

## Dotyk w praktyce zawodowej – postrzeganie dotyku przez fizjoterapeutów

### Touch in professional practice – view of physiotherapists

Emilia Dadura<sup>1</sup>, Agnieszka Wójcik<sup>2</sup>, Jan Gajewski<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Centrum Kompleksowej Rehabilitacji, Warszawa - Praga Południe

<sup>2</sup>Katedra Fizjoterapii, Wydział Rehabilitacji AWF w Warszawie

<sup>3</sup>Katedra Anatomii i Biomechaniki, Wydział Wychowania Fizycznego AWF w Warszawie

#### Streszczenie

*Wstęp:* Dotyk obecny jest w każdym obszarze życia człowieka. Za jego pośrednictwem ludzie odbierają i poznają otaczający ich świat, komunikują emocje i tworzą silne więzi. Dotyk jest istotnym elementem każdej relacji, a szczególnie relacji fizjoterapeuta - pacjent, gdyż jest on jednym z podstawowych narzędzi, jakimi fizjoterapeuta posługuje się w pracy na co dzień.

Celem niniejszych pilotażowych badań była próba oceny, jak fizjoterapeuci postrzegają dotyk i czy wykorzystują w praktyce wskazówki dotyczące warunków i sposobu jego stosowania.

*Material i metody:* Badaniem objęto 80 losowo wybranych fizjoterapeutów (39K/41M). Średni wiek badanych 30,36 lat (SD 6,62), a średni staż pracy 6,62 lat (SD 5,05). Posłużono się autorską ankietą (28 pytań), dotyczącą 3 obszarów: postaw fizjoterapeutów wobec dotyku, psychologicznych aspektów dotyku oraz warunków zapewniających jego właściwy komfort.

*Wyniki:* Uzyskane odpowiedzi wskazują, iż badani fizjoterapeuci traktują dotyk głównie jako techniczne narzędzie do zbierania informacji i prowadzenia terapii. Respondenci są świadomi tego, iż dotyk wpływa na ciało i psychikę pacjenta, oraz że jest to akt dwukierunkowy fizjoterapeuta <=> pacjent. Większość badanych nie doświadcza żadnych emocji, dotyczących pacjenta. Badani utrzymują, iż stosują w praktyce zalecenia związane z poszanowaniem prawa pacjenta do autonomii, intymności, informacji oraz zachowaniem właściwej dbałości o higienę, komfort i bezpieczeństwo pacjenta w trakcie prowadzonego zabiegu.

*Wnioski:* Uzyskane dane pozwalają sądzić, iż badani postrzegają dotyk w sposób bardzo techniczny, zaniedbując jednocześnie jego wymiar psychospołeczny. Badani znają i przestrzegają w praktyce zaleceń dotyczących warunków oraz sposobu stosowania dotyku.

#### Słowa kluczowe:

**zmysł, postrzeganie, kontakt fizyczny, palpacja**

#### Abstract

*Background:* Touch is playing an important role in human's life. Thanks to it, people can discover the world around them, communicate emotions and create strong bonds. Touch is significant part of every human relationship and especially the relationship between physiotherapist– patient, because the touch is the basic tool of a physiotherapist's daily life.

The goal of this pilot study was to evaluate how the physiotherapists perceive the touch and if they know and follow right recommendations of touch.

*Material and methods:* 80 therapists took part in the study (39 female, 41 male). Average age 30, 36 years (SD 6, 62) and average work experience 6, 62 years (SD 5, 05).

They were asked to complete a questionnaire (28 questions) pertaining three aspects

of the touch: physiotherapist's attitude towards touch, psychological aspects of touch and circumstances assuring a comfort of touching.

*Results:* According to the answers physiotherapists treat touch mainly as a technical tool of gathering information and treating. They are aware of influence of the touch on a patient's psyche and body, it is working in both directions; physiotherapist  $\Leftrightarrow$  patient. The majority neither feels nor have any emotions while touching a patient. The respondents made sure that they follow the recommendations of right touch: respecting patients' rights to autonomy, privacy, information and therapists cared enough about comfort and safeness of their patients.

*Conclusions:* The respondents use the touching as a technical tool while they neglect its psychosocial side. They know and they follow the recommendations of touch in correct way.

**Keywords:** sense, perception, physical contact, palpation

## Wstęp

Dotyk pełni istotną rolę w życiu każdego człowieka, pozwalając mu odbierać otaczający go świat, wchodzić z nim w interakcje oraz komunikować emocje.

„Dotyk jest podstawowym elementem wielu typów relacji międzyludzkich. Odgrywa ważną rolę w zachęcaniu do wysiłku, wyrażaniu czułości, manifestowaniu wsparcia” [1].

Poza tym bierze on również udział w tworzeniu najsilniejszych emocjonalnych więzi, ponieważ pod jego wpływem wydzielą się oksytocyna – hormon odpowiadający za dobre samopoczucie, odprężenie, uspokojenie i powstawanie bliskich relacji [2, 3, 4].

Dotyk jest bardzo ważnym zjawiskiem psychospołecznym, które może być odmiennie traktowane w różnych kręgach kulturowych. Potwierdzają to doniesienia Horning i Lächler, porównujące częstotliwość wymiany dotyków pomiędzy dwojgiem ludzi rozmawiających ze sobą w kawiarni. W Puerto Rico w trakcie godziny pojawiło się 180 dotyków, w Londynie ani jeden. Tego typu różnice stają się czasem powodem wielu nieporozumień [5, 6, 7].

Z dotykiem związane jest pojęcie dystansu, które w swojej pracy opisuje Hall [8]. Wspomniany badacz podzielił przestrzeń wokół człowieka na 4 strefy:

- dystans publiczny (3,6 m lub więcej)
- dystans społeczny (1,2 - 3,6 m)
- osobniczy / indywidualny (45 – 120 cm)
- intymny (powierzchnia ciała – 45 cm)

Każda ze stref przynależna jest relacji o innym stopniu zażyłości. Rozległość każdej z nich oraz szybkość przechodzenia z jednej strefy do drugiej są zależne osobniczo i kulturowo [9].

Dotyk zasługuje na szczególną uwagę w kontekście pracy fizjoterapeuty, gdyż jako bardzo bliska forma kontaktu ma on miejsce w obrębie dystansu intymnego, przeznaczonego dla osób najbliższych. Fizjoterapeuci jako tzw. „zawodowi dotykacze” („Berufsberührer”)

[5, 2, 10, 11], podobnie jak lekarze czy pielęgniarki, ze względu na specyfikę swojej profesji często posługują się dotykiem, przebywając w strefie dystansu intymnego swoich pacjentów. Znajdowanie się w tym obszarze jest dla nich oczywistą konsekwencją wykonywania czynności zawodowych, staje się niejako rutyną, która nie wzbudza emocji. Jednak tak duża bliskość może okazać się trudnym doświadczeniem dla pacjentów nieobitych z takim rodzajem pracy.

Mc Rae wskazuje, iż lekarz poza badaniem przedmiotowym dysponuje również badaniami dodatkowymi, w przeciwieństwie do pracy fizjoterapeuty, którego głównym narzędziem diagnostycznym pozostaje nadal dotyk [11], gdyż w fizjoterapii większość działań odbywa się w obszarze problematycznych struktur, co wymaga od terapeuty bardzo dobrej orientacji w topografii ciała i znajomości zmian patologicznych [12].

Kysely [13] wprowadza podział na „dłoń odbiorczą” i „dłoń interwencyjną”, zgodnie z obecnie dominującym mechanistycznym podejściem do tego zagadnienia. „Dłoń odbiorcza” służy diagnostyce, zbiera informacje z ciała pacjenta. „Dłoń interwencyjna” natomiast bezpośrednio przeprowadza leczenie. Jednakże pojawiają się również autorzy [14, 1, 15, 16], którzy wskazują na potrzebę traktowania dotyku w sposób kompleksowy, akcentując tym samym jego wymiar psychospołeczny, dlatego też zasadne wydaje się być wprowadzenie także „dłoni psychospołecznej”, która jako element mowy niewerbalnej może komunikować nastawienie terapeuty, odbierać emocje lub też wykonywać gesty wsparcia.

Zagadnieniem dotyku interesuje się wielu specjalistów, dlatego też istnieją badania, które analizują dotyk jako zjawisko psychospołeczne lub też biologiczne, brakuje natomiast pozycji kompleksowo zajmujących się tym problemem w kontekście pracy fizjoterapeuty.

Celem niniejszych pilotażowych badań było sprawdzenie, jak dotyk postrzegany jest przez osoby pracujące nim na co dzień. W pracy postawiono następujące pytania badawcze:

1. Czy fizjoterapeuci dostrzegają całościowy charakter oddziaływania dotyku na osobę pacjenta i na własną osobę?
2. Czy badani traktują dotyk jedynie w sposób techniczny, czy też biorą pod uwagę również jego wymiar psychospołeczny?
3. Czy dotyk wzbudza w terapeutach jakieś odczucia?
4. Czy fizjoterapeuci znają i wykorzystują w praktyce prawidłowe zalecenia dotyczące warunków i sposobu stosowania dotyku?

**Materiał i metoda**

Badaniem objęto 80 terapeutów (39K / 41M) z czterech mazowieckich placówek medycznych. Grupa badana była stosunkowo jednorodna pod względem wieku i stażu pracy. Średni wiek badanych to 30,36 lat (SD 5,13), a średni staż pracy to 6,62 lat (SD 5,05). Prawie wszyscy badani (98%) mieli wykształcenie wyższe. Byli to głównie absolwenci AWF (78%) i UM (25%), pracujący z pacjentami ortopedycznymi, geriatrycznymi i neurologicznymi.

W badaniu posłużono się autorską, wypełnianą anonimowo ankietą, składającą się z 28 pytań, które obejmowały 3 obszary tematyczne:

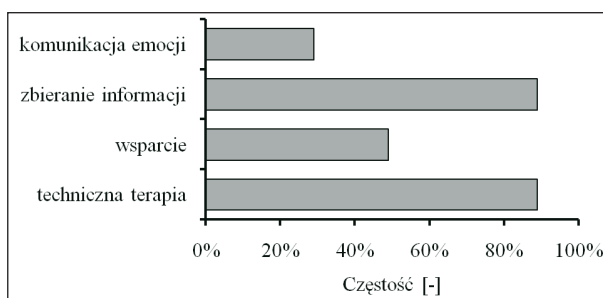
- obszar postaw badał, jak badani postrzegają dotyk, i czy wiedzą, na jakim poziomie działają,
- obszar psychologiczny sprawdzał, czy dotyk wzbudza w terapeutach jakieś odczucia,
- obszar warunków, dotyczył przestrzegania zaleceń odnośnie otoczenia, w jakim odbywa się dotyk, poszanowania praw pacjenta i przygotowania terapeuty do wykonywanych czynności.

Zalecenia dotyczące warunków lub też sposobu stosowania dotyku można znaleźć w literaturze [17, 18, 20, 21, 22], Ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz rządowym projekcie Ustawy o niektórych zawodach medycznych.

**Wyniki badań**

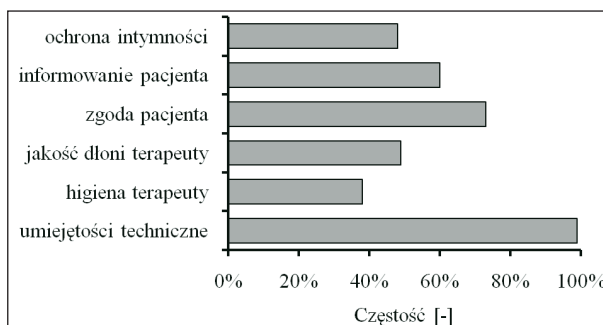
Wyniki (ryc.1) z pierwszego obszaru tematycznego: postaw wobec dotyku, wskazują, iż badani postrzegają dotyk jako techniczną formę terapii i narzędzie do zbierania informacji.

Prawie wszyscy badani (98%) są również świadomi kompleksowości oddziaływania dotyku zarówno na ciało, jak i na psychikę pacjenta. Zdecydowana większość (84%) wskazuje również na fakt, iż dotyk jest procesem dwukierunkowym, w którym zarówno fizjoterapeuta, jak i pacjent wzajemnie na siebie oddziałują. Zaledwie nieliczni (16%) uważają dotyk za jednostronny akt ze strony terapeuty.



**Ryc. 1.** Postrzeganie dotyku  
**Fig. 1.** Perceiving the touch

Podobną tendencję można dostrzec w kolejnym pytaniu (ryc.2), gdyż prawie wszyscy badani skuteczność dotyku uzależniają od umiejętnościach technicznych terapeuty. Znacząca jest dla nich także zgoda pacjenta i udzielanie informacji o podejmowanych czynnościach.



**Ryc. 2.** Zmienne kształtujące skuteczność dotyku  
**Fig. 2.** Variables creating effectiveness of touch

Kolejny obszar; aspekt psychologiczny, badał czy fizjoterapeuci doświadczają jakichś odczuć w trakcie dotykania pacjenta. Połowa badanych (tab.1) wskazuje, iż niczego nie odczuwa podczas pracy manualnej. Jedna trzecia doświadcza jakichś odczuć, wskazując na ich pozytywny charakter: poczucie spełnienia zawodowego, profesjonalizmu, pewności działania.

**Tab. 1.** Dotyk a odczucia

**Tab. 1.** Touch vs feelings

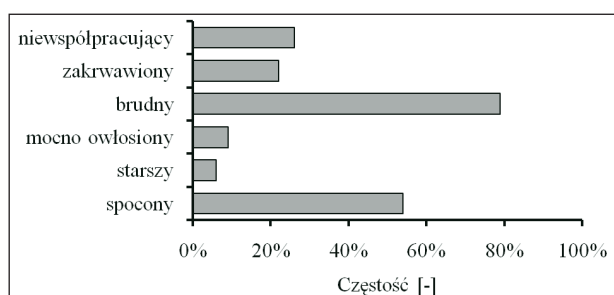
Czy kontakt z ciałem pacjenta wywołuje u Ciebie jakieś odczucia?	wskazania
Tak	36%
Nie	51%
trudno powiedzieć	10%

Kolejne pytanie (tab.2) wykazuje przeciwną tendencję, gdyż ponad trzy czwarte badanych stwierdza, że zdarzają się sytuacje, w których dotyk wywołuje u nich niechęć.

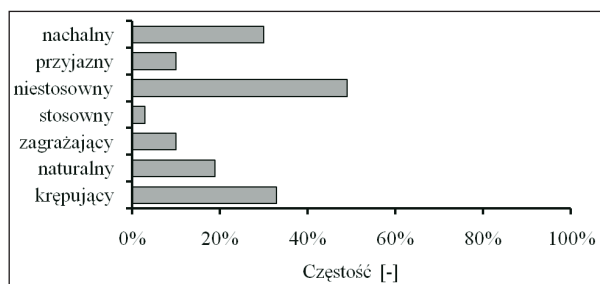
**Tab. 2.** Doświadczanie niechęci**Tab. 2.** Touching unwillingly

Czy zdarzało Ci się dotykać niektórych pacjentów z niechęcią?	wskazania
Tak	80%
Nie	16%
trudno powiedzieć	4%

Za typ pacjenta niechętnie dotykane (ryc.3) uznawano najczęściej osobę brudną, spoconą, niewspółpracującą i zakrwawioną.

**Ryc. 3.** Typ pacjenta dotykane z niechęcią**Fig. 3.** Type of the patient touched unwillingly

Kolejne pytanie sprawdzało, jak fizjoterapeuci postrzegają dotyk zainicjowany przez pacjenta w trakcie terapii (ryc.4). Otrzymane wyniki wskazują, iż w najczęściej klasyfikowano go jako: niestosowny, krępujący, nachalny i zagrażający. Jedynie dla nielicznych był on naturalny, przyjazny i stosowny.

**Ryc. 4.** Dotyk ze strony pacjenta**Fig. 4.** Touching by the patient

Ostatni obszar tematyczny dotyczył warunków, jakie powinny zostać zapewnione w trakcie wykonywania czynności manualnych. Otrzymane dane wskazują, iż badani postępują zgodnie z zawartymi w literaturze wskazówkami dotyczącymi poszanowania prawa pacjenta do autonomii, intymności, informacji, oraz zachowania właściwej dbałości o higienę, komfort i bezpieczeństwo pacjenta. Na uwagę jednak zasługuje pytanie dotyczące wyrażania przez pacjenta zgody na dotyk (tab.3).

Uznano, że szacunek dla autonomii wyrażają czasowniki „mógłbym” oraz „chciałbym”.

**Tab. 3.** Poszanowanie autonomii pacjenta**Tab. 3.** Respecting patient's autonomy

Po przeprowadzeniu wywiadu...	wskazania
oświadczam pacjentowi, że go teraz zbadam	31%
mówię pacjentowi, że teraz chciałbym go zbadać	51%
przechodzę od razu do badania	11%
pytam pacjenta, czy mógłbym go zbadać	5%

## Dyskusja

Literatura polskojęzyczna zdaje się być uboga pod względem dostępnych pozycji dotyczących zagadnienia dotyku. Wprawdzie na rynku wydawniczym istnieją pozycje zajmujące się techniczną stroną tego zagadnienia, jednakże brakuje literatury kompleksowo podchodzącej do tego tematu, która obok pragmatycznego podejścia uwzględniałaby również jego wymiar psychospołeczny. Stanowiło to duży problem w zaprojektowaniu badań. Wydaje się, iż obecnie zwraca się niewielką uwagę na to, jak pacjent odbiera dotyk terapeuty, nie podejmując się głębszego poznania tego zjawiska [23]. W tym kontekście można by sądzić, iż problem dotyku należałoby gruntownie zbadać. Lepsze poznanie tego zagadnienia mogłoby okazać się pomocne w przypadku profesji, których głównym narzędziem pracy jest dotyk.

Powyższe badania są próbą eksploracji tematu bardzo złożonego, wieloaspektowego i dotychczas szeroko nie omawianego, co było przyczyną trudności metodologicznych w trakcie badań. Z tego względu otrzymane wyniki należy traktować jako pilotażowe, stanowiące podstawę do dalszych, szerszych analiz w ramach interdyscyplinarnego zespołu i przy zastosowaniu bardziej zaawansowanych narzędzi badawczych.

Ciekawe wydaje się być odniesienie otrzymanych wyników do dostępnych zasobów literatury przedmiotu. Niektórzy autorzy [24, 25] podkreślają, iż dotyk jest zjawiskiem dwukierunkowym, podczas którego obie strony interakcji doświadczają wzajemnego kontaktu. Tezę tę zdaje się potwierdzać większość respondentów (84%) wskazując, że dotyk w trakcie terapii to akt dwukierunkowy pomiędzy fizjoterapeutą a pacjentem. Jednakże może zaskakiwać to, iż w innym miejscu dotyk ze strony pacjenta oceniano już jako niestosowny (ryc.4). Wydawać by się mogło, że fizjoterapeuci jako tzw. „zawodowi dotykacze” [5, 2, 10, 11], obcujący na co dzień z ciałem, są przyzwyczajeni do dotyku, tak że bliski kontakt z pacjentem nie powinien być dla nich problemem. Okazuje się jednak, że inicjowanie przez pacjenta dotyku wywo-



łuże u terapeutów dyskomfort. Może to być związane z nieco paternalistycznym podejściem respondentów do terapii, gdyż jak wskazują socjologowie [1], dotyk jest najczęściej inicjowany przez osoby o wyższym statusie społecznym. Niechęć do dotyku ze strony pacjenta może wynikać również z założenia, iż to pacjent przychodzi na terapię, i dlatego też nie ma potrzeby, żeby to on dotykał terapeuty. Jednakże dotyk nadal pełni ważną funkcję podczas kontaktu terapeutycznego. Niektórzy badacze donoszą, że dotyk jest podstawowym sposobem tworzenia relacji i naturalną formą komunikacji, służącą przekazywaniu informacji i emocji [4, 2, 3], zatem pozabawianie pacjentów tej możliwości wydaje się być niewłaściwe. Podczas dotyku dochodzi do wymiany między osobą dotykającą i dotykaną. Jeśli brakuje zwrócenia się ku drugiej osobie, lub jest ono tylko jednostronne, dotyk traci na jakości. Leczone ciało staje się obiektem a terapia nie działa tak, jak się tego oczekuje [16].

W innym pytaniu, podobnie jak powyżej, również zaobserwowano pewną niekonsekwencję. Respondenci utrzymywali, że niczego nie doświadczają podczas kontaktu z ciałem pacjenta (tab.1), z drugiej jednak strony aż 80 % badanych (tab.2) w kolejnym pytaniu donosiło, że odczuwa niechęć, dotykając niektórych pacjentów. Być może różnice te wynikały z obawy przed ujawnieniem postaw, które mogłyby zostać uznane za niewłaściwe.

Negatywne nastawienie terapeuty może wpływać na jakość prowadzonej terapii. Schweizer podkreśla, że jeśli kontakt z danym pacjentem stanowi dla fizjoterapeuty problem, powinien on zrezygnować z terapii, zamiast przeprowadzać ją wbrew własnej woli. Jeśli jednak zaniechanie zabiegów nie jest możliwe, terapeuta może użyć mniej kontaktowych form terapii [26]. Dotyk, jako element komunikacji niewerbalnej, trudno jest kontrolować, a tym samym trudno jest kontrolować przekazywane przez niego emocje.

„Podobnie jak inne formy zachowania niewerbalnego, dotyk może potwierdzać lub negować informacje komunikowane innymi kanałami” [1].

Wypowiedź niespójna, w której wysyłane sygnały niewerbalne są niezgodne z werbalnymi, wywołuje niepokój i dezorientację, a przez to poczucie zagrożenia i wycofanie się odbiorcy [3, 20, 2]. Jeśli więc terapeuta mimo uśmiechu na twarzy dotyka pacjenta z niechęcią, ten na pewno wyczuje niespójność przekazu, co znacząco wpłynie na wzajemną relację i chęć współpracy obu stron, a tym samym na końcowy efekt terapii [6, 1, 20, 2, 3].

Niektórzy autorzy wskazują, iż fizjoterapeuci w trakcie swojego kształcenia zajmują się głównie rozwijaniem umiejętności technicznych związanych z dotykiem, zaniebując jego wymiar psychospołeczny i pomijając „miękkie” narzędzia pracy, które ułatwiają porozumienie z pacjentem zarówno na poziomie technicznym (wskazówki), jak i emocjonalnym (radzenie sobie z emo-

cjami własnymi i pacjenta). Techniczne umiejętności nie są wystarczające w przypadku trudności występujących w relacji z pacjentem [17, 14, 15].

Weber [16] postuluje nawet odważną tezę, że w dzisiejszych czasach techniczna umiejętność działania to za mało. Według niego wraz ze wzrastającą złożonością schorzenia efektywność terapii zależy bardziej od czynników jakościowych niż ilościowych. Jego zdaniem udana komunikacja, realizująca się poprzez terapeutyczny dotyk, jest decydująca. Jest to zasadnicze stwierdzenie, jednakże można by przypuszczać, że w sytuacji dużej konkurencji na rynku pracy, gdzie fachowość usług jest porównywalna, decydujące znaczenie mogą mieć czynniki jakościowe warunkowane „miękkimi” kompetencjami.

Dotyk jest istotnym narzędziem diagnostycznym i terapeutycznym. Staje się niejako rutyną dla terapeuty pracującego nim na co dzień. Rutyna może oznaczać rozwiniętą zdolność dłoni do odczuwania i różnicowania wrażeń dotykowych. Rutyna może się jednak przejawiać w technicznym, bezrefleksyjnym i obojętnym podejściu do dotykane go pacjenta [17]. Tego typu podejście wyklucza powstanie partnerskiej relacji opartej na szacunku i zaufaniu, a tylko taka relacja stanowi właściwe podłoże dla procesu usprawniania, zwiększa motywację pacjenta do współpracy i prozdrowotnych zachowań [5, 10, 4, 28]. Poniższy cytat ilustruje do jakich sytuacji może dochodzić, jeśli dotyk potraktuje się jako techniczne narzędzie pracy.

„Pacjentka: To było straszne! (...) Musiałam rozebrać się aż do spodni, mimo że miałam problem tylko z barkiem. Potem ten obcy facet przypatrywał mi się, (...) ruszał moją głową na wszystkie strony. Bałam się, że będzie mi coś nastawiał. Miałam z tym kiepskie doświadczenia (...). Zaskakiwał mnie kolejnymi chwytami, na które nie byłam przygotowana. Potem powiedział, co jest nie w porządku: jakaś nieprawidłowa postawa, krzywe ustawienie, napięcie mięśniowe, nieekonomiczny wzorzec ruchowy – większości nie zrozumiałam, ale brzmiało to, jakby nie było we mnie nic dobrego. Poza tym miał okropnie zimne ręce. Najchętniej nigdy więcej bym do niego nie poszła (...).

Fizjoterapeuta: „Ta pacjentka była naprawdę trudna. Mimo że diagnoza była jasna, terapia obiecująca a ja postępowalem fachowo, pacjentka zdawała się być podejrzliwa i nieufna. To się zaczęło już podczas badania. Nie mówiła prawie ani słowa, dawała jedynie krótkie odpowiedzi. I wcale się na mnie nie patrzyła. Gdy jej powiedziałem wszystko, co „jest do roboty”, była obrażona, zamiast się cieszyć, że tak szybko rozpoznałem wszystkie problemy (...). Zaoszczędzilibyśmy wiele nerwów i czasu, gdyby niektórzy od początku współpracowali!” [10].

Fizjoterapeuta może używać zatem swoich dłoni w czysto techniczny sposób, jeśli jednak na tym poprze-

staje, nie wykorzystuje wielkiego potencjału tkwiącego w dotyku, który jest czymś więcej niż tylko palpacją i chwytami terapeutycznymi.

Dotyk działa na poziomie ciała i emocji, nawet jeśli sami fizjoterapeuci są zdania, że pracują pierwotnie albo wyłącznie w obszarze ciała [14, 15]. W skórze znajdują się zakończenia nerwów pochodzących z układu autonomicznego, które pobudzone przez dotyk mogą wywoływać pewne emocjonalne reakcje. Dotyk zatem sięga do znacznie głębszych pokładów ciała, niż pierwotnie mogłoby się wydawać. Osoby pracujące z ciałem powinny sobie wyraźnie uświadomić, że swoją dłoń dotykają nie tylko chorego miejsca na ciele pacjenta, ale przede wszystkim jego całego [26, 19].

Często zapomina się, że ciało ludzkie magazynuje wspomnienia, które mogą zostać aktywowane poprzez dotyk. Ma to szczególne znaczenie w przypadku osób, które doświadczyły nadużyć w sferze cielesnej, dlatego też należy zwracać uwagę na to, jak reagują one na dotyk. Dzięki temu można uniknąć nieporozumień podczas komunikacji i późniejszych błędów w trakcie stawiania diagnozy [26]. Oczywiście jest, że fizjoterapeuci leczą w pierwszej kolejności ciało, jednakże w dłuższej perspektywie żaden fizjoterapeuta nie będzie mógł pracować skutecznie, jeśli nie otworzy się na świat odczuć pacjenta i nie zdobędzie umiejętności poruszania się na tym poziomie [14, 15].

Schweizer w takich sytuacjach proponuje okazanie pacjentowi zrozumienia, wsparcia, i empatyczne towarzyszenie. Pomocne może być także zasugerowanie innych form pomocy. Zadaniem fizjoterapeuty nie jest dochodzenie przyczyn takiego stanu, ale raczej stałe pozostawanie uważnym i otwartym na "cichy dialog" z ciałem pacjenta [26].

Relacja fizjoterapeuta - pacjent jest bardzo złożona ze względu na bliski, fizyczny kontakt, trudne emocje, jak już wcześniej wspomniano, oraz charakter pacjenta i terapeuty. Aby dotyk stał się rzetelnym źródłem informacji oraz skutecznym środkiem oddziaływania, należy spełnić pewne warunki, sprzyjające bliskiemu kontaktowi. Zalicza się do nich właściwe przygotowanie terapeuty (dłonie, umiejętności techniczne) i otoczenia, w którym odbywa się dotyk oraz poszanowanie prawa pacjenta do intymności, autonomii i informacji. Otrzymane wyniki potwierdzają, iż badani przestrzegają zawartych w literaturze wskazówek dotyczących wyżej wymienionych czynników. Jednakże obszar zgody zdaje się być przez nich marginalizowany, ponieważ mimo iż 73% badanych uważa, że skuteczność terapii zależy od zgody pacjenta na dotyk (ryc.2), to w praktyce zaledwie połowa pyta pacjenta o taką zgodę (tab.3). Uznano, że szacunek dla autonomii wyrażają czasowniki „mógłbym” oraz „chciałbym”, gdyż dają one pacjentowi możliwość wyrażenia sprzeciwu i ochrony granic.

Być może fizjoterapeuci przyzwyczajeni do obcowania z ciałem innych ludzi uznają, iż pacjent automatycznie wyraża zgodę na dotyk. Jednakże dla osób mających pierwszy raz kontakt z terapeutą, mniej oswojonych z dotykiem, może to stanowić poważny problem [27, 20]. Pominięcie tego typu pytania, a w rezultacie zastosowanie nieakceptowanej przez pacjenta formy kontaktu może obniżyć efektywność zabiegu i zafałszować badanie. Jeśli nie weźmie się pod uwagę odczuć pacjenta, nawet najlepsza technika nie zadziała [28]. Wiele terapii zakończyło się, ponieważ fizjoterapeuta zbyt szybko wkroczył w intymny dystans pacjenta [2].

Pytanie pacjenta o zgodę na dotyk może wydawać się jedynie zbędną formalnością, jednak wielu autorów [17, 13, 18, 25], na czele z profesorem Szawarskim, wskazuje na to, iż:

„(...) świadoma zgoda jest ostatnią i być może najważniejszą enklawą wolności, (...) prośba więc o wyrażenie zgody na badanie lub zabieg wcale nie jest formalnością lecz nawiązaniem ważnego moralnego stosunku pomiędzy człowiekiem a człowiekiem.” [22]

Literatura przedmiotu jednakże nie precyzuje jak miałyby wyglądać pytania o zgodę na dotyk.

## Wnioski

Analiza otrzymanych wyników pozwala wysnuć następujące wnioski:

1. Badani fizjoterapeuci są świadomi, że dotyk wpływa na ciało i psychikę pacjenta, oraz że jest to akt dwukierunkowy fizjoterapeuta <=> pacjent.
2. Respondenci traktują dotyk głównie jako techniczne narzędzie do zbierania informacji i prowadzenia terapii, zaniedbując jego wymiar psychospołeczny.
3. Większość badanych nie doświadcza żadnych odczuć, dotykając pacjenta. W przypadku dotyku zainicjowanego przez pacjenta dominują negatywne odczucia.
4. Badani znają i zdają się stosować w praktyce zalecenia związane z poszanowaniem prawa pacjenta do autonomii, intymności, informacji oraz zachowaniem właściwej dbałości o higienę, komfort i bezpieczeństwo pacjenta.

## Piśmiennictwo

1. Knapp ML, Hall J. Komunikacja niewerbalna w interakcja międzyludzkich. Wrocław: Astrum; 1997.
2. Schneider C. Körpersprache als Ausdruck psychosomatischen Geschehens. Krankengymnastik 2002; 6: 940-946.
3. Stangierska I, Horst – Sikorska W. Ogólne zasady komunikacji między pacjentem a lekarzem. Forum Medycyny Rodzinnej 2007; 1 (1): 58-68.

4. Hoos – Leistner H. Gesprächsführung für Physiotherapeuten. Stuttgart: Thieme; 2008.
5. Wilda–Kiesel A. Die Kommunikation zwischen Therapeut und Patient. Krankengymnastik 2003; 3: 394-400.
6. Myerscough PR, Ford M. Jak rozmawiać z pacjentem. Gdańsk: GWP; 2002.
7. Kellnhauser E, Schewior-Popp S. Ausländische Patienten besser verstehen. Stuttgart: Thieme; 1999.
8. Hall E. Ukryty wymiar. Warszawa: Muza SA; 2001.
9. Drimalla–Schlieszus H. Empathie und Abgrenzung – Inhalte der Physiotherapieausbildung. Krankengymnastik 2002; 4: 13-22.
10. Schneider C. Patientenbindung durch Kommunikation. Weichen stellen im Erstgespräch. Physiopraxis 2003; 3: 42-45.
11. Mc Rae R. Kliniczne Badanie Ortopedyczne. Wrocław: Urban&Partner; 2006.
12. Walaszek R, Kasperczyk T, Magiera L. Diagnostyka w kinezyterapii i masażu. Kraków: Biosport; 2007.
13. Kysely H. Schmerzkrankheit - Schmerzstörung: Indikation für Integrative Bewegungs- und Physiotherapie (Teil I). Krankengymnastik 2002; 1: 57-43.
14. Janson E. Sich begegnen in der Therapie – Innere Haltung und Intensität der Begegnung. Krankengymnastik 2005; 4: 722-727.
15. Reumont A. Wer berührt wen in der Therapie. Krankengymnastik 2003; 12: 2156-2164.
16. Weber KG. Grundlagen einer somatopsychischen Interpretation von Techniken der Körperarbeit. Krankengymnastik 2002; 1: 48-55.
17. Besuden F. Berühren und Berührt - Werden in der Therapie. Krankengymnastik 2003; 12: 2122-2130.
18. Weber KG. Berühren - Übergänge vom strukturellen zum energetischen Arbeiten. Krankengymnastik 2003; 12: 2150-2155.
19. Karcher S. Übergänge von der primär funktionell ausgerichteten Behandlungsebene der PT zur körperpsychotherapeutischen Ebene am Beispiel der Arbeit mit Menschen, die Folter überlebt haben. Krankengymnastik 2000; 10: 1691-1700.
20. Schneider C. Die Bedeutung von Kommunikation für Physiotherapeuten. Krankengymnastik 2000; 7: 1169-1174.
21. Rose A. Kommunikation in PT. Die richtigen Worte finden. Physiopraxis 2005; 5: 48-50.
22. Szawarski Z. Godność człowieka rehabilitowanego. Post Rehab 2000; 4: 77-84.
23. Bevis N. Berührung und Gefühl in der manuellen Therapie. Bern: Huber Hans; 2001.
24. Niethammer U. Stille Zwiesprache mit dem Körper – Berührung aus Sicht der Feldenkrais Methode. Krankengymnastik 2003; 12: 2134-2141.
25. Karcher S. Grenzen des Körperdialogs. Krankengymnastik 2000; 1: 65-71.
26. Schweizer M. Berühren und Lösen bei Schaarschuch. Krankengymnastik 2003; 12: 2142-2149.
27. Pötz H, Dörrscheidt W. Umgang mit schwierigen Patienten. Die Macht der Psyche. Physiopraxis 2006; 2: 48-51.
28. Zuber V. Nonverbale Kommunikation in der Physiotherapie. Basis für das Vertrauen im Behandlungsprozess. Krankengymnastik 2008; 6: 683-686.