

Agnieszka Dziekan

Wybrane metody komunikacji w fizjoterapii¹

ABSTRAKT

Artykuł dotyczy wybranych metod komunikacji fizjoterapeuty z pacjentem. Najpierw omówione zostały cechy komunikacji takie jak: nadawca, przekaz, kanał, odbiorca, szum, kontekst, sprzężenie zwrotne. Następnie omówione zostały cechy procesu komunikacyjnego zależące od sytuacji komunikacyjnej, czyli: intencjonalność, relacyjność, świadomość, interpretacyjność, nieodwracalność, dynamiczność, kreatywność, transakcyjność, nieuchronność. W dalszej części artykułu rozważaniom poddane zostały takie fizjoterapeutyczne metody komunikacyjne jak: wywiad, dotyk, intonacja głosu. Na koniec wymienione zostały wskazówki dla fizjoterapeutów mogące okazać się przydatne w doskonaleniu umiejętności komunikacyjnych w relacjach z pacjentami.

Wstęp

Proces osiągnięcia porozumienia między osobami jest sprawą niezwykle ciekawą – w jaki sposób dochodzi do sytuacji, że dwie osoby poprzez pewne znaki, słowa, gesty przekazują sobie informacje? Komunikujemy się z ludźmi tak często, że nie zastanawiamy się, jak ważna i potrzebna jest to umiejętność. Jakakolwiek forma współdziałania czy współpracy oparta jest na komunikacji. Z tego względu określana jest ona niezbędnym elementem funkcjonowania społecznego człowieka oraz koniecznym warunkiem istnienia relacji społecznych. Akt komunikacji jest czynnością umożliwiającą ciągłość cywilizacji, gdyż powstanie nawet najprostszych struktur, organizacji czy systemów uwarunkowane jest bezpośrednio procesem porozumiewania się.

Komunikacja to proces osiągnięcia porozumienia pomiędzy nadawcą komunikatu a odbiorcą, do którego jest on skierowany. Ludzie komunikują się za pomocą słów, ale również poprzez

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

niewerbalne gesty, sygnały wysyłane wzrokiem, postawą, mimiką oraz innymi elementami ciała. Komunikacja międzyludzka może przebiegać na wielu różnych poziomach z wykorzystaniem rozmaitych narzędzi. Zależy to od intencji nadawcy komunikatu czy kompetencji komunikacyjnych odbiorcy².

Cechami podstawowymi procesu komunikacji są:

- nadawca - rozumiany jako osoba, która przekazuje zakodowaną treść;
- przekaz - treść komunikatu, może być w postaci werbalnej (wokalnej) bądź niewerbalnej;
- kanał - sposób przekazu wiadomości;
- odbiorca - osoba, do której komunikat dociera i zostaje odczytany (dekodowany);
- szum - różnego rodzaju zakłócenia w przekazie i odbiorze wiadomości;
- kontekst - to warunki przebiegania aktu komunikacji;
- sprzężenie zwrotne - efekt wywołany odebraniem komunikatu.

Pragmatycznym aspektem komunikacji bądź wręcz jej celem nadrzędnym jest przede wszystkim chęć wspólnej realizacji różnych przedsięwzięć, gdzie wymiana myśli i komunikowanie się między ludźmi jest niezbędne oraz podnosi jakość współdziałania między sobą nawzajem.

Procesowi komunikowania się przypisywany jest szereg własności, jakie zależą od sytuacji komunikacyjnej. Można do nich zaliczyć:

- intencjonalność - przypisanie celu, jaki nadawca chce osiągnąć, wysyłając komunikat
np. wywarcie wpływu na rzeczywistość, innych ludzi lub zaspokojenie potrzeb;

² K. Trzaska, *Rozmawiać i poznawać: Komunikacja, komunikowanie i komunikowanie się*, dostępne pod adresem: <http://fabryka-jezyka.bn.org.pl/?p=600>; [data cytowania: 15.08.2014]

- relacyjność - pozostawanie w zależnościach obu stron komunikacji (nadawcy i odbiorcy) co ma wpływ na treść i sposób przekazu komunikatu;
- świadomość - nadawca i odbiorca komunikatu są świadomi swoich ról;
- interpretacyjność - konieczność ciągłej interpretacji przekazywanych sygnałów i treści, zależy od cech obu stron aktu porozumiewania się,
- nieodwracalność - własność związana ze sprzężeniem zwrotnym, stanowi o obrazie nadawcy, jaki pojawia się „w głowie” odbiorcy pod wpływem odbieranych komunikatów;
- dynamiczność - każda zmiana w przekazie bezpośrednio wpływa na efekt procesu;
- kreatywność - powstawanie nowych pojęć i sytuacji w wyniku zmieniającego się procesu komunikacji;
- transakcyjność - aktualność interpretacji wpływa na to, że efekt widoczny jest od razu podczas trwania procesu komunikacji;
- nieuchronność - porozumiewanie się jest konieczne i nieuniknione we wszystkich sytuacjach dnia codziennego³.

W fizjoterapii dobra komunikacja z pacjentem jest wyjątkowo cenną umiejętnością. Lubiany fizjoterapeuta wzbudza większy szacunek i sympatię. Komunikacja jest jednak także motywacją do dalszych ćwiczeń i terapii. Podczas zajęć terapeutycznych fizjoterapeuci mają do czynienia z pacjentami różniącymi się między sobą nie tylko schorzeniami, ale również indywidualnym podejściem zarówno do siebie samego, jak i do własnej choroby. Nastawienie pacjenta i fizjoterapeuty stanowi więc składową budującą proces osiągnięcia porozumienia. Umiejętność komunikacji fizjoterapeuta może wykorzystać nie tylko podczas zbierania wywiadu, ale również w czasie zabiegów takich jak masaż czy prowadzenie zajęć kinezyterapii. Pacjent trafia do fizjoterapeuty zazwyczaj ze skierowania lekarza, który

³ Zob. Tamże.

wystawia diagnozę, odczytuje wyniki badań, ustala leczenie. Jednak „działaniem” – aktywnym eliminowaniem ograniczeń i choroby w tym przypadku zajmuje się fizjoterapeuta. To z nim pacjent spędza kolejne tygodnie, a czasem i miesiące, uczestnicząc w terapii, która niejednokrotnie jest bolesna, żmudna i pracochłonna. Kiedy fizjoterapeuta pojawia się w życiu chorego, to pełni rolę nie tylko osoby przywracającej utracone funkcje, usuwającej ograniczenia, uczącej ćwiczeń i zdrowego trybu życia, ale też motywuje, wspiera, towarzyszy w ciężkich chwilach oraz w małych sukcesach. Staje się on dla pacjenta współtowarzyszem w dążeniu do pełni zdrowia, osobą do której zwraca się z doraźnymi wątpliwościami, problemami związanymi z obszarem życia, jaki został uszkodzony chorobą. To, jak wygląda relacja pomiędzy tymi stronami, warunkuje czy pacjent chętnie przychodzi na terapię, czy zwierza się z aktualnych problemów wynikających z choroby, czy otworzy się na tyle, by zaufać fizjoterapeucie. Mimo, iż relacja zostanie zbudowana mimo wszystko, to jej kształt zależy od przygotowania fizjoterapeuty zdobytego w czasie studiów i w praktyce zawodowej. Znajomość elementów komunikacji zwiększa szansę na indywidualne dostosowanie swojego zachowania do pacjenta i ukształtowania relacji optymalnej do osiągnięcia współpracy i wzajemnego zaangażowania w terapię oraz stworzenia przyjaznej atmosfery podczas terapii.

1. Wywiad

Kontakt pacjenta z terapeutą zaczyna się od zebrania wywiadu. Jest to anamneza podobna do lekarskiej, jednak fizjoterapeuta musi zwrócić znaczną uwagę na utratę konkretnych funkcji, utrudnienia w życiu codziennym, zmiany w wykonywanych dotychczas czynnościach, stąd wywiad ten jest bardziej funkcjonalny.

Fizjoterapeuta nie ma obowiązku schematycznego prowadzenia wywiadu. Natomiast w każdym wywiadzie powinny się znaleźć pytania z trzech ogólnych grup – pytania personalne, pytania dotyczące aktualnej choroby i socjalne.

Pytania personalne dotyczą takich informacji jak: imię i nazwisko, wiek, stan cywilny, adres zamieszkania, wykształcenie, aktualnie wykonywany zawód, bądź ten wykonywany w przeszłości, aktywność fizyczna i hobby, przebyte choroby i urazy ciała, zabiegi operacyjne, choroby dziedziczne (cukrzyca, nadciśnienie, osteoporoza, itp.), obecnie przyjmowane leki. Wywiady dotyczące danych personalnych, oprócz znaczenia identyfikacyjnego, mają na celu ogólne zorientowanie się w stanie pacjenta i tym jak jego dysfunkcja wpływa na codzienne funkcjonowanie.

Pytania odnoszące się do aktualnej choroby powinny być ukierunkowane na uzyskanie wiadomości o czasie i okolicznościach, w których wystąpiły objawy bólowe, ich nasileniu i charakterze, miejscu odczuwania dolegliwości w chwili wystąpienia objawów.

Kolejnym aspektem jest porównanie powyższych informacji z okolicznościami poprzednich incydentów, jeśli takie występowały, z subiektywną oceną objawów dokonaną przez pacjenta.

W zależności od rodzaju choroby/dysfunkcji i jej lokalizacji wywiad wzbogaca się o pytania charakterystyczne dla danej sytuacji (ból stawów, kości, mięśni, ograniczenie zakresu ruchów czynnych i/lub biernych, osłabienie siły mięśniowej, zaburzenia czucia, porażenia bądź niedowłady, omdlenia, ból głowy, bezsenność, duszność, obrzęki, uderzenia ciepła, ból w okolicy serca, kaszel, odkrztuszanie, ilość i charakter wydzieliny, łaknienie, pragnienie, wymioty, nudności, itp.).

Ostatnia grupa pytań odnosi się do informacji na temat utrzymania, warunków mieszkaniowych pacjenta, osobach pomagających, ewentualnych możliwościach dostosowania mieszkania do aktualnego stanu fizycznego (do tymczasowej jazdy na wózku inwalidzkim, zaopatrzenia w specjalne uchwyty i poręcze w łazience, itp.) oraz możliwości dotarcia pacjenta na regularne ćwiczenia czy zabiegi fizjoterapeutyczne. W wywiadzie nie może zabraknąć pytań odnośnie aktualnych ograniczeń w życiu

codziennym związanych z dysfunkcją, które pojawiają się przeważnie w drugiej grupie pytań. Fizjoterapeuta powinien uzyskać informację o subiektywnej ocenie swojego stanu zdrowia przez chorego, sposobie poruszania się po schodach czy płaskim terenie, sprawności fizycznej bądź ograniczeniach w normalnej aktywności i czynnościach dnia codziennego. Sformułowanie odpowiedniego pytania otwartego o to, jak pacjent radzi sobie z chorobą, ograniczeniami lub jak one wpływają na jego życie codzienne, pozwoli pacjentowi wyrazić emocjonalny stosunek do swojej choroby⁴.

Dobre zebranie wywiadu nie obejdzie się bez szczerości ze strony pacjenta. Niejednokrotnie pacjent musi przyznać się do intymnych problemów, kłopotów w pozornie prostych czynnościach czy do niesamodzielności w pewnych obszarach życia. Umiejętność słuchania ze strony fizjoterapeuty, jego otwartość, trafne i jasne formułowanie pytań zrozumiałych dla pacjenta jest konieczne do zebrania cennych informacji i „zaprogramowania” najskuteczniejszej terapii. Już na tym etapie wchodzenia w relację, tworzenia się pewnej płaszczyzny porozumienia, obie strony muszą zaangażować się w nią, by wspólnie zaplanować drogę ku wspólnemu celowi – przywróceniu utraconej sprawności pacjenta.

2. Dotyk w fizjoterapii

W każdej niemal kulturze dotyk jest podstawową formą społecznej komunikacji i pierwotnym rodzajem społecznego zachowania⁵. Gdy bez użycia słów pragnie się okazać współczucie, sympatię, ciepło czy wsparcie, instynktownie wyraża się to przez dotyk. Widząc osobę odczuwającą ból, niejednokrotnie bezwiednie wyciąga się rękę w jej kierunku, by poprzez położenie dłoni na ramieniu czy pogłaskanie chorego uspokoić go i pozwolić mu

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

⁵ Zob. J. Barański, E. Waszyński, A. Steciwko, *Komunikowanie się lekarza z pacjentem*, Astrum, Wrocław 2000.

odczuć naszą obecność⁶. Z racji wykonywanego zawodu fizjoterapeuta ma w swoich rękach do dyspozycji potężne narzędzie, jakim jest dotyk, jednakże ten ostatni musi być nie tylko instynktowny, ale absolutnie profesjonalny.

Już na samym początku spotkania pacjenta ze swoim przyszłym fizjoterapeutą, ten pierwszy musi zostać przebadany pod względem pewnych ograniczeń, zaburzeń określonych części ciała według schematów diagnozowania charakterystycznych dla poszczególnych działów medycyny. Fizjoterapeuta nie jest upoważniony do stawiania medycznych diagnoz, jednakże musi on wyznaczyć cele krótko- i długoterminowe terapii, do czego badanie fizjoterapeutyczne jest niezbędne. W tym celu niejednokrotnie pacjent musi zostać rozebrany, dotknięty, oglądnięty, wykonując cały czas polecenia kierowane ze strony fizjoterapeuty. Badanie to jest dla pacjenta bardzo krępujące, ponieważ terapeuta jest dla niego osobą obcą. Uważa się, że samo uściśnięcie dłoni pacjenta na przywitaniu i pożegnanie jest sposobem na przełamanie pewnej bariery i wejście w przestrzeń osobistą relacji pacjenta z terapeutą oraz oswojenie się z dotykiem. Ten prosty sygnał w połączeniu z uśmiechem i ciepłym słowem pozwala budować atmosferę zaufania jaka powinna wytworzyć się w celu prowadzenia skutecznej terapii. Wiele osób boi się nadużywać dotyku, zwłaszcza gdy media nagłaśniają sytuacje np. molestowania, jednak okazuje się, że znacznie częściej wzajemne porozumienie jest zrywane z powodu braku kontaktu fizycznego, a nie jego nadużycia⁷.

Podczas badania fizykalnego prowadzonego przez lekarza czy terapeutę, dotyk nabiera cech przekazu, gdyż jest procesem dwustronnym. Jeśli dotyk terapeuty nacechowany będzie łagodnością, pozwoli to pacjentowi rozluźnić się i zmniejszyć dyskomfort związany z

⁶ Zob. E. Więckowska, dz. cyt.

⁷ Zob. Tamże.

koniecznością bycia dotykanym i obserwowanym przez obcą osobę wkraczającą w strefę intymną osoby badanej⁸.

Szczególnym działem fizjoterapii, w którym dotyk świadczy o jakości terapii, jest masaż leczniczy. W zależności od potrzeby, terapeuci wykonują masaże każdej części ciała, co wymaga rozebrania się pacjenta, w pewnym stopniu. Masażysta wchodzi w bardzo osobistą strefę masowanego. Dotyka go przez dłuższy czas, czasami sprawiając ból, innym razem dając przyjemność czy ulgę, rozluźniając napięte mięśnie. Podczas zabiegu, jakim jest masaż, kontakt wzrokowy jest raczej bardzo ograniczony ze względu na konieczność ułożenia pacjenta - np. w najbardziej popularnych masażach, pacjent leży na leżance, z głową skierowaną ku podłodze. Nie wszyscy pacjenci podczas bycia masowanymi wchodzi w rozmowę, niektórzy wolą się zrelaksować, odprężyć w ciszy. Inni natomiast preferują rozmowę by nie tylko zająć czas, ale nierzadko stworzyć atmosferę zaufania do terapeuty, co pozwoli im zapomnieć o byciu dotykanym przez obcą osobę. Jakość dotyku fizjoterapeuty zostaje poddana podświadomej ocenie pacjenta – bodźce odbierane są podczas masażu przede wszystkim przez zmysł dotyku. Im dany obszar ciała ma większą reprezentację korową w płacie ciemieniowym mózgu, tym więcej i dokładniej odbierane są z niego bodźce. Największe czucie wykazują takie obszary jak twarz, stopy, dłonie i język⁹. Warto o tym pamiętać podczas masażu, gdyż wykonując np. refleksoterapię stóp czy masując ręce pacjenta przekazujemy swoimi dłońmi więcej informacji, niż mogłoby nam się wydawać. Dotyk musi być profesjonalny, pewny, ciepły, przyjazny, nacechowany łagodnością a jednocześnie celowością.

⁸ Zob. Tamże.

⁹ Zob. A. Włoszczak- Szubzda A., M. J. Jarosz, *Professional Communications competences of physiotherapists – practice and educational perspectives*, "Annals of Agricultural and Environmental Medicine" 2013, t. 20, nr 1, s. 189-194.

3. Intonacja głosu

Modulacja oraz ton głosu stanowi około 38% przekazu informacji, kiedy sama treść wypowiedzi to zaledwie 7%¹⁰. Często sposób mówienia zależy od aktualnego humoru, stanu emocjonalnego, wykształcenia, kręgu kulturowego, wychowania, sytuacji, współmówcy, itp.¹¹. Podczas prowadzenia różnych terapii warto by fizjoterapeuta potrafił do niej dostosować swoją intonację głosu. Obserwując proces usprawniania, terapeuta zobowiązany jest do wychwytywania nawet drobnych efektów i chwaleń ich w celu motywowania pacjenta. Przekazanie pochwały ciepłym głosem, z nutką dumy, z nutką nadziei na kolejne, coraz bliższe w czasie sukcesy, sprawi, że pacjent bardziej doceni drobne osiągnięcia terapii. W czasie masowania, kiedy pacjent ma się zrelaksować, odprężyć ton głosu można obniżyć, zadbać o ciepłą intonację. Natomiast podczas prowadzenia ćwiczeń grupowych intonacja musi być donośna, stanowcza, konkretna, tak by każdy pacjent usłyszał polecenie, nawet z większej odległości. Według doniesień wstępnych, podczas lekcji ruchu leczniczego przez fizjoterapeutów preferowana jest intonacja o charakterze podnoszącym¹². Zwraca się przede wszystkim uwagę na ton głosu ciepły, z nutką pogody i radości, ale również poważny, co wskazuje na profesjonalizm wykonywanego zawodu. Intonacje o charakterze obniżającym, nasuwają myśl o braku umiejętności poprawnej komunikacji, byciu ponurym bądź o braku kultury osobistej¹³.

4. Wskazówki dla fizjoterapeuty

Konieczne wskazówki odnośnie komunikacji z pacjentem, warte przedstawienia fizjoterapeutom, to szeroki temat. Mógłby z niego powstać dość obszerny podręcznik.

¹⁰ Zob. 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.

¹¹ Zob. J. Barański, E. Waszyński, A. Steciwko, dz. cyt.

¹² Zob. A. Włoszczak- Szubzda A., M. J. Jarosz, dz. cyt.

¹³ Zob. Tamże.

Jednakże celem podsumowania powyższych treści, przygotowana została lista najważniejszych kwestii, które zarówno pracujący w zawodzie, jak i studiujący fizjoterapię powinni mieć na uwadze w kwestii poprawy komunikacji podczas terapii:

- zaaranżowanie wygodnego i dającego poczucie bezpieczeństwa miejsca prowadzonej terapii;
- zadbanie o intymność pacjenta i jego komfort, jeśli terapia wiąże się z obnażeniem ciała, poprzez parawany, zasłonięcie zasłony bądź wyproszenie osób trzecich z gabinetu;
- wzięcie pod uwagę poznania emocjonalnego stosunku pacjenta do swoich ograniczeń i choroby;
- opanowanie nawet w sytuacji, kiedy terapeuta odczuwa niechęć do pacjenta, bądź się z nim nie zgadza – zachowanie profesjonalizmu;
- skonfrontowanie problematycznej sytuacji, dążenie do jej wyjaśnienia;
- zadawanie pytań otwartych podczas zbierania wywiadu pozwalające pacjentowi zaangażować się w wypowiedź, otworzyć, jednocześnie kontrolowanie rozmowy za pomocą konkretnych pytań naprowadzających tak, by nie odbiegać od celu anamnezy;
- dobór odpowiednich słów w ten sposób, aby były zrozumiałe dla pacjenta, niekoniecznie muszą zawierać dużą liczbę trudnych, medycznych pojęć;
- nieunikanie kontaktu wzrokowego sygnalizującego nieuwagę, nieuczciwość, zakłopotanie czy uległość, jednocześnie dbałość o to, by kontakt ten nie był nachalny, budzący strach i nieśmiałość pacjenta;
- dbanie o szczerą wyrazu twarzy, mimikę adekwatną do wypowiedzi co nada jej spójność;

- zwrócenie uwagi na jakość dotyku podczas badania, terapii manualnej czy masażu – niech będzie pewny, profesjonalny a jednocześnie przyjazny, łagodny, nie nachalny;
- przechylenie głowy na jedną stronę wyraża skupienie oraz oznacza empatię;
- nieunikanie tematów krępujących i wprowadzających w zakłopotanie pacjenta – doda to pewności siebie pacjentowi, który poczuje się bardziej komfortowo;
- praca nad sobą – „Samoświadomość leży u podstaw kompetencji zawodowych”¹⁴;
- odkrywanie motywów własnych działań oraz podstaw działania, co pozwoli zrozumieć pacjentów i zaoferować im lepszą pomoc;
- dbanie o szczerość wypowiedzi, wywiązywanie się z obietnic, bycie uczciwym;
- zaangażowanie w rozmowę, w terapię – bycie obecnym w danej chwili „w 100%”;
- nieoceniać przedwcześnie, nie sugerować się uprzedzeniami, nie zamykanie się na człowieka zanim się go nie pozna, gdyż zablokuje to drogę do osiągnięcia porozumienia;
- obserwowanie stanu emocjonalnego pacjenta podczas jego wypowiedzi – nie wszystko zostanie ujęte w słowa, większość zostanie przekazana niewerbalnie;
- budowanie atmosfery zmniejszającej skrępowanie;
- szacunek dla autonomii pacjenta;
- dodawanie odwagi, wyrażanie aprobaty dla postępów pacjenta, pochwalanie małych osiągnięć terapii;
- częsty uśmiech!
- pamiętanie o rzeczowości wypowiedzi, przede wszystkim bycie profesjonalnym;
- dbałość o bycie konkretnym, co nie musi wcale oznaczać bycia poważnym;
- poszerzanie swoich horyzontów poprzez wzbogacanie swojego słownictwa.

¹⁴ Zob. E. Więckowska, dz. cyt.