

Oczekiwania wobec fizjoterapeuty i poczucie dobrostanu chorych objętych opieką paliatywną

Expectations from physiotherapist and sense of well-being of palliative care patients

Streszczenie

Wstęp. Celem pracy było badanie oczekiwań chorych objętych opieką paliatywną wobec fizjoterapeuty. Przez oczekiwania rozumiano uzyskanie informacji dotyczącej wyjaśnienia etiologii schorzenia, informacji odnośnie dalszego leczenia, badań diagnostycznych i zabiegów fizjoterapii oraz uzyskanie wsparcia emocjonalnego. Postawiono pytanie badawcze, czy oczekiwania pacjentów w stosunku do fizjoterapeuty są takie same przed i po zabiegach. Wysłunięto hipotezę, według której chorzy mają inne oczekiwania w stosunku do fizjoterapeuty przed i po zabiegach.

Materiał i metody. Grupę badawczą stanowili pacjenci z Hospicjum Stacjonarnego Caritas Archidiecezji Warszawskiej. Było to 22 pacjentów w zaawansowanej fazie choroby nowotworowej, w wieku 30–80 lat. Założenia badań oparto na teorii holistycznej, która zakłada, że zachowania chorych powinny być rozpatrywane wielopłaszczyznowo. Z powodu objawów (osłabienia i zmęczenia), zaburzeń neurologicznych, ubytków ruchowych i obrzęku chłonnego, wszystkim badanym chorym lekarz prowadzący zalecił zabiegi fizjoterapeutyczne, które obejmowały masaż leczniczy, ćwiczenia czynne, ćwiczenia wolne w odciążeniu, ćwiczenia wolne wspomagane i ćwiczenia stabilizacyjne. Oczekiwania chorych przed i po wykonaniu zabiegów fizjoterapeutycznych oceniano przy zastosowaniu Kwestionariusza Oczekiwań Pacjent–Fizjoterapeuta.

Wyniki. Uzyskane wyniki potwierdziły hipotezę, iż oczekiwania chorych wobec fizjoterapeutów różnią się przed i po zabiegach fizjoterapii. Chorzy byli najbardziej zainteresowani wyjaśnieniem etiologii choroby, następnie wyjaśnieniem dalszego leczenia, badań diagnostycznych i zabiegów fizjoterapii, najmniej oczekiwali uzyskania wsparcia emocjonalnego. Mężczyźni i kobiety różnili się w oczekiwaniach w stosunku do fizjoterapeuty.

Wnioski. Obecność fizjoterapeuty i wykonywane zabiegi fizjoterapii pozytywnie wpływają na samopoczucie chorych objętych opieką paliatywną. Istotne, aby fizjoterapeuta uzyskał dokładne informacje dotyczące oczekiwań pacjentów i podjął starania dostosowania prowadzonych działań terapeutycznych do potrzeb chorych, co istotnie poprawia komfort i jakość życia pacjentów.

Medycyna Paliatywna w Praktyce 2017; 11, 1: 8–16

Słowa kluczowe: opieka paliatywna, fizjoterapia, poczucie dobrostanu, wsparcie emocjonalne

Corresponding address: Elżbieta Rozalia Trylińska-Tekielska

Wyższa Szkoła Rehabilitacji w Warszawie

ul. Kasprzaka 49, 01–234 Warszawa

e-mail: etek@poczta.onet.pl



Medycyna Paliatywna w Praktyce 2017; 11, 1, 8–16

Copyright © Via Medica, ISSN 1898–0678

Abstract

Background. The aim of the study was to assess palliative care patients' expectations towards physiotherapist. Expectations refer to the information regarding etiology of the diseases, treatment, diagnostics and physiotherapy treatments as well as emotional support. Consideration was given to whether the patients' expectations towards physiotherapist are the same before and after the treatment. A hypothesis has been suggested, according to which, patients have different expectations before and after surgeries.

Patients and methods. Studied group consisted of 22 patients, aged 30–80 years, in advanced stage of cancer disease from Hospicjum Stacjonarne Caritas Archidiecezji Warszawskiej. The assumptions were based on the holistic theory, which suggests that patients' behaviors should be analyzed at many layers. Due to symptoms (weakness and fatigue), neurological disorders, movement disorders and lymphoedema, all the patients were recommended physiotherapy including healing massage, active exercises, passive exercises with load, assessed, passive exercises and stability exercises. The patients' expectations were based on Questionnaire of Expectations Patient-Physiotherapist (QEPP).

Results. The results confirmed the hypothesis that patients' expectations before and after the treatment differ. The etiology of the disease and further explanation concerning treatment, as well as, diagnostics and physiotherapy were of much interest among patients. Expectation for emotional support was low. Women have different expectations towards physiotherapist than men.

Conclusions. The presence of physical therapist with patient of palliative care have a positive effect on the patient's increasing in him a sense of well-being. Men and women differ in expectations in relation to the physical therapist. It is relevant that physical therapist knows exactly the patients' needs and adjusts to these requirements. This increases the comfort of patients lives.

Medycyna Paliatywna w Praktyce 2017; 11, 1: 8–16

Key words: palliative care, physiotherapy, well-being, emotional support

Wstęp

W holistycznym ujęciu zdrowia zwrócono uwagę na jego definicję. Bardzo trafną definicją wydaje się być ustalona przez WHO (*World Health Organization*) w 1948 roku formuła („Zdrowie — pełen dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny”), nie porusza ona jednak wszystkich aspektów, stąd wydaje się być niepełna. Na przełomie lat powstawały kolejne definicje — niektóre były rozszerzeniami starych, bądź powstawały całkiem nowe.

Obecnie zwracana jest uwaga na zachowania prozdrowotne, szerzą się akcje promujące zdrowie, podczas których społeczeństwo jest informowane, jak prowadzić właściwy tryb życia. Wieki XX i XXI doprowadziły do przełomu w zakresie medycyny, dzięki czemu niektóre choroby, do niedawna uważane za nieuleczalne, obecnie nie stanowią zagrożenia życia. Jednak znacznie wzrosła umieralność na choroby układu krążenia i nowotwory, co w znacznej mierze związane jest z rozwojem cywilizacji, wzrostem tempa i niekorzystnymi zmianami w stylu życia. Prowadzona polityka prozdrowotna ma na celu zmniejszenie lub wyeliminowanie zagrożenia wywołanego powyższymi chorobami, do czego niezbędna jest edukacja społeczeństwa i zdrowszy tryb życia, poprzez wykorzystanie między innymi nauk społecznych i behawioralnych [1].

Według teorii holistycznej człowiek stanowi niepodzielną całość. Organizm ludzki to wiele podsystemów zależnych od siebie, mających bezpośredni wpływ na

zdrowie człowieka. W niniejszej pracy koncentrowano się głównie na zmianach zachodzących w człowieku, kiedy z osoby zdrowej staje się pacjentem [2, 3], na obciążenia psychiczne, będące konsekwencją rozpoznania i postępu choroby nowotworowej [4] i, co najistotniejsze, na uwrażliwienie i propagowanie zdrowego stylu życia [5]. Ważne jest, jak chory postrzega swoje zdrowie, czy ma ono dla niego znaczenie i czy stanowi wartość samą w sobie.

Informacje, które fizjoterapeuta może uzyskać o pacjencie, dotyczą czterech aspektów: 1) indywidualnych predyspozycji (wyrażanie emocji: gniew, strach, dyspozycyjność); 2) przekonań i oczekiwań odnośnie stanu zdrowia, poczucia własnej skuteczności; 3) hierarchii wartości i umiejscowienia w niej działań prozdrowotnych; 4) umiejętności radzenia sobie z chorobą, przekonań na temat bólu, radzenia sobie z nim [6]. Dla chorych z bólem bardzo istotna jest możliwość poznania jego źródła i świadomość przyczyny [7]. Pacjenci z bólem nabytym nawet po przeżyciach traumatycznych, są w stanie zapanować nad nim, przy czym duże znaczenie ma dla pacjentów poczucie i perspektywa bycia użytecznym.

Chorzy deklarują zmniejszenie odczuwania stresu, jeśli przebywają pod stałą opieką fizjoterapeuty [8]. Świadomość fizjoterapeuty w zakresie ważnych dla pacjenta elementów funkcjonowania pozwala na widzenie całościowe chorego i skoncentrowanie się zarówno na profesjonalnej stronie pomocy, jak i przede wszystkim na opracowaniu określonych działań i planów względem

chorego. Zmiana zachowania zdrowotnego najczęściej nie powoduje natychmiastowych efektów, procesy zdrowotne zachodzą wewnątrznie, stąd na uzyskanie pożądanych zmian zwykle trzeba poczekać. W celu skutecznej realizacji założonego planu poprawy stanu zdrowia, należy okazać cierpliwość i wytrwałość [9].

Materiał i metody

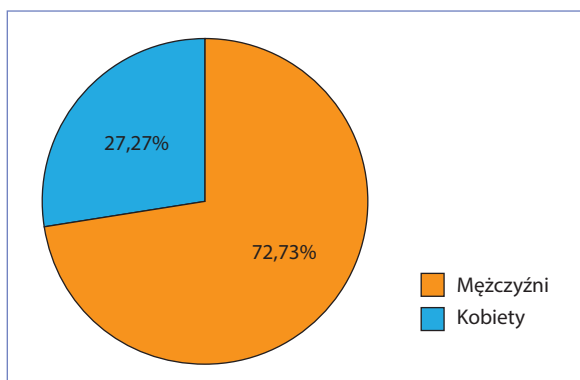
Badani pacjenci

Badana populacja to grupa 22 pacjentów (6 mężczyzn i 16 kobiet) Hospicjum Stacjonarnego Caritas Archidiecezji Warszawskiej z rozpoznaniem zaawansowanej choroby nowotworowej. Średnia wieku wynosiła dla całej badanej populacji 53,5, dla mężczyzn 52,5 oraz dla kobiet 53,8 (ryc. 1, tab. 1).

Metody badawcze

Z powodu objawów (osłabienia i zmęczenia) zaburzeń neurologicznych, ubytków ruchowych i obrzęku chłonnego wszystkim badanym chorym lekarz prowadzący zalecił zabiegi fizjoterapeutyczne, które obejmowały masaż leczniczy, ćwiczenia czynne, ćwiczenia wolne w odciążeniu, ćwiczenia wolne wspomagane i ćwiczenia stabilizacyjne.

Przyjęto założenie, że pacjenci współpracujący z fizjoterapeutą będą wyrażali określone oczekiwania (informacji o chorobie, wsparcia, zrozumienia) przed rozpoczęciem zabiegów, i jeśli zostaną one zrealizowane, po zabiegach chorzy będą bardziej usatysfakcjonowani, wzrosnie poczucie dobrostanu i będą wyrażali inne potrzeby wobec fizjoterapeuty.



Rycina 1. Badana grupa — procentowy podział kobiety/mężczyźni

Tabela 1. Wiek badanych

	Ogółem (N = 22)	Mężczyźni (M = 16)	Kobiety (K = 6)
Wiek x	53,50	53,80	55,50

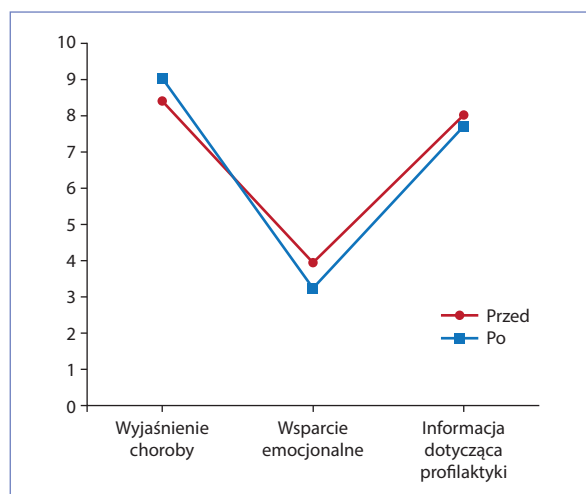
Oczekiwania chorych przed i po wykonaniu zabiegów fizjoterapeutycznych oceniano przy zastosowaniu Kwestionariusza Oczekiwań Pacjent–Fizjoterapeuta (KOPF). Kwestionariusz Oczekiwań Pacjent–Fizjoterapeuta składa się z 18 stwierdzeń dotyczących problemów zgłaszanych fizjoterapeucie przez pacjentów. Chory ma do wyboru trzy możliwości odpowiedzi: „tak” — jeśli zgadza się z treścią danego stwierdzenia, „nie” — jeśli nie zgadza się z treścią stwierdzenia lub „nie jestem pewien” — jeśli ma wątpliwości. Za odpowiedź „tak” uzyskuje 2 punkty, za odpowiedź „nie jestem pewien” 1 punkt i za odpowiedź „nie” 0 punktów [10].

Wyróżniono trzy typy stwierdzeń. Pierwszy dotyczy konkretnych oczekiwań wyjaśniania schorzenia (skąd się wzięło, jakie jest źródło, etiologia). Druga grupa odnosi się do wsparcia emocjonalnego — czy pacjent oczekuje wsparcia, potrzebuje dodatkowych wzmocnień. Grupa trzecia, w której stwierdzenia dotyczą uzyskania informacji na temat badań i dalszego powodzenia leczenia (zalecanych ćwiczeń).

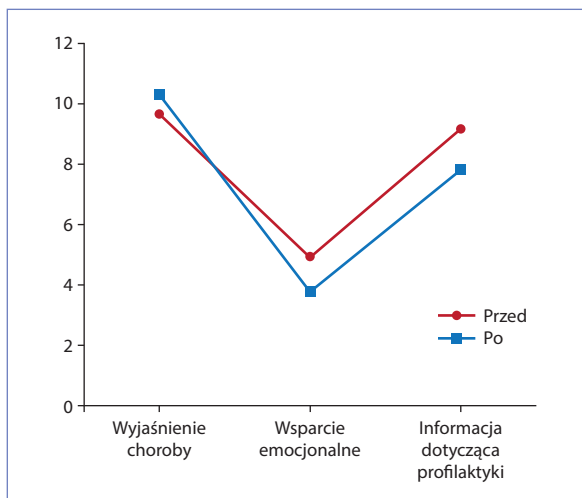
Uzyskanie informacji na temat oczekiwań pacjenta pozwala lepiej zrozumieć jego punkt widzenia, jak również na dobór takich metod, które pacjent w pełni rozumie. Efektem takiej współpracy jest zwiększenie efektywności terapii i szanse wyleczenia. Pacjent jest traktowany podmiotowo. Ponieważ badania miały charakter eksploracyjny stwierdzono, że w ich trakcie obserwowane będą zmienne, które mogą wpłynąć na nastawienie oczekiwań (płeć, wiek).

Wyniki

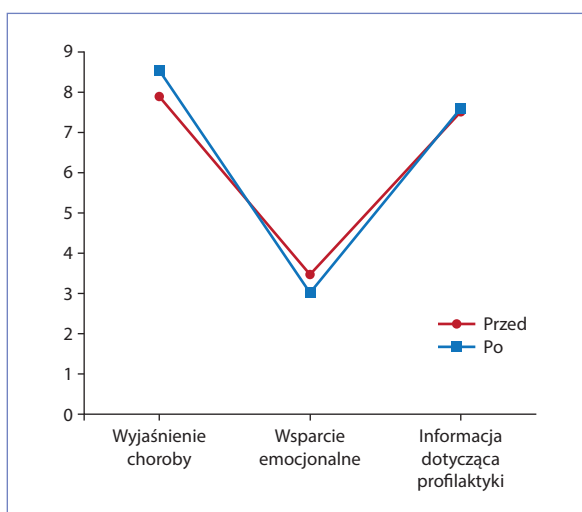
Wyniki kwestionariusza KOPF przedstawiono w formie wykresów dla całej populacji (ryc. 2) dla grupy mężczyzn (ryc. 3) i dla grupy kobiet (ryc. 4).



Rycina 2. Uzyskane wyniki dla całej populacji



Rycina 3. Wyniki w grupie mężczyzn (M = 6)



Rycina 4. Wyniki uzyskane w grupie kobiet (K = 16)

Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, że ogólna populacja $N = 22$ (ryc. 2) wykazuje przed podjęciem fizjoterapii największe zainteresowanie wyjaśnieniem choroby. Pacjent oczekuje wyjaśnienia na czym polega schorzenie i co będzie się działo w czasie fizjoterapii ($\bar{x} = 8,36$). Informacja dotycząca badań, leczenia i zaleceń dla chorych, które mają zapewnić utrzymanie jak najlepszego stanu zdrowia ($\bar{x} = 7,95$) znalazły się na drugim miejscu. Najmniej oczekiwane było przez chorych uzyskanie wsparcia emocjonalnego. Wizyta

fizjoterapeuty traktowana jest jako konkret, pacjenci wykazują zadaniowe podejście do tematu. Po zakończeniu fizjoterapii w niewielkim stopniu zmalało zarówno oczekiwanie wsparcia emocjonalnego, jak i uzyskanie informacji. Pacjenci czuli się lepiej i bardziej sprawni.

Na podstawie wyników uzyskanych w grupie mężczyzn ($M = 6$, ryc. 3) można stwierdzić, że na pierwszym miejscu jest deklarowane oczekiwanie wyjaśnienia choroby, dysfunkcji ($\bar{x} = 9,66$), w następnej kolejności mężczyźni wymieniają oczekiwanie informacji na temat dalszych badań i koniecznych ćwiczeń ($\bar{x} = 9,16$). Oczekiwanie wsparcia emocjonalnego jest w grupie mężczyzn bardzo niskie ($\bar{x} = 5,00$). Po cyklu zabiegów fizjoterapeutycznych oczekiwanie informacji dotyczącej leczenia wyraźnie ulega zmniejszeniu ($\bar{x} = 7,83$), podobnie mniejsze jest oczekiwanie wsparcia emocjonalnego ($\bar{x} = 3,83$). Wzrosło natomiast wyraźnie oczekiwanie wyjaśnienia schorzenia, dysfunkcji. Wiedza na ten temat zauważalnie zmniejsza niepewność i daje możliwość prognozowania.

Na podstawie wyników uzyskanych w grupie kobiet ($N = 16$, wykres 4) można stwierdzić, że podobnie jak w grupie mężczyzn, na pierwszym miejscu deklarowane jest oczekiwanie wyjaśnienia schorzenia ($\bar{x} = 7,87$), na drugim informacje dotyczące dalszego leczenia ($\bar{x} = 7,50$). Wsparcie emocjonalne jest najmniej oczekiwane od fizjoterapeuty ($\bar{x} = 3,50$). Jednak po zabiegach w grupie kobiet występuje tendencja do oczekiwania, nie tylko wyjaśnienia choroby, schorzenia, dysfunkcji, ale również posiadania informacji na temat kontynuowania zabiegów (czego nie stwierdzono w grupie mężczyzn). Biorąc pod uwagę wiek badanych chorych podzielono na 5 grup (tab. 2).

Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, że we wszystkich grupach chorych oczekiwania przed zabiegami były wyższe w stosunku do każdej zmiennej (wyjaśnienie, wsparcie, informacja). Jedynie w grupie III (wiek 51–60 lat) oczekiwanie po zabiegach wzrosło w odniesieniu do profilaktyki, informacji dotyczącej dalszego leczenia i prowadzenia ćwiczeń. Największe różnice pomiędzy oczekiwaniami, głównie w sferze wsparcia emocjonalnego, dotyczyły grup wiekowych I (wiek 31–40), IV (wiek 61–70) i V (wiek 71–80). Osoby młode i starsze w sytuacji stresowej (do jakiej można zaliczyć dyskomfort związany z dysfunkcją) i występowania bólu bardziej potrzebują

Tabela 2. Podział pacjentów na grupy wiekowe ($N = 22$, $\bar{x} = 53,50$)

	Grupa I	Grupa II	Grupa III	Grupa IV	Grupa V
Wiek	31–40	41–50	51–60	61–70	71–80
N	2	6	10	1	3
%	9,09	27,27	45,45	4,50	13,60

wsparcia i pomocy. W sytuacji kiedy stres przemija, wracają „normalne”, dotychczasowe przyzwyczajenia.

Dyskusja

W niniejszej pracy badano pacjentów przebywających w Hospicjum Stacjonarnym, jednak nie brano pod uwagę długości pobytu na oddziale, ponieważ z powodu zaawansowania choroby i stanu badanych, było to trudne do przewidzenia. Najważniejszą kwestią dla autorów pracy było badanie trzech rodzajów oczekiwań, co pozwala na opracowanie najbardziej korzystnych działań dla dobra leczonych chorych. Na podstawie przeglądu literatury przedmiotu można powiedzieć, że tematyka dotycząca oczekiwań pacjentów wobec personelu medycznego jest poruszana, ale dotyczy nastawienia pacjentów wobec systemu opieki zdrowotnej i świadczonych usług [11]. Zieniuk podejmuje tematykę oczekiwań chorych na nowotwory wobec personelu medycznego, ze szczególnym uwzględnieniem czasu leczenia. Długość hospitalizacji ma dla pacjentów ogromne znaczenie. Kobiety wykazują większą cierpliwość, natomiast w grupie mężczyzn przeważa postawa oczekiwania na konkretne informacje [12].

Uwagę zwraca fakt, że po zakończonych zabiegach fizjoterapeutycznych wzrosło oczekiwanie pacjentów dokładniejszej informacji dotyczącej schorzenia i zabiegów. Fakt ten można rozumieć jako profilaktykę i zapobieganie nawrotowi dysfunkcji, co jest zgodne z teorią, że wiedza na dany temat zmniejsza lęk. Pacjent dobrze rozumiejący objawy, wie na czym polega choroba i dysfunkcja, czuje, że posiada kontrolę nad tym, co się z nim dzieje.

W przeprowadzonym badaniu dotyczącym oczekiwań pacjentów koncentrowano się na problemach istotnych dla pacjentów, a nie dla personelu. Personel medyczny hospicjów bardzo często udziela wsparcia emocjonalnego chorym i rodzinom. Jak wynika z przeprowadzonego badania, chorzy najbardziej oczekują od fizjoterapeutów informacji na temat przyczyn choroby i przewidywanego leczenia oraz planowanych ćwiczeń, co należy uwzględnić we współpracy z pacjentami. Badania dotyczące osoby fizjoterapeuty, jego niskiej samooceny i związanej z tym postawy negatywnej w stosunku do pacjenta (czego konsekwencją jest niezrozumienie potrzeb pacjenta) przeprowadzone przez Majczak potwierdzają słuszność poruszanego tematu. Poznanie oczekiwań pacjentów wymaga dużej cierpliwości. Fizjoterapeuta musi nawiązać z pacjentem nie tylko dobry kontakt, ale starać się zdobyć jego zaufanie [13].

Stres wpływa negatywnie na stan zdrowia pod względem fizjologicznym i emocjonalnym. Chorzy objęci opieką paliatywną często doświadczają stresu,

co związane jest z występowaniem wielu objawów (zwłaszcza bólu), które istotnie pogarszają jakość życia chorych. Sytuacje stresowe są często wielopłaszczyznowe, dotyczą wielu aspektów i związane są między innymi z problemami w pracy i w domu [14]. Sytuacje stresowe powodują nie tylko uczucie zdenerwowania, ale również szereg reakcji fizjologicznych, które pośrednio, bądź bezpośrednio wywierają negatywny wpływ na skuteczność prowadzonej terapii i efektywność przeprowadzonych zabiegów.

Istotnym elementem prowadzonej terapii jest umiejętność rozładowania stresu u pacjenta, co można uzyskać poprzez wywołanie relaksacji, której celem jest harmonizowanie myśli i uspokojenie chorych [15]. Terapeuta powinien wykorzystać jedną z technik relaksacyjnych w celu uspokojenia chorego, na przykład zacząć mówić wolniej, ciszej. Podatność na stres jest kwestią indywidualną, a pojawienie się problemu o podłożu zdrowotnym, może napawać lękiem i obawą. W celu radzenia sobie z sytuacją stresową, podejmowane są działania, które zmniejszą natężenie lęku, do których zaliczane są unikanie myślenia o zagrożeniu, mechanizm zaprzeczania, który zmniejsza napięcie, bądź wyparcie, które pozwala na odsunięcie myśli o problemie, jednak wciąż pozostaje podświadoma obawa przed nim.

Innym działaniem jest podjęcie świadomej walki z problemem, pokonywanie go własnymi siłami. Możliwość pokonania problemu polega na ujednoczeniu i skupieniu myśli na nim, dzięki czemu można ocenić stopień trudności, jaki trzeba pokonać, dokładniej zapoznać się z problemem i racjonalnie go ocenić. Nawet jeśli dochodzi do sytuacji, w której pacjent nie ma możliwości zahamowania rozwoju choroby, poprzez pozytywne nastawienie do stosowanych zabiegów może poprawić skuteczność leczenia. Chorzy na przewlekłe schorzenia, u których choroba wystąpiła nagle, często tłumaczą sobie, że inni ludzie chorują na poważniejsze schorzenia [16]. W przeprowadzonym badaniu pacjenci chcąc uzyskać dokładne informacje o chorobie, zarówno przed fizjoterapią, jak i po jej zakończeniu, chcieli również sami współdecydować o sposobie prowadzonego leczenia.

Pacjent powodowany cierpieniem, lękiem, swoje frustracje wyładowuje na środowisku, reaguje agresywnie, dając w ten sposób ujście negatywnym emocjom. Najczęściej doświadczają tego bliscy chorego i osoby zajmujące się bezpośrednio pacjentem. Pacjenci przewlekłe chorzy są często zmęczeni i niekiedy reagują na sytuacje życiowe nieadekwatnie. Inni pacjenci traktują chorobę jako wyzwanie i starają się zmienić do niej swoje nastawienie. Osoby bardziej odporne psychicznie posiadają zazwyczaj większą motywację do zmagania się z chorobą, szukają wsparcia u osób, które są „silne” psychicznie. Pacjent, który przeżył poważną chorobę,

ma mniejsze problemy z adaptacją zasad zdrowotnych w momencie, kiedy pojawiają się dodatkowo inne objawy wskazujące na wystąpienie kolejnego schorzenia.

W radzeniu sobie z problemem można wyróżnić pewne mechanizmy obronne takie jak zaprzeczenie, projekcję, wyparcie, reakcję uproszczoną, racjonalizowanie czy przeniesienie, które pozwalają na przystosowanie się do warunków zagrożenia, jakie niesie choroba [17]. W przeprowadzonym badaniu racjonalizacja stanowiła główny mechanizm obronny (chęć uzyskania pełnej informacji o chorobie), co jest istotne dla fizjoterapeuty.

Osoby pozostające w dobrych relacjach z innymi mają większe szanse na wspólne rozwiązywanie problemów i możliwości znalezienia skutecznych strategii, które pomogą szybciej wyjść z impasu choroby. Wsparcie społeczne łączy się z pomocą materialną, natomiast wsparcie psychiczne polega na stworzeniu zaufania, dzięki czemu pacjent może powiedzieć o swoich uczuciach, obawach, co z kolei wpływa pozytywnie na procesy fizjologiczne i układ immunologiczny. Pacjenci z odpowiednim wsparciem o wiele chętniej stosują się do zaleceń lekarskich, co daje im większe poczucie bezpieczeństwa. Wsparcie polega nie tylko na obecności drugiej osoby, ale również na przekonaniu chorego, że chce mu ona pomóc i wierzy w pokonanie choroby. Ogromną rolę odgrywa postawa rodziny i umiejętność współpracy bliskich pacjenta z personelem medycznym. Najistotniejszą sprawą jest jednak sama obecność fizjoterapeuty przy chorym, która stymuluje pozytywne myślenie [18].

Fizjoterapeuta powinien poznać poglądy pacjenta dotyczące przyczyn wystąpienia objawów, dowiedzieć się, czy schorzenie jest wynikiem obciążenia dziedzicznego. Fizjoterapeuta powinien również poznać obawy pacjenta dotyczące fizjoterapii i któregoś zabiegu, co może nasilić stres i niekorzystnie wpłynąć na skuteczność terapii. Pacjenci trafiający na fizjoterapię pochodzą z różnych grup społecznych, wykonują różne zawody, posiadają różne wykształcenie. Fizjoterapeuta natomiast powinien znaleźć z każdym chorym język porozumienia, który pozytywnie wpłynie na efektywność współpracy. Ważne jest zdobycie zaufania pacjenta, poznanie jego lęków dotyczących choroby, które często są bezpodstawne i spowodowane błędnymi przekonaniami. Terapeuta, dzięki zadawaniu odpowiednio sformułowanych pytań, może znacznie wzbogacić wiedzę chorych, która ułatwi prowadzenie skutecznej fizjoterapii [19].

Wnioski

1. Zarówno mężczyźni jak i kobiety, w przypadku konieczności zabiegów fizjoterapeutycznych (dysfunkcja somatyczna) najbardziej oczekują dokład-

nej i rzetelnej informacji dotyczącej prognozowania schorzenia i dysfunkcji.

2. Wsparcie emocjonalne jest istotne dla chorych w wieku 31–40 i 61–80 lat.
3. W grupie kobiet, po zakończonych zabiegach, wystąpiły oczekiwania większej ilości informacji dotyczącej dalszego leczenia. Kobiety są bardziej zapobiegliwe, wolą prognozować przyszłość, czują się bezpieczniej i bardziej komfortowo mogą podjąć działania profilaktyczne, co wpływa na poprawę poczucia dobrostanu.
4. Chorzy objęci opieką paliatywną często odczuwają zmęczenie i ból, co istotnie wpływa na ich stan psychiczny. Zabiegi fizjoterapeutyczne pozwalają nie tylko na znoszenie lub ograniczenie dysfunkcji, ale poprawiają istotnie poczucie dobrostanu psychicznego chorych.

Piśmiennictwo

1. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. PTP, Warszawa 2009.
2. Strelau J. Psychologia — podręcznik akademicki. GWP, Gdańsk 2000.
3. Sęk H. Psychologia zdrowia. PWN, Warszawa 2007.
4. Dudek B. Zaburzenia po stresie traumatycznym. GWP, Sopot 2003.
5. Juczyński Z. Psychologiczne wyznaczniki przystosowania się do choroby nowotworowej. *Psychoonkologia*. 1997; 1: 1–8.
6. Salmon P. Psychologia w medycynie. GWP, Gdańsk 2002.
7. Mierzejewska A. Ból i depresyjność w oczach pacjenta i fizjoterapeuty 2015, (praca magisterska nieopublikowana, WSR), Warszawa.
8. Trylińska-Tekielska E, Lejzerowicz M. Psychological and Social aspects of Pain Treatment. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*. 2016; 52(suppl. 1).
9. Heszen-Niejodek I. Psychologiczne problemy chorych somatycznie. In: Strelau J. ed. *Psychologia*. Podręcznik akademicki T. 3. GWP, Gdańsk 2000.
10. Trylińska-Tekielska E. Questionnaire of Expectations Patient-Physiotherapist (QEPP). *Advance in Palliative Medicine* 2012; 11. 2012; 11(2): 56–61.
11. Marcinów K, Olejniczak D. Opinie i oczekiwania pacjentów względem systemu opieki zdrowotnej. *Medycyna Rodzina*. 2011(4): 99–104.
12. Zieniuk AM. Oczekiwania pacjenta onkologicznego wobec personelu medycznego. *Psychoonkologia*. 2009(1–2): 17–27.
13. Majczak K. Niska samoocena a stres w pracy fizjoterapeuty (praca magisterska nieopublikowana) 2015.
14. Trylińska-Tekielska E. *Psycholog w hospicjum*. Scholar, Warszawa 2015.
15. Czerwik-Kulpa M. Oczekiwania chorych z bólami nowotworowymi i stopień ich zaspokojenia w warunkach opieki paliatywnej. *Psychoonkologia*. 2009(1): 11–16.
16. Tobiasz-Adamczyk B, Szafranek K, Bajka J. Zachowanie w chorobie, *Collegium Medicum* UJ, Kraków 1999.
17. Juczyński Z. Radzenie sobie ze stresem spowodowanym chorobą nowotworową. In: de Walden Gałuszko K. ed. *Psychoonkologia*. Wydawnictwo Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Kraków 2000.
18. Górecki M. *Hospicjum w służbie umierającemu*. Żak, Warszawa 2000.
19. Doboszyńska A. Relacja fizjoterapeuta-pacjent, *Studenckie Dni Medycyny Paliatywnej* Warszawa, 2010.

ANEKS

KWESTIONARIUSZ OCZEKIWAŃ PACJENT-FIZJOTERAPEUTA (KOPF)

data płeć wiek

Poniżej stwierdzeń umieszczono następującą skalę

1	2	3	4	5
<i>Nie</i>	<i>Obojętnie</i>	<i>Raczej tak</i>	<i>Tak</i>	<i>Zdecydowanie tak</i>

Zaznacz, która wartość dotyczy Ciebie (otocz kółkiem właściwą cyfrę).

1. Oczekuję, że fizjoterapeuta wyjaśni mi dokładnie, na czym polega moje schorzenie

1	2	3	4	5
<i>Nie</i>	<i>Obojętnie</i>	<i>Raczej tak</i>	<i>Tak</i>	<i>Zdecydowanie tak</i>

2. Oczekuję, że fizjoterapeuta zrozumie moje kłopoty związane z dysfunkcją

1	2	3	4	5
<i>Nie</i>	<i>Obojętnie</i>	<i>Raczej tak</i>	<i>Tak</i>	<i>Zdecydowanie tak</i>

3. Oczekuję, że fizjoterapeuta będzie chciał ze mną rozmawiać na temat wykonywanych ćwiczeń

1	2	3	4	5
<i>Nie</i>	<i>Obojętnie</i>	<i>Raczej tak</i>	<i>Tak</i>	<i>Zdecydowanie tak</i>

4. Oczekuję, że fizjoterapeuta będzie podejmował decyzje odnośnie do rodzaju wykonywanych zabiegów

1	2	3	4	5
<i>Nie</i>	<i>Obojętnie</i>	<i>Raczej tak</i>	<i>Tak</i>	<i>Zdecydowanie tak</i>

5. Oczekuję, że fizjoterapeuta będzie mnie mobilizował do porządnego i systematycznego ćwiczenia

1	2	3	4	5
<i>Nie</i>	<i>Obojętnie</i>	<i>Raczej tak</i>	<i>Tak</i>	<i>Zdecydowanie tak</i>

6. Oczekuję, że fizjoterapeuta będzie mną kierował

1	2	3	4	5
<i>Nie</i>	<i>Obojętnie</i>	<i>Raczej tak</i>	<i>Tak</i>	<i>Zdecydowanie tak</i>

7. Oczekuję, że fizjoterapeuta da mi możliwość wyboru odpowiednich ćwiczeń

1	2	3	4	5
<i>Nie</i>	<i>Obojętnie</i>	<i>Raczej tak</i>	<i>Tak</i>	<i>Zdecydowanie tak</i>

8. Oczekuję, że fizjoterapeuta będzie miał do mnie zaufanie

1	2	3	4	5
<i>Nie</i>	<i>Obojętnie</i>	<i>Raczej tak</i>	<i>Tak</i>	<i>Zdecydowanie tak</i>

9. Oczekuję, że fizjoterapeuta nie będzie ingerował w moje życie osobiste oraz wiedział, że mam kłopoty

1	2	3	4	5
<i>Nie</i>	<i>Obojętnie</i>	<i>Raczej tak</i>	<i>Tak</i>	<i>Zdecydowanie tak</i>

10. Oczekuję, że fizjoterapeuta powie mi dokładnie, jak wykonywać dane ćwiczenia

1	2	3	4	5
<i>Nie</i>	<i>Obojętnie</i>	<i>Raczej tak</i>	<i>Tak</i>	<i>Zdecydowanie tak</i>

11. Oczekuję, że fizjoterapeuta będzie mnie wspierał

1	2	3	4	5
<i>Nie</i>	<i>Obojętnie</i>	<i>Raczej tak</i>	<i>Tak</i>	<i>Zdecydowanie tak</i>

12. Oczekuję, że fizjoterapeuta będzie monitorował i informował mnie o efektach pozytywnych lub negatywnych wykonywanych ćwiczeń

1	2	3	4	5
<i>Nie</i>	<i>Obojętnie</i>	<i>Raczej tak</i>	<i>Tak</i>	<i>Zdecydowanie tak</i>

Klucz odpowiedzi

Zrozumienie problemów (Z)	2, 8, 9
Wsparcie (W)	4, 5, 6, 7, 11
Informowanie (I)	1, 3, 10, 12

Ilość uzyskanych punktów przez respondenta: w zakresie zrozumienia (Z) od 1 do 15
 w zakresie wsparcia (W) od 1 do 25
 w zakresie informowania (I) od 1 do 20

Im wyższy wynik, tym silniejsza deklaracja w kierunku określonej opcji

5													
4													
3													
5													

2	8	9	4	5	6	7	11	1	3	10	12
Zrozumienie (Z)			Wsparcie (W)					Informowanie (I)			

Źródło: [10] Trylińska-Tekielska E. Med Paliat 2012; 11,2: 60-61