

3. Astfel între grupul martor 1 și grupul experimental 2 utilizatori ai activităților în cadrul montan au fost înregistrate diferențe semnificative la toate atributele cercetării iar ca metodă statistico-matematică am folosit testul „chi pătrat” (X^2).

4. În urma realizării traseelor turistice atitudinea grupului experimental este semnificativ diferită în sensul unei atitudini corecte, față de grupul 2 (prag de semnificație 0,001).

5. În ceea ce privește interesul subiecților care participă la experiment atitudinea grupului experimental este semnificativ diferită în cazul interesului manifestat față de grupul martor (prag de semnificație 0,001).

6. În ceea ce privește reacțiile subiecților, atitudinea grupului experimental este semnificativ diferită în sensul unei atitudini corecte față de grupul martor (prag de semnificație 0,001).

7. Socializarea subiecților la grupul experimental este semnificativ diferită față de grupa martor (prag de semnificație 0,001).

8. Integrarea în colectiv a subiecților din cadrul grupul experimental este semnificativ diferită față de grupul martor (prag de semnificație 0,001).

9. În ceea ce privește comportamentul colectiv la nivelul grupului experimental este semnificativ diferită în sensul unei atitudini corecte față de grupul martor (prag de semnificație 0,001).

10. Analiza comportamentală a subiecților din grupul experimental este semnificativ față de grupul martor (prag de semnificație 0,001).

Bibliografie

1. ALMAȘ, D., (1973), Turism ca manual de istorie, Edit. pentru tineret, București.
2. ALLPORT, G., (1981), Structura și dezvoltarea personalității, Edit. Didactică și Pedagogică, București.
3. CHIHAI, P., (1974), din cetățile de scaun ale Țării Românești, Edit. Meridiane, București.
4. COSMESCU, I., (1998), Turismul-fenomen complex contemporan, Edit. Economică, București.
5. CRISTEA, E., NEDELCU, E., (1971), Piatra craiului, Edit. Stadion București.
6. CUCU, V., ȘTEFAN, M., (1974), România - ghid- atlas al monumentelor istorice, Edit. Științifică, București.

ANALYSIS OF THE RESULTS CONCERNING THE REHABILITATION THROUGH COMMUNICATION CHANNELS AND INTERRELATIONAL STYLE USED BY THE KINESIOTHERAPIST AND THE PATIENT

Doina MÂRZA-DĂNILĂ
„Vasile Alecsandri” University of Bacău

Keywords: therapy relationship, communication, interrelation, result

Abstract

A kinesiotherapy room is a relatively controlled environment in which the kinesiotherapist has a considerable force as a strengthening agent. Kinesiotherapists try to use their influence and control over the kinesiotherapy room environment as a way of dominating the behavior and achieving the desired transformations in the patients' attitudes and activities, and also as a source of influence for the healing process.

The results being the foundations of the therapeutic relationship, I analyzed them through the point of view of the main communication channels and interrelation styles used by the kinesiotherapist and the patient, reaching the conclusion that these indicators can strongly influence the accomplishment of the rehabilitation objectives.

Introduction

The therapeutic approach confronts the patient and the therapist. Kinesiotherapy engages for a while a patient and a therapist in a common activity, and the therapist-patient relationship has specific aspects, caused not only by the repetition of the meetings during treatment, but also by the means used by the therapist, the body contact and the movements dominating the therapy sessions, hence giving it a specific feeling.

Repeating the sessions deepens the relationship and creates a real *companionship*, so that when a favorable transfer is accomplished, the patient has the energy and courage necessary to face the sometimes hard rehabilitation process. The duration and the repetition of the sessions determine an unavoidable verbal and nonverbal communication from the patient that the kinesiotherapist must control.

In any relational communication act there is a stake and an influence. Having their communication and mental abilities perturbed or diminished by illness, stress and other factors, the patients are in a vulnerable state. In the kinesiotherapists appears a narcissistic tendency that is hard to control in the presence of a vulnerable patient who "hangs on" to the therapist.

The therapist's negative attitudes and reduced ability to form relationships can have a detrimental effect to the way in which the patient's personality functions. Therapists can induce the symptom if, unintentionally, they are the agents through which the negative emotions are correlated with certain behaviors, events, or places. The simple expressive behavior, or the effort put in during treatment, can become aversive if it constantly evokes negative behavior from the therapist, such as criticizing, ridiculing, or ignoring the patient. An advancement is done when the correct or positive behavior is strengthened, while the incorrect behavior is ignored, or the reaction got from it communicates that a new try must be made.

The therapists' positive and negative reactions are strong stimuli for the patients in the kinesiotherapy room, producing a high level of conditioning, as a direct function of this behavior.

As the therapy relationship is concerned, we can say that each has his/her own favorite communication channel. If the therapist or the patient tries to communicate on another channel, different for his/her favorite one, the chances that he/she is understood are considerably diminished. If the representations that a person uses to build his/her experiences are mainly visual, that person would have a hard time answering a question or a command that implies an auditive representation. This does not indicate that this person resists therapy, it is only a clue to the sense limits that his/her world model has.

According to the Transactional Analysis (Chidharom, J., 1993), there are five types of positive verbal exchanges and complementary transactions between two persons, during communication. These are the main communication channels: *Channel 1: Interruptive* (normative Parent - Child transaction), used mostly to save the other person; *Channel 2: Directive* (normative Parent - Adult transaction); *Channel 3: Informative* (Adult - Adult transaction); *Channel 4: Benevolent (Caring)* (benevolent Parent - Child transaction); *Channel 5: Emotional-Reactive* (Child - Child transaction).

After selecting from the conversational behaviors suggested by De Peretti, A. et al. (2001), both for the kinesiotherapist, and for the patient, we can consider the following interaction styles: *Orientational-communicational interaction*, in which the partners aim to inform, diminish the uncertainties, and to support each other; *Assessing interaction* (positive or negative), in which the partners aim to get assessments from the other person, and in turn assess the other person; *Influencing interaction*, in which the partners aim to constantly influence the other person.

Each interaction type can be, more or less, shown in one conversational situation or another, during one moment or another, according to the speaker's state of mind, or physical state, and can be centered either on a possible responsibility (that needs to be intensified), or on an anguish (that, at that time, can be compensated).

Material and methods

Having in mind the aspects previously presented, after a long and hard search for ways of testing the content elements of the relationship established between kinesiotherapist and patient, I chose to use direct observation and audio recording for each kinesiotherapy session.

The research studied 34 kinesiotherapists and one patient for each of them.

The characteristics for the group of patients were: the same illness - posterior interapophyseal lumbalgia, reported for the first time; they were between 15 and 65 years old, and they were chosen randomly from the Bacau County Hospital, Iasi Rehabilitation Hospital and Piatra Neamt County Hospital; their socio-professional backgrounds were various.

The inclusion criteria were: the X-rays showed posterior apophyseal injuries; the functional assessment showed an exacerbation of the pain during lumbar extension; the somatoscopic assessment showed a lumbar hyperlordosis; the clinical diagnosis mentioned: postural re-education in a lumbar delordosing position.

The exclusion criteria were: the X-rays showed anterior discal injuries and vertebral bodies injuries; the functional assessment showed an exacerbation of the pain during lumbar flexion.

The treatment comprised: massage (10 min.), analgic physiotherapy (20 min.), and corrective gymnastics (15 min.). As the pain was reduced, the duration of the massage and of the analgic physiotherapy was diminished, increasing the duration of the corrective gymnastics. There were 10 sessions of 45-60 minutes for each individual, two times a week.

The instruments used for assessing the communication inside the kinesiotherapist-patient relationship and the way in which it influences the results of the therapeutic act, were (Mârza, D., 2005): A grid for establishing the communication channels used by each of the protagonists; a grid for establishing the types of interrelations; specific kinesiotherapy means of exploration and assessment: muscle testing, goniometry, rating of perceived pain measuring scale.

Results

For presenting the results, I selected only 5 (the ones I thought were the most relevant for this theme) of the 34 kinesiotherapist-patient couples.

Table 1 (Annexes) presents a couple in which the kinesiotherapist communicates mainly on an interruptive channel (that imposes, controls), whereas the patient communicates from the position of a helpless child (emotional-reactive). From the point of view of the interrelational styles, the kinesiotherapist has an influencing behavior and calls for information, and the patient accepts to be influenced, but he aims also to influence the therapist himself, having a tendency to impress him and to offer him information that are not totally true.

In this situation, especially because the patient accepted to be influenced, and because of the high percentage of the common communication channels they used (53.7%), the aimed objectives were achieved in a percentage of 31.7.

Table 2 (Annexes) presents a situation in which the kinesiotherapist communicates mainly on an informative channel, whereas the patient adopts an emotional-reactive communication channel. From the point of view of the interrelational styles, the kinesiotherapist solicitates and emits information, while the patient emits information (as a response to the kinesiotherapist's solicitation) and is willing to be influenced.

Meeting on common communication channels only 30.4% of the time makes that the rehabilitation objectives to be achieved only in a percentage of 17.7.

Table 3 (Annexes) presents a situation in which the kinesiotherapist uses mainly an informative communication channel, whereas the patient communicates from the position of a *caring parent* (his attention and care being orientated towards others). The kinesiotherapist emits and solicitates information, while the patient constantly assesses the the therapist and what is being done, and waits for the kinesiotherapist to comfort him.

Even if both of them meet on common communication channels 44.4% of the time, we can observe also a percentage of 9.8 opposing, confrontational communication channels, which does not benefit the therapy relationship. This situation, as well as the different interrelational styles make the rehabilitation objectives to be achieved only in a small measure (12.3%).

Table 4 (Annexes) presents a different situation from the others, in which both the kinesiologist and the patient communicate mainly on informative channels, and use the same interrelational styles.

The kinesiologist and the patient meeting on common communication channels 75.2% of the time, using also the same style of interrelations, they achieve their aimed objectives in a percentage of 60.

Table 5 (Annexes) presents a kinesiologist and a patient who use the same interrelational styles and meet on common communication channels 55% of the time. But because of the main communication channel used by the kinesiologist (caring) and the one used by the patient (emotional-reactive), the aimed results were achieved only in a percentage of 38.3.

Conclusions

✓ On the results of the therapeutic-rehabilitating action act, exerting various influences, both the main communication channels and the interrelational styles used by the two protagonists, and also the way in which they manage to adapt themselves and meet, to a great extent, on common communication channels and interrelational styles.

✓ During the therapy interaction, the cognitive and communicational competent kinesiologist must combine all forms of communication; he/she must be careful regarding his/her own ways of expressing himself/herself, his/her own behavior, and also pay attention to the facial expression, gestures and posture of the patient; the kinesiologist must correctly observe the emotional states, the attitudes and the reactions of the patient to the information he/she communicates during the therapy session; the kinesiologist must have the ability to decode in a precise way the verbal and nonverbal messages transmitted by the patients, in order for the communicational relations between them to be able to continue in an effective manner.

✓ Acquiring a high communicational competency must be a priority for kinesiologists. This is so that in the kinesiologist-patient relationship, the therapist could recognize and correctly decipher the verbal and nonverbal messages transmitted by the patient. It also means that the therapist must know and use the most appropriate verbal and nonverbal communication methods in order to transmit the necessary information to the patient, according to the existent communication situation.

✓ The rehabilitation results and the positive changes obtained with the patients, following the therapeutic interactions of the verbal and nonverbal communication types, represent the landmark for controlling and validating the kinesiologist's intervention, his/her way of relating and cooperating with the patients, of understanding and transmitting the message.

Bibliography

1. CHIDHAROM J., 1993, *Sensibilizare la Analiza tranzacțională*, Chidharom Conseils, France
2. DE PERETTI A., LEGRAND J.A., BONIFACE J., 2001, *Tehnici de comunicare*, Editura Polirom, Iași
3. MARZA D., 2005, *Ameliorarea actului recuperator kinetoterapeutic prin implicarea factorilor de personalitate și aplicarea legităților psihologice ale relațiilor terapeut-pacient*, Edit. Tehnopress, Iași

Annexes:

Table 1. Results of the rehabilitation, based on the communication channels and the interrelational styles used in the case of the first kinesiologist-patient couple

| Communication channels | | Interrelational style |
|--|--------------------|-----------------------------------|
| K | Interruptive | Influencing (e) |
| | | Orientational-communicational (s) |
| P | Emotional-reactive | Influencing (e) |
| | | Influencing (s) |
| Common communication channels and interrelational style | | Rehabilitation results |

| Communication channels | Interrelational style | |
|--------------------------------------|----------------------------------|---|
| <p>46,3% common, 53,7% different</p> | <p>50% common, 50% different</p> | <p>53,3% Rehabilitated, 46,7% Not rehabilitated</p> |
| 53.7% | 50% | 46.7% |

Table 2. Results of the rehabilitation, based on the communication channels and the interrelational styles used in the case of the second kinesiotherapist-patient couple

| Communication channels | | Interrelational style | |
|---|----------------------------------|---|------------------------|
| K | Informative | Orientational-communicational (e) | |
| | | Orientational-communicational (s) | |
| P | Emotional-reactive | Orientational-communicational (e) | |
| | | Influencing (s) | |
| Common communication channels and interrelational style | | | Rehabilitation results |
| Communication channels | Interrelational style | | |
| <p>30,4% common, 69,6% different</p> | <p>50% common, 50% different</p> | <p>17,7% Rehabilitated, 82,3% Not rehabilitated</p> | |
| 30.4% | 50% | 17.7% | |

Table 3. Results of the rehabilitation, based on the communication channels and the interrelational styles used in the case of the third kinesiotherapist-patient couple

| Communication channels | | Interrelational style | |
|---|-----------------------|-----------------------------------|------------------------|
| K | Informative | Orientational-communicational (e) | |
| | | Orientational-communicational (s) | |
| P | Caring | Assessing (e) | |
| | | Assessing (s) | |
| Common communication channels and interrelational style | | | Rehabilitation results |
| Communication channels | Interrelational style | | |

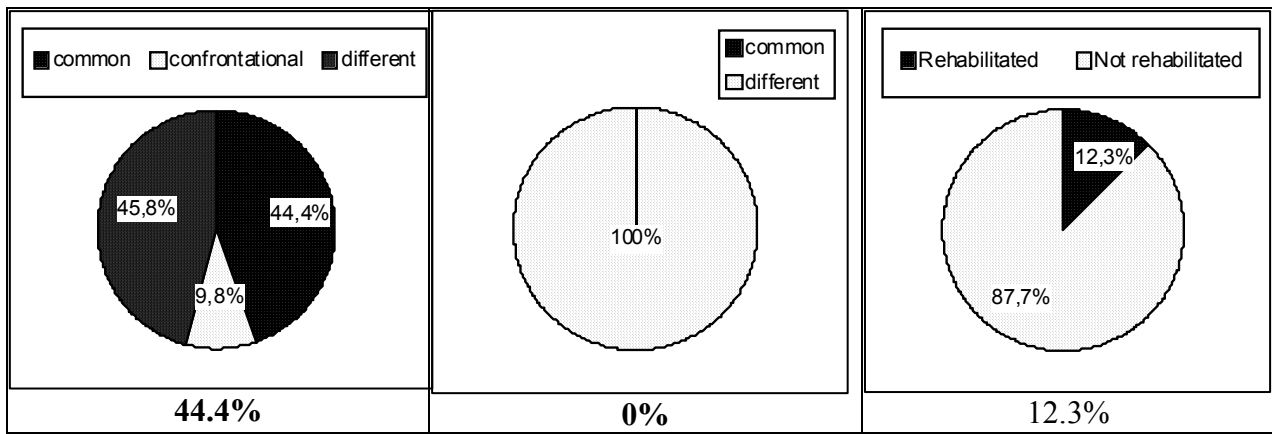


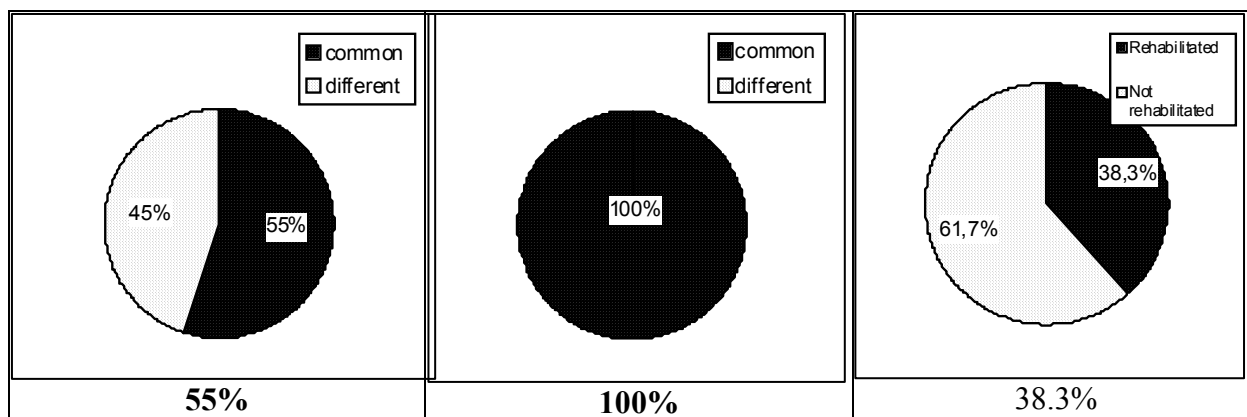
Table 4. Results of the rehabilitation, based on the communication channels and the interrelational styles used in the case of the fourth kinesiologist-patient couple

| Communication channels | | Interrelational style | |
|---|-----------------------|-----------------------------------|------------------------|
| K | Informative | Orientational-communicational (e) | |
| | | Orientational-communicational (s) | |
| P | Informative | Orientational-communicational (e) | |
| | | Orientational-communicational (s) | |
| Common communication channels and interrelational style | | | Rehabilitation results |
| Communication channels | Interrelational style | | |

| | | |
|--------------|-------------|------------|
| <p>75.2%</p> | <p>100%</p> | <p>60%</p> |
|--------------|-------------|------------|

Table 5. Results of the rehabilitation, based on the communication channels and the interrelational styles used in the case of the fifth kinesiologist-patient couple

| Communication channels | | Interrelational style | |
|---|-----------------------|-----------------------|------------------------|
| K | Caring | Assessing (e) | |
| | | Assessing (s) | |
| P | Emotional-reactive | Assessing (e) | |
| | | Assessing (s) | |
| Common communication channels and interrelational style | | | Rehabilitation results |
| Communication channels | Interrelational style | | |



ANALIZA REZULTATELOR RECUPERĂRII PRIN PRISMA CANALELOR DE COMUNICARE ȘI A STILULUI DE INTERRELAȚII FOLOSITE DE KINETOTERAPEUT ȘI PACIENT

Doina MĂRZA-DĂNILĂ

Universitatea „Vasile Alecsandri” din Bacău

Cuvinte cheie: relație terapeutică, comunicare, interrelație, rezultat

Rezumat

Sala de kinetoterapie este un mediu relativ controlat în care kinetoterapeutul are o forță considerabilă ca agent de întărire. Kinetoterapeuții încearcă să-și folosească influența și controlul asupra mediului sălii de kinetoterapie ca mijloc de dominare a comportamentului și de realizare a transformărilor dorite în atitudinile și activitățile pacienților și ca o sursă de influențare a procesului de vindecare.

Rezultatele fiind fundamentul relației terapeutice, le-am analizat prin prisma canalelor de comunicare și a stilurilor de interrelații folosite preponderent de către kinetoterapeut și pacient și am ajuns la concluzia că acești indicatori pot influența puternic măsura în care obiectivele recuperării sunt îndeplinite.

Introducere

Abordarea terapeutică pune față în față bolnavul și terapeutul. În kinetoterapie se găsesc față în față un bolnav și un terapeut angajați pentru un timp într-o activitate comună, iar relația terapeut-pacient prezintă aspecte specifice date atât de repetarea întâlnirilor pe parcursul tratamentului, cât și de mijloacele folosite, contactul corporal și mișcarea dominând scena terapeutică și dându-i un colorit specific.

Repetarea ședințelor aprofundează relația și crează o adevărată *conviețuire*, atunci când se realizează un transfer favorabil pacientul căpătând energia și curajul de a face față procesului uneori anevoios de recuperare. Durata ședințelor și repetarea lor determină o inevitabilă comunicare expresivă și verbală din partea pacientului, pe care kinetoterapeutul trebuie să o controleze.

În orice act de comunicare relațională există o miză și o influență. Cu capacitățile lor de comunicare și cu factorii mentali perturbate sau diminuate de boală, stres și alți factori, pacienții se află într-o situație de vulnerabilitate. Și la kinetoterapeuți apare tendința narcisistă, care este greu de controlat în fața unui pacient vulnerabil și care "se agață" de recuperator.

Atitudinile negative și capacitatea redusă a terapeutului de a forma relații pot avea un efect dăunător asupra modului de funcționare a personalității pacientului. Terapeuții pot fi instrumente de inducție a simptomului dacă, în mod neintenționat, ei sunt agenții prin care

reacțiile emoționale negative se corelează consecvent cu anumite comportamente, evenimente sau locuri. Comportamentul expresiv simplu, sau efortul de a da randament poate deveni unul aversiv dacă evocă mereu comportamente negative din partea terapeutului, cum ar fi critica, ridiculizarea sau ignorarea. Învățarea se produce cu eficiență sporită atunci când comportamentele corecte sau pozitive sunt întărite și când comportamentele incorecte sunt ignorate sau când reacția față de ele dă de înțeles că trebuie să se facă o nouă încercare în viitor.

Reacțiile pozitive și negative ale terapeuților constituie stimuli puternici pentru pacienți, în sala de kinetoterapie producându-se un grad înalt de condiționare, ca funcție directă a acestui comportament.

În relația terapeutică, se poate spune că fiecare are canalul său favorit de comunicare. Dacă el comunică pe un alt canal, șansele de a se face înțeles vor diminua. Dacă reprezentările pe care o persoană le utilizează pentru construirea experienței sale despre realitate sunt mai ales vizuale, ei îi va fi greu să răspundă la o întrebare sau o comandă care presupune o reprezentare auditivă. Aceasta nu indică faptul că persoana respectivă este rezistentă, ci este doar un indiciu asupra limitelor senzoriale pe care le are modelul său despre lume.

Conform Analizei tranzacționale (Chidharom, J., 1993), există cinci tipuri de schimburi verbale pozitive și complementare (tranzacții complementare) între două persoane, în comunicare. Acestea sunt principalele canale de comunicare: *Canalul 1: Interuptiv* (tranzacție Părinte normativ-Copil) a cărui utilizare este relativ limitată la salvarea celuiilalt; *Canalul 2: Directiv* (tranzacție Părinte normativ-Adult); *Canalul 3: Informativ* (tranzacție Adult-adult); *Canalul 4: Binevoitor* (Grijuliu) (tranzacție Părinte binevoitor-Copil); *Canalul 5: Emotiv-Reactiv* (tranzacție Copil-Copil).

Selectând dintre comportamentele conversaționale propuse de De Peretti, A. și colab. (2001), atât pentru kionetoterapeut, cât și pentru pacient, se pot lua în considerație următoarele stiluri de interacțiune: *Interacțiune de tip orientare – comunicare*, în care partenerii urmăresc informarea, diminuarea incertitudinilor, asigurarea ajutorului și susținerii; *Interacțiune de tip evaluate* (pozitivă sau negativă), în care partenerii urmăresc obținerea unor evaluări din partea celuiilalt și emit evaluări la adresa celuiilalt; *Interacțiune de tip influențare*, în care partenerii urmăresc, cu orice preț, influențarea celuiilalt.

Fiecare tip de interacțiune poate fi, mai mult sau mai puțin, indicat într-o situație conversațională sau alta, într-un moment sau altul, în funcție de starea interlocutorului, centrată fie pe o posibilă responsabilitate (care trebuie intensificată), fie pe angoasă (care, pe moment, poate fi compensată).

Material și metodă

Având în vedere aspectele prezentate mai sus, după îndelungi și anevoioase căutări a unor modalități de testare a elementelor de conținut ale relației care se stabilește în cadrul întâlnirii dintre kinetoterapeut și pacient, am optat pentru folosirea observației directe și a înregistrării audio a câte unei ședințe de kinetoterapie.

Au fost urmăriți 34 de kinetoterapeuți și câte unul dintre pacienții lor din momentul testării.

Caracteristicile eșantionului de pacienți au fost următoarele: aceeași afecțiune: lombalgie interapofizară posterioară, la prima afectare; subiecții au avut vârste cuprinse între 15 și 65 de ani și au fost aleși la întâmplare din clientela Spitalului Județean Bacău, Spitalului de Recuperare Iași și Spitalului Județean Piatra Neamț; mediile socio-profesionale din care proveneau au fost diverse.

Criteriile de includere au fost următoarele: radiografiile obiectivau leziuni apofizare posterioare; examinarea funcțională obiectiva exacerbarea durerii în timpul executării extensiei lombare; examinarea somatoscopică obiectiva o hiperlordoză lombară; diagnosticul clinic stipula: reeducare posturală în poziție de delordozare lombară.

Criteriile de excludere au fost următoarele: radiografiile obiectivau leziuni discale anterioare și leziuni ale corpurilor vertebrale; examinarea funcțională obiectiva exacerbarea durerii în timpul executării flexiei lombare.

Tratamentul urmat a fost constituit din masaj (10 min.), fizioterapie antalgică (20 min.) și gimnastică corectivă (15 min.). Pe măsură ce durerea a cedat, durata masajului și a fizioterapiei

antalgice s-a diminuat, crescând durata gimnasticii corective. S-au efectuat 10 ședințe cu o durată de 45-60 minute, individual, în ritm de două ședințe pe săptămână.

Instrumentele folosite pentru evaluarea comunicării în cadrul relației kinetoterapeut-pacient și a modului în care aceasta influențează rezultatele actului terapeutic au fost următoarele (Mârza, D., 2005): Grilă de stabilire a canalelor de comunicare folosite de fiecare dintre protagoniști; Grilă de stabilire a tipurilor de interrelații; Metode de explorare și evaluare specifice kinetoterapiei: testing muscular, goniometrie, scală de apreciere a intensității percepute a durerii.

Rezultate

Pentru prezentarea rezultatelor, s-au selectat doar 5 (cele mai reprezentative din punct de vedere al relevanței pentru tema aleasă) dintre cele 34 de cupluri kinetoterapeut-pacient.

Tabelul nr. 1 (anexe) ne aduce în atenție un cuplu kinetoterapeut-pacient, în care kinetoterapeutul comunică preponderent pe un canal interuptiv (care impune, controlează), iar pacientul comunică de pe poziția unui copil neajutorat (emotiv-reactiv). Din punct de vedere al stilurilor de interrelații, kinetoterapeutul are un comportament de influențare și solicită informații, iar pacientul acceptă să fie influențat, dar urmărește să-l influențeze și el pe kinetoterapeut, având tendința de a-l impresiona și oferindu-i informații nu în totalitate conforme cu adevărul.

În această situație, mai ales datorită acceptului pacientului de a fi influențat și a procentului mai mare de canale de comunicare comune folosite (53,7%), obiectivele urmărite au fost îndeplinite în proporție de 31,7%.

În tabelul nr. 2 (anexe), se prezintă situația înregistrată într-o relație terapeutică în care kinetoterapeutul comunică, preponderent, pe un canal informativ, pacientul adoptând un canal de comunicare emotiv-reactiv. Din punct de vedere al stilurilor de interrelații folosite, kinetoterapeutul solicită și emite informații, pacientul emite informații (ca răspuns la solicitarea kinetoterapeutului) și este dispus să fie influențat.

Întâlnirea pe canale de comunicare comune, într-un procent de doar 30,4%, face ca obiectivele recuperării să fie îndeplinite doar în proporție de 17,7%.

În tabelul nr. 3 (anexe), se prezintă rezultatul înregistrărilor pentru un kinetoterapeut care folosește preponderent un canal de comunicare informativ și un pacient care comunică de pe poziția unui *părinte grijului* (atenția și grija sa fiind orientate spre alții). Kinetoterapeutul emite și solicită informații, pe când pacientul evaluează, în permanență, pe kinetoterapeut și ceea ce se lucrează și așteaptă aprecieri din partea kinetoterapeutului.

Char dacă ambii se întâlnesc pe canale de comunicare comune în proporție de 44,4%, se poate observa că întâlnim și un procent de 9,8% canale de comunicare opozitive, de confruntare, fapt care nu este în beneficiul relației terapeutice. Această situație, precum și stilurile de interrelații diferite, face ca obiectivele recuperării să se atingă doar într-o foarte mică măsură (12,3%).

În tabelul nr. 4 (anexe) se prezintă o situație diferită de cele anterioare, în care atât kinetoterapeutul, cât și pacientul comunică preponderent pe canale de comunicare informative și folosesc aceleași stiluri de interrelații.

Kinetoterapeutul și pacientul întâlnindu-se pe canale de comunicare comune în proporție de 75,2% și folosind același stil de interrelații, se reușește atingerea obiectivelor urmărite în proporție de 60%.

Tabelul nr. 5 (anexe) prezintă un kinetoterapeut și un pacient care folosesc aceleași stiluri de interrelații și se întâlnesc pe canale de comunicare comune într-un procent de 55%. Datorită, însă, canalului de comunicare preponderent folosit de kinetoterapeut (grijuliu) și al celui folosit de pacient (emotiv-reactiv), rezultatele scontate nu sunt obținute decât într-un procent de 38,3%.

Concluzii

✓ Asupra rezultatelor actului terapeutic-recuperator acționează, exercitând influențe variabile, atât canalele de comunicare și stilurile de interrelații folosite preponderent de cei doi protagoniști, cât mai ales modul în care aceștia reușesc să se adapteze și să se întâlnească, în măsură cât mai mare, pe canale de comunicare și stiluri de interrelații comune.

✓ În timpul interacțiunii terapeutice, kinetoterapeutul competent cognitiv și comunicativ trebuie să îmbine toate formele de comunicare; să fie atent la modul de exprimare și stilul propriu de

comportare, la mimica, gesturile, postura corporală și mișcările specifice ale pacienților; să sesizeze corect stările afective, atitudinile și reacțiile receptorului față de ce și cum comunică el în situația terapeutică; să aibă capacitatea de decodificare exactă a mesajelor verbale și nonverbale transmise de pacienți pentru ca relațiile comunicative dintre ei să poată continua eficient.

✓ Înșușirea unei înalte competențe comunicative trebuie să constituie o prioritate pentru kinetoterapeuți. Lucrul acesta presupune ca, în cadrul relației de comunicare kinetoterapeut-pacient, kinetoterapeutul să poată recunoaște și descifra corect mesajele verbale și non-verbale transmise de pacient. Presupune, totodată, ca terapeutul să știe și să utilizeze și modalitățile verbale și non-verbale de comunicare cele mai adecvate pentru a transmite informațiile pacientului, în funcție de situația de comunicare existentă.

✓ Rezultatele recuperării și schimbările pozitive obținute cu pacienții în urma interacțiunilor terapeutice, a tipurilor de comunicare verbală și nonverbală, constituie etalonul de control și validare a calității intervenției kinetoterapeutului, a modului său practic de relaționare, cooperare cu pacienții, de înțelegere și transmitere a mesajului.

Bibliografie

1. CHIDHAROM, J., 1993, *Sensibilizare la Analiza tranzacțională*, Chidharom Conseils, France
2. DE PERETTI, A., LEGRAND, J.A., BONIFACE, J., 2001, *Tehnici de comunicare*, Editura Polirom, Iași
3. MĂRZA, D., 2005, *Ameliorarea actului recuperator kinetoterapeutic prin implicarea factorilor de personalitate și aplicarea legităților psihologice ale relațiilor terapeut-pacient*, Edit. Tehnopress, Iași

Anexe

Tabel nr. 1. Rezultatele recuperării, raportate la canalele de comunicare și stilurile de interrelații folosite în cazul primului cuplu kinetoterapeut-pacient

| Canale comunicare | | Stil interrelație | |
|---|----------------|--------------------------|--|
| K | Interuptiv | Influențare (e) | |
| | | Orientare-comunicare (s) | |
| P | Emotiv-reactiv | Influențare (e) | |
| | | Influențare (s) | |
| Canale comunicare și stil interrelație comune | | | |
| Canale comunicare | | Stil interrelație | |
| | | | |
| 53,7% | | 50% | |
| | | Rezultatele recuperării | |
| | | | |
| | | 46,7% | |

Tabel nr. 2. Rezultatele recuperării, raportate la canalele de comunicare și stilurile de interrelații folosite în cazul celui de-al doilea cuplu kinetoterapeut-pacient

| Canale comunicare | | Stil interrelație | |
|-------------------|----------------|--------------------------|--|
| K | Informativ | Orientare-comunicare (e) | |
| | | Orientare-comunicare (s) | |
| P | Emotiv-reactiv | Orientare-comunicare (e) | |
| | | Influențare (s) | |

| Canale comunicare și stil interrelație comune | | Rezultatele recuperării |
|---|-------------------|-------------------------|
| Canale comunicare | Stil interrelație | |
| <p>30,4%</p> | <p>50%</p> | <p>17,7%</p> |

Tabel nr. 3. Rezultatele recuperării, raportate la canalele de comunicare și stilurile de interrelații folosite în cazul celui de-al treilea cuplu kinetoterapeut-pacient

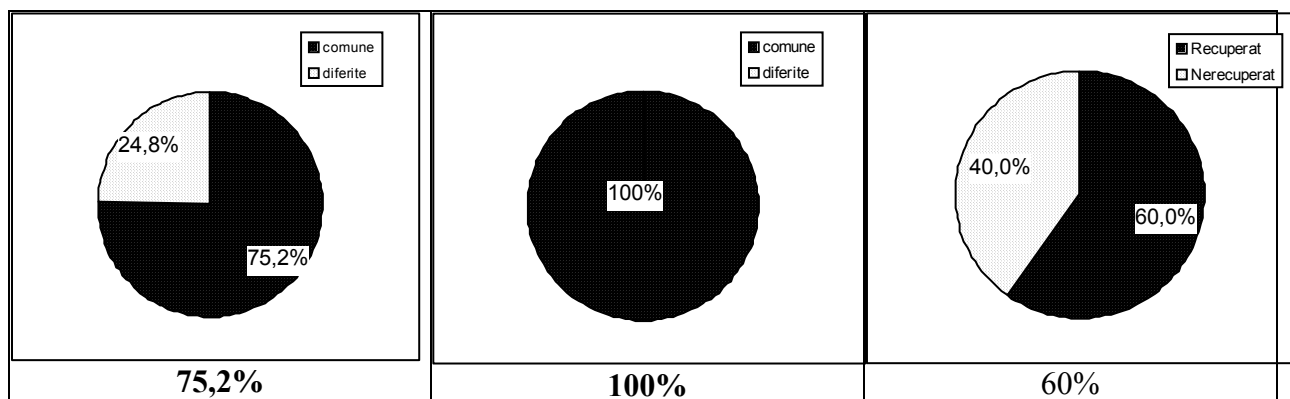
| Canale comunicare | | Stil interrelație | |
|-------------------|------------|--------------------------|--|
| K | Informativ | Orientare-comunicare (e) | |
| | | Orientare-comunicare (s) | |
| P | Grijuliu | Evaluare (e) | |
| | | Evaluare (s) | |

| Canale comunicare și stil interrelație comune | | Rezultatele recuperării |
|---|-------------------|-------------------------|
| Canale comunicare | Stil interrelație | |
| <p>44,4%</p> | <p>0%</p> | <p>12,3%</p> |

Tabel nr. 4. Rezultatele recuperării, raportate la canalele de comunicare și stilurile de interrelații folosite în cazul celui de-al patrulea cuplu kinetoterapeut-pacient

| Canale comunicare | | Stil interrelație | |
|-------------------|------------|--------------------------|--|
| K | Informativ | Orientare-comunicare (e) | |
| | | Orientare-comunicare (s) | |
| P | Informativ | Orientare-comunicare (e) | |
| | | Orientare-comunicare (s) | |

| Canale comunicare și stil interrelație comune | | Rezultatele recuperării |
|---|-------------------|-------------------------|
| Canale comunicare | Stil interrelație | |



Tabel nr. 5. Rezultatele recuperării, raportate la canalele de comunicare și stilurile de interrelații folosite în cazul celui de-al cincilea cuplu kinetoterapeut-pacient

| Canale comunicare | | Stil interrelație | |
|--|---|--|-------------------------|
| K | Grijuliu | Evaluare (e) | |
| | | Evaluare (s) | |
| P | Emotiv-reactiv | Evaluare (e) | |
| | | Evaluare (s) | |
| Canale comunicare și stil interrelație comune | | | Rezultatele recuperării |
| Canale comunicare | Stil interrelație | | |
| <p>Legend: ■ comune, □ diferite</p> <p>55%</p> | <p>Legend: ■ comune, □ diferite</p> <p>100%</p> | <p>Legend: ■ Recuperat, □ Nerecuperat</p> <p>38,3%</p> | |