

Dotyk w relacji fizjoterapeuta – pacjent a granice kontaktu fizycznego

Touch in the physiotherapist patient relationship – limits of physical contact

Emilia Dadura, Agnieszka Wójcik

Katedra Fizjoterapii, Wydział Rehabilitacji AWF w Warszawie

Streszczenie

Wstęp: Relacja fizjoterapeuta – pacjent jest specyficznym rodzajem kontaktu, ponieważ w jej ramach dochodzi do naruszania granic definiowanych przez normy społeczno – kulturowe, chociażby poprzez osobiste pytania czy też fizyczny kontakt, wymagany w trakcie niektórych procedur diagnostyczno – leczniczych. Relacja terapeutyczna generuje pewien rodzaj bliskości, gdyż w trakcie leczenia dochodzi do kontaktu pomiędzy fizjoterapeutą a pacjentem na płaszczyźnie fizycznej, psychicznej i społecznej. Tego typu sytuacja może sprzyjać próbom naruszania granic przez każdą ze stron interakcji.

Celem badań pilotażowych było ukazanie z perspektywy fizjoterapeuty problemu granic w relacji terapeutycznej oraz nakreślenie obszarów, które w przyszłości należałoby zbadać w ramach tego zagadnienia.

Material i metody: Badaniem objęto grupę 80 losowo wybranych fizjoterapeutów (39K/41M) z czterech placówek. Posłużono się autorską ankietą, wypełnianą anonimowo (28 pytań – zamknięte, otwarte i półotwarte).

Wyniki: 56% badanych nie doświadczało naruszania granic ze strony pacjentów, 37% zetknęło się z tym problemem, podając najczęściej dotyk z podtekstem seksualnym, usiłowanie pocałunku i agresję. Znaczna większość respondentów (65%) uznała, że normy ograniczające kontakty seksualne z pacjentami są słuszne i należy ich przestrzegać, z czego 26% dopuszczało odstępstwa od wspomnianych norm. Dla 86% badanych płeć pacjenta nie miała znaczenia, 14% respondentów preferowało pracę z kobietami.

Wnioski: Większość fizjoterapeutów w trakcie wykonywania czynności zawodowych nie doświadcza ze strony pacjentów naruszania dopuszczalnych granic kontaktu fizycznego. Badani, mimo iż w większości akceptują zasadność istnienia granic etycznych dotyczących kontaktów intymnych z pacjentami, dopuszczają od nich pewne odstępstwa. Płeć leczonego pacjenta i związana z nią sfera seksualna zdaje się nie stanowić dla fizjoterapeutów znaczącej bariery w trakcie pracy manualnej.

Słowa kluczowe: granice, praca manualna, postawy, płciowość, normy etyczne

e-mail: dadura@op.pl

Badania finansowane ze źródeł własnych.

Abstract

Introduction: Relationship between physiotherapist and patient has specific form of contact, in which latter lets the former to go through his personal distance, because some medical procedures demand close physical contact. Physical treatment can imply some kind of intimacy, because therapist and patient meet on physical, psychical and social level. It can cause attempts to violate boundary of this relation.

The goal of this pilot study was exploration of physiotherapist's boundaries in physical treatment and specification of the areas within this topic, which should be explored in the future.

Material and methods: 80 therapists (39 female, 41 male) completed anonymously a questionnaire (28 questions – open, semi-open, closed).

Results: Half of the respondents (56%) haven't experienced violating boundaries of physical contact by patients, 37% have met this kind of attempts and inform mostly about: touch with sexual connotation, attempts to kiss and aggression.

The most of physiotherapists (65%) think the standards of prohibiting intimate contacts between therapists and patients are appropriate, but some (26%) allow exceptions due to circumstances. The majority of respondents (86%) indicate patient's sex no matter, 14% prefer to work with women.

Conclusions: The most of physiotherapists don't experience violating acceptable borders of physical contact by patients during treatment. Respondents accept mostly standards of prohibiting intimate contacts between therapists and patients, although some allow exceptions due to circumstances.

Sex of treated person and connected within sexual boundary doesn't seem to be a barrier in their work.

Key words: borders, manual work, attitudes, sexuality, professional ethics

Wstęp

Kontakt fizyczny jest istotnym elementem życia każdego człowieka począwszy od najmłodszych lat jego istnienia, aż do późnej starości. Dotyk jest prawdopodobnie jednym z pierwszych zmysłów, które pojawiają się w rozwoju człowieka, i jednocześnie jedynym, którego percepcja wraz z wiekiem prawie nie ulega zmianie. Jest on istotny w każdym momencie wzrastania, a szczególnie we wczesnych jego etapach, gdyż dzieci za pomocą dotyku poznają otaczający ich świat. Badania pokazują, iż dzieci, którym w wieku niemowlęcym brakowało dotyku, uczą się chodzić i mówić znacznie później niż ich rówieśnicy [1-4]. Osoby unikające kontaktu fizycznego odznaczają się wyższym poziomem lęku i napięcia w codziennym życiu [2]. Deficyty w tym obszarze mogą rzutować na osobowość człowieka lub też rodzić poważne zaburzenia. Choć ilość zachowań dotykowych, pojawiających się w trakcie interakcji społecznych maleje wraz z wiekiem, to wciąż nie zanika elementarna potrzeba bliskości, którą odczuwa każdy człowiek, nawet w ostatnich dekadach swojego życia. Można zatem przypuszczać, iż potrzeba kontaktu cielesnego jest fundamentalnym i jednym z najbardziej pierwotnych pragnień człowieka [1,5].

Język dotyku jest wielowymiarowy i stanowi cenne źródło informacji zarówno o tych, którzy go inicjują, jak i o tych, przez których jest on unikany. Z zagadnieniem dotyku ściśle związane są dwa terminy, a mianowicie pojęcie dystansu i granic. Dystans określa relację przestrzenną różnych podmiotów lub osób, które mogą znajdować się względem siebie w różnej odległości. Odległość ta regulowana jest przez normy społeczno – kulturowe i w dużej mierze zależy od wzajemnych relacji, obecnej sytuacji i chwilowych uczuć [6-7].

Nawyki związane z dotykiem zmieniają się wraz z wiekiem, zależą od płci, kontekstu sytuacyjnego i kręgu kulturowego. Zawsze jednak stopniowo zmniejszający się dystans prowadzi do konfrontacji z granicami danej osoby. W literaturze [7] pojawia się podział na granice zewnętrzne (cielesne) i wewnętrzne (psychiczne). Skóra stanowi zewnętrzną, fizjologiczną barierę oddzielającą człowieka od otaczającego go świata. Nie jest ona jednak tożsama z granicą, jakiej człowiek potrzebuje w interakcji ze środowiskiem zewnętrznym. Granica wewnętrzna oznacza, że dana osoba potrafi zdystansować się od wpływu środowiska na własne życie wewnętrzne. Każdy człowiek indywidualnie ustala swoje granice zewnętrzne i wewnętrzne. Konfrontacja granic własnych z granicami innych ludzi dostarcza informacji zwrotnych, sygnalizu-

jących stosowność bądź też niedopuszczalność pewnych zachowań [7].

W relacjach międzyludzkich istnieje wiele możliwości przekraczania granic. Sytuacja terapeutyczna jest bardzo specyficzną formą relacji, w ramach której ewentualne naruszanie granic jest usankcjonowane domniemaną zgodą, przyjętą umownie przez obie strony. Już na wstępie spotkania fizjoterapeuty z pacjentem dochodzi do naruszenia wielu barier, na przykład poprzez osobiste pytania czy też fizyczny kontakt. Jednak należy pamiętać, że dotyk jest zjawiskiem dotyczącym obu stron interakcji. W trakcie terapii nie tylko pacjent doświadcza dotyku. Fizjoterapeuta również jest dotykany przez pacjenta, i to w sposób bardzo szeroko rozumiany. Dochodzi do kontaktu na płaszczyźnie fizycznej, psychicznej i społecznej [8]. Drimalla wymienia kilka form przekraczania granic, które mogą pojawić się podczas terapii. Manifestują się one poprzez nieszanowanie cielesnego dystansu, nadmierne obarczanie innych swoimi problemami, stawianie wygórowanych wymagań, które powinna spełnić druga strona (żądanie większej ilości czasu, uwagi) bądź też niedotrzymywanie wspólnie podjętych ustaleń [7].

Celem niniejszych pilotażowych badań była próba ukazania problemu granic w relacji fizjoterapeuta – pacjent oraz nakreślenie przyszłych obszarów, które należałoby zbadać w ramach tego zagadnienia. Kwestia ta prezentowana jest w artykule z perspektywy fizjoterapeuty. Przedstawiane wyniki są częścią obszerniejszych badań [9]. W procesie ich projektowania, ze względu na profesję autorów, uwzględniono aspekt naruszania granic zewnętrznych, pominięto natomiast badanie granic wewnętrznych fizjoterapeutów, co wymaga zastosowania bardziej złożonych narzędzi psychologicznych oraz rozbudowania zespołu badawczego o specjalistów innych dziedzin.

W pracy postawiono następujące pytania badawcze:

1. Czy fizjoterapeuci doświadczają ze strony pacjentów naruszania dopuszczalnych granic kontaktu fizycznego?
2. Czy fizjoterapeuci są skłonni naruszać etyczne granice regulujące kwestie kontaktów intymnych pomiędzy terapeutą a pacjentem?
3. Czy płęć pacjenta i związana z nią sfera seksualna może stanowić dla fizjoterapeuty barierę w trakcie pracy manualnej?

Materiał i metody

Badaniem objęto 80 terapeutów (39K / 41M) z czterech mazowieckich placówek medycznych, którzy stanowili stosunkowo jednorodną grupę pod względem wieku i stażu pracy. Średni wiek badanych to 30,36 (SD 5,13) lat, a średni staż pracy to 6,62 (SD 5,05) lat. Prawie wszyscy badani (98%) mieli wykształcenie wyższe. Do bada-

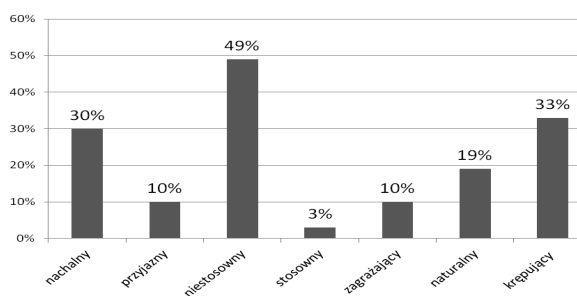
nia włączono fizjoterapeutów pracujących z pacjentami dorosłymi ze schorzeniami ortopedycznymi i neurologicznymi, którzy legitymowali się co najmniej dyplomem licencjata lub technika oraz wykazywali aktywność zawodową. Z badania wyłączono terapeutów pracujących z dziećmi. Otrzymane wyniki poddano analizie i opracowaniu za pomocą programu Statistica oraz skorelowano ze wszystkimi zmiennymi demograficznymi.

W celu zebrania danych posłużono się autorską, wypełnianą anonimowo ankietą, składającą się łącznie z 28 pytań. Kwestionariusz ankiety powstał w oparciu o analizę dostępnej literatury, gdyż nie znaleziono narzędzia na tyle wszechstronnego, które obejmowałoby wszystkie badane obszary dotyku. Aby móc precyzyjnie określić sfery, które należałoby dokładniej eksplorować w przyszłości, posłużono się zarówno pytaniami otwartymi, półotwartymi, jak i zamkniętymi.

Wyniki

W trakcie badań zapytano fizjoterapeutów, jak postrzegają oni kierunek oddziaływania dotyku podczas terapii. Znaczna większość (84%) określiła ten akt jako obustronny.

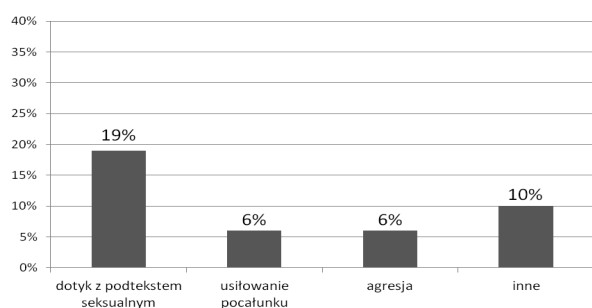
W następnej kolejności sprawdzono (ryc. 2), jak badani postrzegają dotyk zainicjowany w trakcie terapii przez leczonego pacjenta. Najwyższe wartości osiągnęły określenia z grupy o charakterze odbioru negatywnego – niestosowny, nachalny, krępujący.



Ryc. 1. Dotyk ze strony pacjenta

Fig. 1. Touching by the patient

Kolejne pytanie dotyczyło sytuacji, które badani klasyfikowali jako przekraczanie dopuszczalnych granic. Nieco ponad połowa respondentów (56%) nie zetknęła się z tym problemem. 37% badanych zapytanych wprost o podobne sytuacje wskazało, iż w trakcie prowadzonej terapii zdarzało im się doświadczać naruszenia dopuszczalnych granic kontaktu fizycznego ze strony pacjentów. 7% spośród wszystkich ankietowanych nie było w stanie określić, czy zetknęło się z tym problemem. Poniższy wykres ilustruje, co respondenci uznawali za przekraczanie własnych granic.



Ryc. 2. Sposoby przekraczania granic przez pacjenta

Fig. 2. Ways of going through the limits by patient

Wśród „innych” odpowiedzi pojawiły się takie stwierdzenia, jak: „chciał dotknąć twarzy”, „moje ręce kierował tam, gdzie on chce”, „bez zapytania dotykał mnie, chcąc pokazać, gdzie zlokalizowane są jego dolegliwości”, „rozmawiając ze mną, ciągle chwycił mnie za rękę”.

W trakcie badania zapytano fizjoterapeutów również o ich stosunek do norm odnoszących się do intymnych kontaktów pomiędzy fizjoterapeutą a pacjentem, aby sprawdzić czy dostrzegają oni etyczną granicę dopuszczalności kontaktu fizycznego.

Tab. 1. Normy etyczne a kontakty intymne z pacjentami

Tab. 1. Ethical standards vs. intimate contacts with patients

Czy normy etyczne zabraniające fizjoterapeutom intymnych kontaktów z pacjentami są słuszne?	Wskazania
tak, i powinno się ich bezwzględnie przestrzegać	39%
tak, ale w niektórych sytuacjach można od nich odstąpić	26%
nie	8%
trudno powiedzieć	23%

Kolejne pytanie badało pokrewny obszar tematyczny, pośrednio sprawdzając czy płęć osoby leczonej stanowi dla terapeuty swoistą barierę, mogącą wpływać na wzajemną relację.

Tab. 2. Preferencje vs płęć pacjenta

Tab. 2. Preferences vs patient's sex

Z pacjentami jakiej płęci wolisz pracować manualnie?	Wskazania
kobietami	14%
mężczyznami	0%
nie ma znaczenia	86%

Następnie terapeuci mogli uargumentować swój wybór w pytaniu otwartym. Odpowiedzi uzasadniające ich preferencje po obszernej analizie podzielono na dwie grupy tematyczne posiadające wspólne cechy: aspekt

techniczny – wskazujący na względy techniczne ułatwiające pracę z kobietami (masa ciała, łatwiejsza komunikacja itd.), aspekt profesjonalizmu zawodowego – wskazujący na stricte zawodowy, zdeksualizowany kontakt z ciałem pacjenta. Wyniki przedstawia poniższa tabela.

Tab. 3. Uzasadnienie wyboru – aspekt techniczny i aspekt profesjonalizmu

Tab. 3. Explanation of choice – technical aspect and professional aspect

Aspekt techniczny	Aspekt profesjonalizmu
– są lżejsi/mniejsza masa ciała	– ciało jest ciało – pracuję z osobą
– ze względu na mniejsze trudności techniczne	– ważny jest pacjent a nie jego płęć
– lepszy kontakt/zrozumienie kobiet	– traktuję to jako zawód
– w wielu przypadkach kobiety są szczuplejsze, przez co łatwiej wyczuć u nich struktury, zbadać, a praca jest lżejsza fizycznie	– pacjent jest pacjentem bez względu na płęć
– to z kim wolę pracować manualnie zależy od wagi pacjenta, higieny, zdolności komunikacji	– podchodzę do tego profesjonalnie i nie ma w tym dla mnie nic seksualnego
– kobiety są drobniejsze (technicznie łatwiej)	– bo ciało jest zawsze takie samo
	– bo jest to moja praca
	– pacjent III płęć
	– nie traktuję ciała z podtekstem seksualnym, tylko jako „plastelinę” do pracy

Jedynie dwie osoby (kobiety), wskazały na istnienie bariery płęci w trakcie leczenia manualnego, zaznaczając, iż wolą one pracować z kobietami, gdyż: „mniej je to krępuję przy pracy w okolicach intymnych” oraz „pacjent nie doszuka się podtekstu seksualnego”.

Otrzymane wyniki skorelowano z wiekiem, płęcią, stażem pracy, ukończoną uczelnią i profilem leczonego pacjenta, jednakże nie zaobserwowano istotnych statystycznie zależności.

Dyskusja

Badani wskazywali, iż dotyk jest aktem dwukierunkowym, dotyczącym w równym stopniu pacjenta i terapeuty. Zaskakujące jednak wydaje się być to, iż w kolejnym pytaniu badani przejawiali bardzo negatywny stosunek to dotyku ze strony pacjenta w trakcie prowadzonej terapii (ryc. 1), uznając go najczęściej za: niestosowny, krępujący, nachalny i zagrażający. Nieliczni uważali tego rodzaju postępowanie pacjenta za naturalne, przyjazne i stosowne, co zdaje się wskazywać na bardzo silne poczucie własnych granic u fizjoterapeutów.

Podobny stosunek do nieoczekiwanych zachowań pacjenta można zaobserwować w kolejnym pytaniu, gdzie badani wskazywali na reakcje osób wspomaganych bę-

dące przekraczaniem dopuszczalnych granic kontaktu terapeutycznego (ryc. 2). Wśród wymienionych „innych” działań niepożądanych znalazły się takie, które w trakcie zwyczajnej konwersacji mogłyby zostać uznane za przejaw dobrego kontaktu z rozmówcą: „chciał dotknąć twarzy”, „moje ręce kierował tam, gdzie on chce”, „bez zapytania dotykał mnie, chcąc pokazać, gdzie zlokalizowane są jego dolegliwości”, „rozmawiając ze mną, ciągle chwycił mnie za rękę”. Jednakże badani zamieszczali uwagi zdecydowanie wyrażające ich negatywny stosunek do tego typu zachowań. Z oburzeniem komentowali, iż pacjent nie powinien ich dotykać, jeśli nie jest o to proszony, a swoje dolegliwości powinien zaznaczać na schemacie ciała w karcie badania. Badanych nie pytano, czy za każdym razem proponowali pacjentom przedstawienie swoich dolegliwości na „schemacie ciała”.

Jednocześnie na uwagę zasługuje fakt, iż fizjoterapeuci w swojej pracy doświadczali również bardzo radykalnych form naruszania dopuszczalnych granic kontaktu fizycznego (ryc. 2). Dotyk z podtekstem seksualnym, usiłowanie pocałunku czy też różne formy agresji fizycznej, z którymi badani konfrontowali się w swojej pracy, wskazują na istotną potrzebę ochrony własnych granic. W pewnym sensie tłumaczą one również tak rygorystyczny stosunek do zachowań pacjenta w sytuacji kontaktu fizycznego, nawet jeśli doszło do niego spontanicznie. Płeć terapeuty nie była tu istotnym statystycznie determinantem wpływającym na częstotliwość takich zachowań. Być może, w świetle powyższych doniesień, warto byłoby w toku studiów zwrócić uwagę na kształtowanie odpowiednich postaw asertywnych wśród młodych adeptów fizjoterapii.

Chochowska i Marcinkowski prowadzili prace dotyczące zmysłu dotyku z udziałem osób z grupy pokrewnej – studentów fizjoterapii. Zgodnie z ich doniesieniami studenci potrafią wyodrębnić wiele różnych kategorii dotyku, jak: przyjemny, bezstronny, troskliwy, opiekuńczy, ciepły emocjonalnie, bezpieczny czy inwazyjny, oraz są w stanie podczas zajęć na partnerze trafnie rozpoznawać i interpretować te kategorie. Autorzy nie precyzowali jednak, czy badali również zagadnienie dotyczące zachowań naruszających granice. Powoływali się jedynie na własne doświadczenia i obserwacje w pracy ze studentami [10].

W oparciu o analizę zachowań studentów podczas zajęć dydaktycznych (ćwiczenia praktyczne), na których studenci pracują bezpośrednio z ciałem współwziewającego, autorzy podzielają zdanie wcześniej przywołanych badaczy. Obserwacje własne pozwalają sądzić, iż zachowania dotykowe prezentowane w obrębie wspomnianej grupy mogłyby zostać sklasyfikowane przez osoby postronne jako negatywne i zdecydowanie naruszające granice. Interesujące jest, iż sami studenci, zachęcani do autoanalizy, nie interpretują ich jako zachowania przekra-

czające granice lub zagrażające. W związku z tym dużego znaczenia nabiera potrzeba prawidłowej edukacji w tym zakresie oraz stopniowego przyswajania właściwych zachowań zawodowych w toku studiów oraz w późniejszej praktyce zawodowej.

Niewątpliwie należy pamiętać, iż dotyk nie ma charakteru konstans. Jest związany z umiejętnością budowania relacji i zdobywaniem praktyki w pracy z pacjentem. Jest to relacja międzyosobowa – spotkanie nacechowane zaufaniem i zrozumieniem. Umiejętności te można przyswajając jedynie stopniowo, przy czym są one trudne do testowania. Towarzyszą nabywaniu kompetencji, a przejawiają się w empatii i zrozumieniu oraz dojrzałym zaufaniu i odpowiedzialności. Jednocześnie należy zwrócić uwagę na fakt, iż w zawodzie fizjoterapeuty brakuje wyraźnych norm określających protokołów właściwego zachowania w danej sytuacji terapeutycznej oraz zasad regulujących zastosowanie dotyku jako narzędzia diagnostycznego i terapeutycznego. Większość zachowań określa kontekst kulturowy i własna wrażliwość terapeuty. Być może interesująca byłaby próba prospektywnego zbadania tej samej grupy studentów w trakcie kolejnych lat studiów w kontekście zmiany podejścia do ciała ludzkiego. Można by odważyć się na hipotezę, iż wraz z upływem lat i wzrostem doświadczenia wyniki mogłyby być odmienne i nie tak stanowczo sformułowane. Długoletnia praca może sprzyjać większej wyrozumiałości oraz łagodniejszej interpretacji zachowań dotykowych pacjenta.

W ramach przeprowadzonych badań zastanawiano się również nad granicami kontaktu fizycznego w relacji terapeutycznej w obszarze seksualności. Dotyk jest ważnym elementem relacji międzyludzkich i intensywnym środkiem oddziaływania. Większość czynności zawodowych takich, jak np. badanie fizykalne, czy też różne formy terapii, opartych jest bowiem na bliskim kontakcie fizycznym. Fizjoterapeuci jako tzw. „zawodowi dotykacze” („Berufsberührer”) [11, 12, 13], podobnie jak lekarze czy pielęgniarki, często znajdują się w strefie intymnej pacjenta, która zazwyczaj zarezerwowana jest tylko dla najbliższych osób. W literaturze pojawiają się wzmianki [12] mówiące o tym, że z dotykiem związane są silne emocje przynależne sferze seksualnej człowieka, przez co staje się on bardzo intensywnym środkiem oddziaływania. Niektórzy badacze uważają nawet, że dotyk jest jednym z podstawowych sposobów komunikacji społecznej i seksualnej [6], nic więc dziwnego, że sytuacja terapeutyczna wzbudza czasem pewne skojarzenia natury seksualnej. W trakcie zabiegów fizjoterapeutycznych dochodzi do kontaktu cielesnego, który z jednej strony pomaga w wytworzeniu głębszej, opartej na zaufaniu relacji, z drugiej jednak strony implikuje powstanie sytuacji trudnych dla obu stron, w których zawodowy kontakt fizyczny może przybrać intymny charakter [8].

Regulacje dotyczące relacji seksualnych pomiędzy personelem medycznym a pacjentami definiowane są jako normy zwyczajowe mające swoje źródło w tradycji antycznej, lub jako zalecenia towarzystw zrzeszających przedstawicieli danej profesji (np. General Medical Council, American Medical Association, American Psychiatric Association) [14,15]. W literaturze nie znaleziono wzmianek dotyczących tego typu norm w zawodzie fizjoterapeuty. Kodeks Etyczny Fizjoterapeuty Rzeczypospolitej Polskiej [16], nie porusza tej kwestii a zawód fizjoterapeuty w Polsce nie posiada jeszcze ustawy zawodowej regulującej wszystkie kwestie z nim związane. Zatem normy, na które powoływano się w artykule, wynikały z zaleceń deontologicznych dotyczących zawodów medycznych, gdyż wydaje się, że istnieją pewne cechy wspólne (np. otwartość na problemy pacjenta, poświęcanie mu uwagi, zaufanie, bliski kontakt), które zawiera każda „relacja niesienia pomocy”, w tym także relacja fizjoterapeuta – pacjent.

Fizjoterapeuta w swojej praktyce zawodowej powinien zatem kierować się przede wszystkim dobrze pojętym dobrem pacjenta, przepisami Kodeksu Etyki Lekarskiej [17] i ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. (Dz.U. z 2002 r. nr 21.) o zawodzie lekarza [18], a dopiero później wszystkimi innymi przepisami administracyjnymi. Zasady etyczne obowiązują każdego człowieka bez względu na stan, wiek, zawód, pozycję i stanowisko oraz bez względu na środowisko społeczne, w którym się znajduje. Nauka, wiedza i praktyka powinny służyć dobru, zdrowiu i szczęściu każdego człowieka. Działanie zawodowe powinno być ukierunkowane na dobro pacjenta, co wiąże się z podstawową zasadą – nie szkodzić! [19,20].

Pomimo istnienia pewnych norm, według których utrzymywanie intymnych kontaktów z pacjentami przez pracowników służby zdrowia jest czymś nieetycznym lub też nagannym, dochodzi do tego typu zachowań. W literaturze pojawiają się doniesienia dotyczące tego zjawiska wśród psychoterapeutów, psychiatrów, seksuologów, ginekologów, pielęgniarek i pracowników socjalnych. Problem ten zdaje się w większym stopniu dotyczyć terapeutów płci męskiej [14,15, 21-24]. Wśród badanych specjalistów z różnych dziedzin znalazło się jedynie 13 fizjoterapeutów [22]. Mimo iż była to bardzo nieliczna próba, warto potraktować ją jako zasygnalizowanie pewnego problemu badawczego, który może dotyczyć także tej grupy zawodowej. Wspomniani autorzy wskazują w większości na negatywne następstwa seksualnych relacji z pacjentami, uznając je najczęściej za przyczynę przerwania leczenia, uzależnienia uczuciowego, utraty zaufania do terapeutów, pojawienia się problemów w życiu osobistym, prób samobójczych i pogorszenia stanu chorego.

W odniesieniu do powyższych danych zastanawiano się, czy problem naruszania etycznych granic kontaktu

fizycznego pojawia się również w środowisku fizjoterapeutów. Pytanie o stosunek do norm (tab.1) było próbą pośredniego zbadania, czy fizjoterapeuci byłiby skłonni przekroczyć tego typu granice i wejść w intymny kontakt ze swoim pacjentem. Pytanie sformułowano w taki sposób, aby respondenci nie czuli się sprawdzani w tej bardzo wrażliwej sferze. Większość badanych (65%) była zdania, iż normy etyczne zabraniające fizjoterapeutom intymnych kontaktów z pacjentami są słuszne, z czego 39% uważało, że należy ich bezwzględnie przestrzegać, a 26% dopuszczało sytuacje, w których można od nich odstąpić. Ankieta nie precyzowała tych sytuacji. W trakcie badań niektórzy z respondentów głośno zastanawiali się, czy istnieją jakiegokolwiek normy zabraniające intymnych relacji między pacjentami a fizjoterapeutami. W badaniu nie uściślano bowiem, o jakie dokładnie normy etyczne pytają badacze. Inni z badanych oburzeni stwierdzali, że nikt nie może im zabronić wiązania się z pacjentami. Wśród otrzymanych wyników zaskakuje dość duża liczba osób niezdecydowanych (23%), które być może, pomimo anonimowości ankiety, nie chciały wprost wyrazić swojego zdania. Z tego też względu obszar ten wydaje się być interesujący w perspektywie dalszych badań. Być może należałoby przeformułować pytanie lub użyć bardziej zaawansowanych narzędzi badawczych, aby uzyskać bardziej wiarygodne i kompletne dane w tym zakresie.

W ostatnim z badanych obszarów dotyczących granic kontaktu fizycznego zastanawiano się czy płeć pacjenta i związana z nią sfera seksualna może stanowić dla fizjoterapeuty barierę w trakcie pracy manualnej. Badani zapytani o to, z osobami jakiej płci wolą pracować manualnie, wskazywali często, że pacjent nie jest dla nich obiektem seksualnym. Znaczna większość (86%) nie przywiązywała wagi do tego, jakiej płci jest leczona osoba (tab.2). Niewielki odsetek badanych (14%), zarówno kobiet, jak i mężczyzn twierdził, że woli pracować z kobietami. Jako argumenty uzasadniające wybór (tab.4) badani podawali najczęściej „mniejszą masę ciała kobiet”, a przez to mniejsze trudności techniczne w trakcie terapii. Poza tym respondenci zaznaczali swój profesjonalizm poprzez stwierdzenia typu: „traktuję to jako zawód”, „ważny jest pacjent a nie jego płeć”, „ciało jest ciałem – pracuję z osobą”. Na uwagę zasługują również takie obrazowe porównania, jak: „nie traktuję ciała z podtekstem seksualnym, tylko jako plastelinę do pracy” lub „pacjent III płeć”. Jedynie dwie badane osoby (kobiety), wskazały na istnienie bariery płci w trakcie kontaktowych form terapii, zaznaczając, iż wolą one pracować z kobietami, gdyż: „mniej je to kępię przy pracy w okolicach intymnych” oraz „pacjent nie doszuka się podtekstu seksualnego”. Uzyskane informacje zdają się być szczególnie istotne dla pacjentów, gdyż wielu z nich donosi, że obawia się seksualnych konotacji w relacji

terapeutycznej. Z tego też względu pacjenci niekiedy trafiają na terapię zbyt późno lub, ze szkodą dla siebie, czasem rezygnują z zabiegów, nie chcąc pracować z fizjoterapeutami przeciwnej płci.

W świetle powyższych rozważań, oraz biorąc pod uwagę wskazane wcześniej negatywne następstwa przekraczania granic w „relacjach niesienia pomocy”, można by sugerować, iż kontakt fizyczny z pacjentem na płaszczyźnie terapeutycznej powinien zostać pozbawiony konotacji seksualnych, które w innych okolicznościach są wywoływane przez obnażone ciało bądź też dotykanie jego intymnych części. Dotyk, wykonany we właściwy sposób, pozwala poradzić sobie z nadmierną bliskością i przynosi wiele korzyści.

„Terapeuci zdają sobie sprawę z wagi dotyku wykonywanego w taki sposób, aby manifestował pozytywne przesłania, a jednocześnie był wyzbyty zabarwienia intymnego. Jeśli dotyk postrzegany jest jako sygnał ciepła i więzi, to może wzbudzać inne powiązane zachowania, takie jak na przykład lepszy kontakt werbalny z pacjentami i przyjazne postawy pacjentów wobec personelu.” [2]

Jak już wcześniej wspomniano, badanie fizyczne czy też terapia to bardzo specyficzna forma kontaktu, w której, ze względu na fizyczną bliskość stosowanych procedur, może dochodzić do przekraczania granic po obu stronach interakcji. Pewne bariery, z definicji leczniczego charakteru spotkania, muszą zostać naruszone, aby wykonać zabiegi niezbędne do przywrócenia zdrowia. Powyższe badania były próbą pokazania granic, z jakimi fizjoterapeuci konfrontują się w swojej pracy, będąc jednocześnie tymi, którzy je przekraczają i doświadczają ich przekraczania. Jako pracownicy medyczni niejednokrotnie muszą konfrontować się z sytuacjami naruszającymi przyjęte reguły lub nieodpowiednimi zachowaniami osób wspomaganych, dlatego tak ważne jest rozwinięcie u nich postawy asertywnej. Jak wskazuje literatura, kontakt terapeutyczny, mimo iż do pewnego stopnia osobisty, nie jest kontaktem towarzyskim, lecz ma służyć leczeniu i rehabilitacji. Jest to spotkanie, w którym muszą istnieć pewne reguły. Tam, gdzie jest bliskość, muszą być także wyraźnie określone granice, których nie wolno przekraczać bez pozwolenia. Warunkuje to wzajemny szacunek [5].

Przedstawione badania własne są próbą ukazania tematu niezwykle złożonego, obejmującego wiele różnych dziedzin naukowych, co stanowiło niemały problem przy zgromadzeniu odpowiedniej literatury i wyborze właściwych narzędzi badawczych. Niestety brak literatury oraz prac naukowych w obszarze tej grupy zawodowej uniemożliwia odniesienie uzyskanych rezultatów do innych badań. Z tego też względu otrzymane wyniki należy traktować jako badania pilotażowe, będące podstawą do kolejnych, szerszej zakrojonych analiz w ramach interdyscyplinarnego zespołu i przy zastosowaniu bardziej zaawansowanych narzędzi badawczych. Zasadnym i niezwykle

interesującym wydaje się być również eksploracja tego zjawiska z perspektywy pacjenta.

Wnioski

Analiza otrzymanych wyników pozwala wysnuć następujące wnioski:

1. Większość fizjoterapeutów w trakcie swojej pracy nie doświadcza ze strony pacjentów naruszenia dopuszczalnych granic kontaktu fizycznego.
2. Badani, mimo iż w większości akceptują zasadność istnienia granic etycznych dotyczących kontaktów intymnych z pacjentami, dopuszczają od nich pewne odstępstwa.
3. Płeć lezonego pacjenta i związana z nią sfera seksualna zdaje się nie stanowić dla fizjoterapeutów znaczącej bariery w trakcie pracy manualnej.

Piśmiennictwo

1. Niethammer U. Stille Zwiesprache mit dem Körper – Berührung aus Sicht der Feldenkrais Methode. Krankengymnastik 2003; 12: 2134-2141.
2. Knapp ML, Hall J. Komunikacja niewerbalna w interakcja międzyludzkich. Wrocław: Astrum; 1997.
3. Besuden F. Berühren und Berührt – Werden in der Therapie. Krankengymnastik 2003; 12: 2122-2130.
4. Dymek M. Komunikacja niewerbalna też ważna. Nowa Szkoła 1996; 3: 20-23.
5. Reumont A. Wer berührt wen in der Therapie. Krankengymnastik 2003; 12: 2156-2164.
6. Schneider C. Körpersprache als Ausdruck psychosomatischen Geschehens. Krankengymnastik 2002; 6: 940-946.
7. Drimalla-Schlieszus H. Empathie und Abgrenzung – Inhalte der Physiotherapieausbildung. Krankengymnastik 2002; 4: 13-22.
8. Karcher S. Grenzen des Körperdialogs Krankengymnastik 2000; 1: 65-71.
9. Dadura E, Wójcik A, Gajewski J. Dotyk w praktyce zawodowej – postrzeganie dotyku przez fizjoterapeutów. Post Rehab 2013; 2: 13-19.
10. Chochowska M, Marcinkowski JT. Znaczenie dotyku w medycynie – na przykładzie terapii tkanek miękkich. CZ. II. Dotyk jako czynnik terapeutyczny i kod kulturowy. Hygeia Public Health 2013, 48(3): 269-273.
11. Schneider C. Patientenbindung durch Kommunikation. Weichen stellen im Erstgespräch. Physiopraxis 2003; 3: 42-45.
12. Wilda-Kiesel A. Die Kommunikation zwischen Therapeut und Patient. Krankengymnastik 2003; 3: 394-400.
13. Mc Rae R. Kliniczne Badanie Ortopedyczne. Wrocław: Urban&Partner; 2006.
14. Fahy T, Fisher N. Sexual contact between doctors and patients. BMJ 1992; 304: 1519-1520.