słów, gestów czy innych elementów przekazu, celem osiągnięcia skutecznego porozumienia. Wittgenstein uważa, że do porozumiewania należy *nie tylko zgodność w definicjach, ale i zgodność w sądach*. Sam system znaków używanych przez obie komunikujące się osoby będzie niewystarczający, by osoby te poznały się, jeśli jedna z nich osądzi przedwcześnie drugą i przyjmie błędne przekonania za prawdziwe.

Stewart podkreśla, że komunikacja interpersonalna to taki typ, jakość bądź rodzaj kontaktu, który możliwy jest poprzez maksymalizowanie tego, co osobiste u osoby mówiącej lub słuchającej<sup>58</sup>. Komunikacja medyczna posiada pewne podstawowe funkcje, do których należą:

- informacyjna (poznawcza);
- łącząca (opiekuńcza, przyjacielska);
- emocjonalna (łagodząca);
- decyzyjna (dyrektywna)<sup>59</sup>.

Komunikacja pacjenta z fizjoterapeutą zdecydowanie może być uznana za wyjątkową na tle pozostałych zawodów medycznych. Spotkania z fizjoterapeutą są sporadyczne, a samo poznanie chorego towarzyszy przeprowadzanemu wywiadowi, wykonywanemu zabiegowi, badaniu. Kontakt pacjenta z fizjoterapeutą zależy przede wszystkim od rodzaju schorzenia, zaburzenia sprawności, z jakim chory zgłasza się po pomoc – inaczej będzie wyglądać u chorego po udarze mózgu, gdzie rehabilitacja trwa nawet kilka miesięcy, inaczej u pacjentów

<sup>58</sup> Zob. *Mosty zamiast murów*, dz. cyt.

<sup>59</sup> Zob. *Językowe, psychologiczne i etyczne aspekty komunikacji lekarza z pacjentem*, dz. cyt.

reumatologicznych czy ortopedycznych, gdzie wizyty przez jakiś czas są częste i regularne, a w późniejszym etapie terapii – sporadyczne.

Spotykając pacjenta, fizjoterapeuta od pierwszego dnia rozpoczętej terapii, staje się aktywnym uczestnikiem jego codziennego życia, wchodzi w jego świat. Nie tylko związane jest to z pomocą, jaką niesie prowadzona terapia, ale też ze wspólnie przeżywanymi chwilami sukcesów, obserwowanych efektów terapii, czy też chwilowych porażek. Fizjoterapeuta staje się osobą, która nieustannie towarzyszy pacjentowi w powrocie do jego pełnej sprawności, w zasadzie od pierwszych dni jej utraty.

Aby dobrze planować terapię i dobór zabiegów, fizjoterapeuta musi być „na bieżąco” ze stanem zdrowia pacjenta – zarówno fizycznym, jak i psychicznym. Aspekty komunikacji zawarte są zarówno w wydawanych pacjentowi poleceniach, uczeniu ruchu i koniecznych ćwiczeń, korygowaniu i poprawianiu patologicznych ruchowych przyzwyczajzeń, terapiach związanych z dotykiem, takich, jak masaże czy techniki manualne, w momencie ustalania celów terapii, jak i w trakcie zbierania wywiadu<sup>60</sup>. W wymienionych sytuacjach dobra komunikacja staje się elementem równie ważnym jak prowadzona terapia.

Skuteczne porozumienie się obu stron może warunkować większą bądź mniejszą skuteczność prowadzonych działań terapeutycznych. Warto mieć na uwadze fakt, iż dostarczanie pacjentowi konkretnych i jasnych informacji pomaga mu w zdobywaniu emocjonalnej kontroli nad wydarzeniami związanymi z jego chorobą<sup>61</sup>. Stąd umiejętność formułowania zrozumiałych dla pacjenta komunikatów oraz ich adekwatny przekaz stają się elementami skutkującymi tym, że pacjentowi łatwiej radzić sobie ze swoją niedomogą. Innymi słowy, komunikacja staje się elementem terapii.

---

<sup>60</sup> M. Tyszkiewicz – Bandur, B. Kosińska, *Relacja lekarz- pacjent w kontekście teorii przywiązania*, „Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie” 2009, nr 55 (2), s. 90-98.

<sup>61</sup> Zob. A. Klawiter, dz. cyt.

Warto zaznaczyć, że pomimo niezaprzeczalnej roli jaką odgrywa dobra komunikacja fizjoterapeuty z pacjentem, istnieje wiele braków w opracowaniach wiedzy przekazywanej studentom w tym zakresie. Często mówi się o poszczególnych elementach tj.: empatii, aktywnym słuchaniu, tolerancji itp. Jednak o całości, jaką jest komunikacja werbalna i niewerbalna, ich częściach i strukturze wspomina się mimochodem<sup>62</sup>.

## 6. Bariery i błędy w komunikacji

Bariery komunikacyjne są swego rodzaju „alarmami” bądź sytuacjami o „wysokim stopniu ryzyka” jakie mogą się pojawić podczas procesu porozumiewania się. Nie zawsze muszą one okazać się destrukcyjne, jednakże niosą ze sobą różnorodne skutki.

Należą do nich:

- przyjęcie postawy obronnej przez jednego z rozmówców;
- obniżenie samooceny drugiej osoby;
- budzenie oporu i resentymentu;
- osłabienie motywacji współrozmówcy;
- doprowadzenie do zależności, nieprzystosowania, poczucia przegranej, wycofania;
- zmniejszenie szansy na rozwiązanie problemów drugiej osoby przez nią samą<sup>63</sup>.

Warto mieć na uwadze, że relacji fizjoterapeuta – pacjent, jak i każdej innej relacji, towarzyszyć będą emocje. Fizjoterapeuta, podobnie jak lekarz, może mylnie traktować swoją profesjonalność jako brak okazywania czy odczuwania emocji<sup>64</sup>. Skutkować to może chęcią zachowania dystansu od pacjenta i jego problemów, traktowaniem pacjentów z wyższością, ale też brakiem sympatii. Inną barierą może stać się niewystarczająca wiedza medyczna

<sup>62</sup> Zob. M. Tyszkiewicz – Bandur, B. Kozińska, dz. cyt.

<sup>63</sup> Zob. *Mosty zamiast murów*, dz. cyt.

<sup>64</sup> Zob. A. Włoszczak-Szubzda, M. J. Jarosz, dz. cyt.

pacjenta i jego selektywne przyswajanie dostarczanych mu informacji. Oczywiście jest, że nie każdy pacjent posiadać będzie medyczną wiedzę, będzie świadomy swojej choroby i jej konsekwencji. Tutaj rozwiązaniem staje się właściwie prowadzona rozmowa wymagająca cierpliwości, wyrozumiałości terapeuty i użycia przez niego „mniej medycznego” języka<sup>65</sup>.

Istnieje również bariera związana z niepewnością roli pacjenta. Z powodu choroby musi on tymczasowo zrezygnować bądź zmodyfikować dotychczas pełnione role społeczne i odnaleźć się w nowej sytuacji, w obcym miejscu jak szpital, przychodnia, gabinet fizjoterapeutyczny, itp. Pacjent będzie czuć się nieswojo, niepewnie, wiele spraw będzie dla niego w tym nowym środowisku niezrozumiałych. Terapeuta może odczytywać takie wycofanie pacjenta i jego pasywność jako brak zaangażowania w terapię bądź stawianie oporu. Konsekwencją takiego stanu może być dominacja terapeuty przy uległości i podporządkowaniu się pacjenta<sup>66</sup>. Ważne, by terapeuta nie tylko informował pacjenta, ale także upewniał się, że informacja, zalecenie czy wyjaśnienie zostały właściwie zrozumiane przez chorego tak, by mógł je zapamiętać.

Kolejna bariera związana jest z intencjami – pacjent szukając pomocy u lekarza czy fizjoterapeuty, będzie przede wszystkim wymagać od niego pełnej, fachowej informacji, właściwego badania i wdrożenia adekwatnej terapii oraz wsparcia emocjonalnego. Problem pojawi się, gdy terapeuta źle odczyta intencje pacjenta, bądź je zlekceważy, nie wykona swojej pracy w taki sposób, w jaki oczekuje tego od niego pacjent. Błędne przekonania i uprzedzenia pacjenta odnośnie swojej choroby bądź leczenia sprawiają kolejny niemały problem w komunikacji z fizjoterapeutą<sup>67</sup>. To, co pacjent usłyszy od znajomego, członka rodziny, albo wyczyta w gazetach, książkach czy Internecie, da mu pewien obraz tego, czego

---

<sup>65</sup> Zob. Tamże.

<sup>66</sup> *Komunikowanie się – problemy i perspektywy*, red. B. Kaczmarek, A. Kucharski, M. Stencel, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie Skłodowskiej; Lublin 2006, s. 111.

<sup>67</sup> Zob. A. Włoszczak-Szubzda, M.J. Jarosz, dz. cyt.



spodziewać się po wizycie u specjalisty – konkretnego zabiegu fizjoterapeutycznego – bo „znajomy miał to samo więc muszę też taki mieć”, bolesnego badania, długości trwania terapii – „dlaczego ja mam pół godziny, jak inny miał godzinę”, itp.

Inną barierą jest psychiczny opór pacjenta wynikający z pogwałcenia autonomii, bezradności, niepełnosprawności i znacznych ograniczeń, wstydu, poczucia bycia gorszym. Efektem tego staje się uruchomienie mechanizmów obronnych wobec terapeuty takich jak: zaprzeczanie, lekceważenie zaleceń, niechętna współpraca bądź jej brak.

Zapominanym problemem, nierzadko jednak pojawiającym się w praktyce, jest ograniczenie psychiczne chorego związane z trudnościami w zrozumieniu poleceń terapeuty i ich zapamiętywaniu wynikające z ubytków w funkcjach poznawczych spowodowanych chorobą<sup>68</sup>.

Inny „zestaw” reakcji blokujących rozmowę, jakich należy unikać przedstawił T. Gordon i nazwał je „brudną dwunastką niszczycieli komunikacji”<sup>69</sup>. Należą do nich:

- krytykowanie;
- przezywanie, etykietowanie, podciąganie pod stereotyp;
- analizowanie zachowania i stawianie pseudo- psychologicznych diagnoz;
- chwalenie połączone z oceną, co niesie często manipulację i bywa swego rodzaju „sztuczką” mającą zmienić zachowanie współrozmówcy, dlatego wymaga dużej ostrożności i szczerości rozmówcy;
- rozkazywanie;
- grożenie negatywnymi konsekwencjami;
- moralizowanie, prawienie „kazań”;

---

<sup>68</sup> Zob. Tamże.

<sup>69</sup> Zob. Mosty zamiast murów, dz. cyt.

- sugerowanie rozwiązań;
- stawianie zbyt dużej ilości pytań bądź stawianie pytań niewłaściwie sformułowanych;
- odsuwanie problemów na drugi plan;
- logiczne argumentowanie – odwoływanie się do logiki i faktów pomijając towarzyszące emocje;
- uspokajanie jako próbowanie powstrzymania emocji negatywnych.

Sugeruje się raczej, by złe przyzwyczajenia zastępować dobrymi zachowaniami, zamiast starać się eliminować negatywne przyzwyczajanie jedynie chęcią i wolą. Stąd tak ważna jest świadomość jakości komunikacji i istnienia ewentualnych błędów, które można próbować modyfikować, zmniejszać bądź całkiem usuwać z procesu komunikowania się z innymi.