

UMIEJĘTNOŚCI KOMUNIKACYJNE STUDENTÓW FIZJOTERAPII UNIwersytetu Medycznego W BIAŁYMSTOKU



Mgr Julita Ostapczuk
Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kuśak
Dr hab. n. med. Bożena Okurowska-Zawada

**UMIEJĘTNOŚCI KOMUNIKACYJNE
STUDENTÓW FIZJOTERAPII
UNIwersYTETU MEDYCZNEGO
W BIAŁYMSTOKU**

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku



**UMIEJĘTNOŚCI KOMUNIKACYJNE
STUDENTÓW FIZJOTERAPII
UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO
W BIAŁYMSTOKU**

**Mgr Julita Ostapczuk
Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kulak
Dr hab. n. med. Bożena Okurowska-Zawada**

Białystok 2026

RECENZENCI MONOGRAFII

Dr hab. n. med. i n. o zdr. Monika Gałczyk
Akademia Łomżyńska, Łomża

Dr n. med. Anna Ślifirczyk
Lubelska Akademia WSEI, filia w Warszawie

AUTORZY MONOGRAFII

Julita Ostapczuk
Absolwentka kierunku Fizjoterapia, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Elżbieta Krajewska-Kulak
Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Bożena Okurowska-Zawada
Klinika Rehabilitacji Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

ISBN – 978-83-68761-54-2
Wydanie I
Białystok 2026

Okładka opracowanie graficzne własne z wykorzystaniem zdjęcia zakupionego
w <https://pl.freepik.com/>

Monografia powstała na bazie pracy magisterskiej
mgr Julity Ostapczuk
Zawarte w niej materiały mogą być wykorzystywane tylko na użytek własny,
do celów naukowych, dydaktycznych lub edukacyjnych.
Zabroniona jest niezgodna z prawem autorskim reprodukcja, redystrybucja lub odsprzedaż.

Monografia wydana wyłącznie w formie online
Pełna wersja dostępna online na stronach
https://www.umb.edu.pl/wnoz/o_wydziale/monografie_pracownikow_wnz
https://www.umb.edu.pl/monografie_konferencyjne

*Komunikacja to umiejętność, której można się nauczyć.
To jak jazda na rowerze czy pisanie na maszynie.
Jeśli tylko nad nią popracujesz,
możesz bardzo szybko poprawić jakość każdej części swojego życia*
Brian Tracy

Słowo wstępne

Komunikacja to proces tworzenia, nadawania, odbierania, interpretowania komunikatów oraz wzajemnego przekazywania sobie informacji pomiędzy nadawcą a odbiorcą. Przebiega na wielu poziomach, a w celu wymiany informacji dotyczącej przekonań, doznań, odczuć, sądów, potrzeb oraz oczekiwań wykorzystuje się komunikację werbalną, niewerbalną oraz wokalną.

W tym miejscu warto podkreślić, że jednym z najważniejszych elementów skutecznego leczenia jest relacja pacjent-terapeuta. Jasna i otwarta komunikacja daje bowiem pacjentowi poczucie, że jest rozumiany i bezpieczny. Dopasowanie do rozmówcy to jeden z warunków skutecznego porozumiewania się, a może to być na poziomie werbalnym, gdy dostosowuje się słownictwo, dobiera słowa odpowiednio do dominującego u rozmówcy systemu reprezentacji, stylu mówienia, tematu rozmowy; na poziomie niewerbalnym – gdy dopasowuje się postawę ciała, gestykulację, mimikę oraz na poziomie wokalnym – gdy reguluje się tempo, rytm i głośność mówienia

Komunikacja w fizjoterapii odgrywa fundamentalną rolę w budowaniu zaufania pomiędzy pacjentem a terapeutą oraz wpływa na skuteczność całego procesu leczenia.

Trzeba pamiętać, że fizjoterapeuta nie tylko powinien wykonywać ćwiczenia/zabiegi, ale także wsłuchać się w potrzeby pacjenta, analizować jego dolegliwości i dostosowywać metody pracy do indywidualnych warunków zdrowotnych. Podstawę skutecznej rehabilitacji, niezależnie od rodzaju terapii, stanowią bowiem odpowiedni dialog, aktywne słuchanie i empatyczne podejście oraz dostosowywanie się do poziomu wiedzy i stanu emocjonalnego chorego.

Pacjent swobodnie wyrażający swoje obawy, oczekiwania oraz wątpliwości, chętniej angażuje się w proces leczenia. Jeżeli zauważy, że terapeuta nie tylko słucha, ale także rozumie jego problemy, ma większe zaufanie i wiarę w powodzenie leczenia. Zaufanie z kolei pozwala mu otworzyć się na nowe techniki leczenia, lepiej radzić sobie z bólem oraz współpracować podczas ćwiczeń, co sprzyja szybszemu powrotowi do zdrowia.

Kolejny ważny element komunikacji to empatia - umiejętność postawienia się w sytuacji pacjenta, zrozumienie jego lęków, barier psychicznych i fizycznych.

Dzięki właściwej komunikacji fizjoterapeuta może precyzyjnie dobrać odpowiednią technikę i tempo pracy. Tylko indywidualne podejście do pacjenta gwarantuje, że wyjaśnienia i zalecenia będą dla niego zrozumiałe oraz realizowane konsekwentnie i z przekonaniem. W długotrwałych przypadkach rehabilitacji, fizjoterapeuta, który potrafi jasno przekazać cele terapii, pochwalić za postępy i realistycznie ocenić stan pacjenta, daje

mu siłę do dalszej pracy nad sobą.

Jednym z doskonałych narzędzi, pomocnych w fizjoterapii jest dialog motywujący, czyli styl komunikacji oparty na współpracy, zorientowany na cel, ze szczególnym uwzględnieniem języka zmiany, mający na celu wzmocnienie osobistej motywacji i zaangażowania w osiągnięcie konkretnego celu poprzez wydobycie i zbadanie osobistych powodów do zmiany w atmosferze akceptacji i współczucia.

W monografii zaprezentowano wyniki badań dotyczące oceny problemów komunikacyjnych z pacjentem skierowanym do fizjoterapeuty oraz samooceny przez studentów fizjoterapii posiadanych umiejętności komunikacyjnych i postaw wobec nauki umiejętności komunikacyjnych.

*Julita Ostapczuk
Elżbieta Krajewska-Kulak
Bożena Okurowska-Zawada*

SPIS TREŚCI

Wykaz skrótów	13
Znaczenie komunikacji medycznej dla zdrowia i odczucia choroby	15
Zakłócenie i bariery w komunikacji medycznej	19
Ogólne zasady komunikowania się personelu medycznego z pacjentem	23
Założenia i cele pracy	27
Materiał i metodyka badań	31
Wyniki badań	35
Weryfikacja hipotez	51
Omówienie wyników	55
Wnioski i postulaty	61
Wykaz piśmiennictwa	63

WYKAZ SKRÓTÓW

CSAS	<i>Communication Skills Attitude Scale</i> Skala postaw wobec umiejętności komunikacyjnych
NAS	Postawa negatywna
PAS	Postawa pozytywna
REK	Kwestionariusz umiejętności komunikacyjnych
VR	<i>Virtual reality</i> Rzeczywistość wirtualna

ZNACZENIE KOMUNIKACJI MEDYCZNEJ DLA ZDROWIA I ODCZUCIA CHOROBY

Komunikacja to proces społeczny wymagający udziału co najmniej dwóch osób - nadawcy i odbiorcy. Uczestnicy procesu komunikacji mają właściwy dla siebie sposób nadawania komunikatu, czyli kodowania, a także właściwy dla siebie sposób odbierania komunikatu, czyli dekodowania. Stanowi jeden z kluczowych elementów funkcjonowania w obszarze ochrony zdrowia, odgrywając istotną rolę w relacji pomiędzy personelem medycznym a pacjentem. Polega na wymianie informacji, myśli i emocji pomiędzy uczestnikami interakcji oraz wspiera budowanie zaufania, zrozumienia oraz współpracy w procesie leczenia. Zarówno etap kodowania i dekodowania wymaga dostosowania do drugiej osoby [1]:

- kodowanie, nadawanie komunikatu - wymaga używania słów, symboli, komunikatów poza werbalnych, które rozmówca będzie mógł właściwie zinterpretować, odebrać.
- dekodowanie, czyli odbieranie komunikatu - wymaga znajomości charakterystycznych słów, pojęć, symboli, znaków, komunikatów niewerbalnych, które stosuje nadawca, aby uniknąć nieporozumień, niejasności, błędów w komunikacji.

Skuteczna komunikacja stanowi podstawowy element dobrej jakości opieki zdrowotnej. Dzięki niej pracownicy służby zdrowia mogą nawiązać bliższy kontakt z pacjentami i budować relację terapeutyczną sprzyjającą osiągnięciu lepszych wyników leczenia. Przekazywanie i wymiana informacji pomiędzy personelem medycznym a pacjentem pomaga również podejmować lepsze decyzje zdrowotne i umożliwia pacjentowi lepsze samodzielne dbanie o swoje zdrowie [2].

Komunikacja medyczna stanowi nieodłączny element procesu leczenia. To podstawa do budowania zaufania oraz prawidłowych relacji. Dzięki niej można uzyskać ważne informacje do postawienia diagnozy, odpowiednio reagować na potrzeby wewnętrzne i psychiczne chorego oraz przekazywać wiedzę medyczną dostosowaną do sytuacji. W konsekwencji sprzyja to osiągnięciu lepszych rezultatów zdrowotnych [3].

Komunikacja jest ważna nie tylko dla samego procesu leczenia, ale również dla tego, by pacjent dobrze rozumiał swoją chorobę oraz plan terapii. Personel medyczny powinien bowiem nie tylko pomagać pacjentowi poczuć, że ma on wpływ na swoje zdrowie i decyzje związane z leczeniem, ale również dostarczyć mu niezbędną wiedzę, wiarę

we własne możliwości oraz konkretne umiejętności umożliwiające skuteczne radzenie sobie z chorobą [4].

Przekazywanie informacji jest uznawane za jeden z najważniejszych elementów podczas podejmowania decyzji i stanowi ważny aspekt pracy lekarza, fizjoterapeuty, wszystkich pracowników ochrony zdrowia. Nie chodzi tu tylko o udzielanie informacji, ale o właściwą komunikację pomiędzy personelem a pacjentem. Powinna ona być dostosowana do indywidualnej sytuacji każdej osoby oraz jej potrzeb. Wzajemny kontakt i rozmowa sprzyjają budowaniu zaufania, dzięki czemu to wpływa na wyższą jakość opieki oraz lepsze rezultaty zdrowotne [5].

Dobra komunikacja, relacja pomaga pacjentowi zmniejszyć napięcie i poczucie niepokoju, dzięki czemu może się poczuć spokojniejszy, a osoby z personelu medycznego mogą zdobyć ważne informacje potrzebne do rozpoznania i leczenia choroby. Dokładne zrozumienie problemu zdrowotnego sprzyja także lepszemu radzeniu ze stresującymi sytuacjami podczas wizyt, spotkań medycznych, zwłaszcza w momentach silnych emocji. Lepsza wiedza o chorobie może również przyczynić się do sprawniejszego przebiegu badań diagnostycznych, czy hospitalizacji [6].

Personel medyczny to najczęściej pierwsze osoby, specjaliści, do których pacjenci zwracają się, kiedy mają jakieś problemy zdrowotne, związane zarówno z postawieniem diagnozy, jak i leczeniem chorób. Badania wskazują, że ci, którzy zostali przeszkoleni w zakresie umiejętności komunikacyjnych, odbyli szkolenie, częściej dostrzegają u pacjentów oznaki napięcia emocjonalnego, stresu oraz problemów natury psychicznej. Dodatkowo potrafią reagować w sposób bardziej odpowiedni na potrzeby swoich pacjentów, niż osoby bez takiego szkolenia [7].

Współczesna komunikacja medyczna coraz większy nacisk kładzie na zrozumienie potrzeb pacjenta i budowanie relacji opartej na empatii. Przykładem narzędzia, które to wspiera to rzeczywistość wirtualna (VR- *virtual reality*). Dzięki takim stymulacjom pracownicy ochrony zdrowia mogą zobaczyć, jak wygląda świat z perspektywy pacjenta np. osoby chorej bądź starszej. Badania pokazują, że takie doświadczenia pomagają lepiej zrozumieć pacjentów, a to sprzyja bardziej skutecznej i dodatkowo empatycznej komunikacji [8].

Warto pamiętać, że jasne przekazywanie informacji pomaga uniknąć nieporozumień zarówno pomiędzy pracownikami ochrony zdrowia, jak i w rozmowie z chorym. Dzięki temu świadczenia zdrowotne mogą zapewnić osobie leczone poczucie zadowolenia i bezpieczeństwa [9].

W zawodach medycznych, w komunikacji pomiędzy personelem a pacjentem, duże znaczenie ma empatia. W sytuacji, gdy pacjent czuje, że jest rozumiany i może zaufać zespołowi, łatwiej mu mówić o swoich dolegliwościach, o tym czego potrzebuje i jakie ma obawy. To wspiera i ułatwia proces diagnozy i leczenia. Efektywna komunikacja oparta na empatii wymaga też umiejętności uważnego słuchania i łączenia sygnałów słownych i niewerbalnych, czyli sygnałów niewyrażanych słowami jak np. gesty, mimika twarzy, ton głosu, postawa ciała czy kontakt wzrokowy, aby lepiej zrozumieć sytuację pacjenta [10].

Komunikacja medyczna stanowi podstawę opieki ukierunkowanej na pacjenta, ponieważ pozwala lepiej zrozumieć jego potrzeby i wspiera przestrzeganie zaleceń lekarskich. Budowanie zaufania i poczucia bycia rozumianym sprawia, że pacjent chętniej przekazuje informacje o swoich dolegliwościach, a ryzyko nieporozumień i błędów medycznych jest mniejsze. Jednocześnie dobra komunikacja minimalizuje napięcia i konflikty, ogranicza liczbę skarg pacjentów oraz poprawia warunki pracy personelu, redukując ryzyko wypalenia zawodowego [11].

Reasumując - komunikacja należy do kluczowych kompetencji pracowników ochrony zdrowia, ponieważ pozwala na dokładne zrozumienie potrzeb pacjenta i zapewnienie opieki dostosowanej do jego indywidualnych wymagań [12].

Skuteczna wymiana informacji opiera się na uważnym słuchaniu i rozpoznawaniu emocji, opinii oraz doświadczeń pacjenta. Właściwa komunikacja wywiera wieloaspektowy wpływ na przebieg procesu leczenia [12]:

- pogłębia zaangażowanie pacjenta, który w bardziej konsekwentny sposób stosuje się do zaleceń personelu medycznego,
- powoduje wzrost zaufania do personelu medycznego,,
- poprawia wyniki leczenia,
- zwiększa poziom satysfakcji pacjenta z usług medycznych,
- zmniejsza ryzyko wypalenia zawodowego i podnosi poczucie własnej efektywności personelu medycznego,

Wśród umiejętności przydatnych w zwiększaniu kompetencji w zakresie komunikacji z pacjentem najważniejsze znaczenie mają [12]:

- przyjęcie asertywnego stylu komunikacji,
- umiejętność empatycznego słuchania,
- odpowiednie formułowanie pytań i komunikatów informacyjnych,
- właściwy sposób radzenia sobie z konfliktem

W tym kontekście rozwijanie umiejętności empatii staje się niezbędne, aby personel medyczny mógł właściwie reagować na potrzeby pacjenta i udzielać mu adekwatnego wsparcia [12].

ZAKŁÓCENIA I BARIERY W KOMUNIKACJI MEDYCZNEJ

Skuteczna komunikacja w szpitalach i przychodniach zależy od kilku rzeczy [13]:

- od wiedzy i umiejętności medycznych,
- od zrozumienia różnic kulturowych,
- od pokonywania barier językowych.

Jeżeli któryś z tych elementów zawodzi, komunikacja przestaje działać, bowiem gdy nie ma zrozumiałego przepływu informacji, bezpieczeństwo, jakość i wyniki leczenia mogą być zagrożone [13].

W konsekwencji pacjenci doświadczają trudności, ponieważ uważają, że pracownicy ochrony zdrowia nie komunikują się z nimi w sposób odpowiedni i często nie uwzględnia w pełni ich potrzeb ani nie rozsiewa ich obaw [14].

Bariery komunikacyjne to przeszkody, które można napotkać w trakcie procesu komunikacji i z reguły mają na nią negatywny wpływ. Barrierami może być wszystko, co uniemożliwia bądź też utrudnia proces komunikowania się, np. [13-15]:

- porównywanie (w trakcie wypowiedzi odbiorca komunikatu zastanawia się na przykład, kto ma lepiej),
- przygotowywanie odpowiedzi w momencie, gdy druga osoba jeszcze mówi, domyślanie się (czytanie w myślach nadawcy),
- słuchanie wybiórcze - filtrowanie informacji, które docierają do odbiorcy.
- różnice językowe,
- szumy komunikacyjne,
- odmienne postrzeganie rzeczywistości,
- niespójność komunikatów werbalnych i niewerbalnych,
- nadmiar emocji,
- nadmiar informacji,
- brak zaufania

Problemy w komunikacji w opiece zdrowotnej często wynikają z tego, że studenci medycyny nie uczą się wystarczająco, jak dobrze rozmawiać z pacjentami i jak stawiać ich potrzeby na pierwszym miejscu. W trakcie praktyk klinicznych większą uwagę przykładają się zwykle do perspektywy osoby z personelu medycznego niż pacjenta. W związku z tym ważne jest, aby już podczas nauki wprowadzać szkolenia i sprawdzać umiejętności komunikacyjne przyszłych pracowników medycznych. Powyższe rozwijać empatię i zapewnia bardziej skoncentrowaną opiekę na pacjencie [15].

Chociaż umiejętności komunikacyjne są uważane za ważną część programów nauczania, ich nauka i ocena nie są wystarczająco skuteczne. Studenci mają często problem w jasnym przekazywaniu o trudnych lub niepokojących informacjach pacjentom w sposób dla nich zrozumiały [16].

Jedną z ważnych przeszkód w komunikacji medycznej są trudności ze rozumieniem terminów, materiałów medycznych [17].

Kolejne utrudnienie stanowi niewystarczające zaangażowanie pacjentów w podejmowanie decyzji dotyczących leczenia, a także ograniczona możliwość zadawania pytań, stanowią utrudnienie w procesie komunikacji. W efekcie może to wywołać poczucie niezadowolenia, zmniejszyć zaufanie do personelu medycznego oraz negatywnie wpłynąć na przestrzeganie zaleceń terapeutycznych, dotyczących samodzielnej opieki nad sobą [18].

Bariery językowe stanowią wyzwanie w komunikacji, mając wpływ zarówno na jakość opieki, jak również na koszty funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Brak wspólnego języka utrudnia pacjentom pełne zrozumienie zaleceń terapeutycznych oraz możliwość wyrażenia swoich potrzeb, a pracownikom medycznym precyzyjnego przekazywania informacji. W konsekwencji pacjenci częściej doświadczają zdarzeń niepożądanych, korzystają z usług medycznych częściej, bardziej intensywnie oraz osiągają słabsze efekty leczenia w zestawieniu z pacjentami, którzy nie mają problemu z językiem personelu. Bariery te obniżają satysfakcje osób korzystających z opieki zdrowotnej i personelu oraz zmniejszają zaangażowanie pacjentów w proces leczenia. Sposobem ich ograniczenia jest stosowanie wsparcia technologicznego czy szkolenia personelu w zakresie kompetencji językowych i międzykulturowych [19].

Innym ze sposobów radzenia sobie z takimi trudnościami, zwłaszcza w przypadku pacjentów obcokrajowców, jest korzystanie z usług tłumaczy. Jakość opieki i zadowolenia pacjentów w dużej mierze zależą od tego, jak dokładnie i precyzyjnie tłumaczone są informacje. Samo tłumaczenie nie gwarantuje pełnej skuteczności, komunikacja wymaga stosowania odpowiedniej interakcji przez tłumacza, aby przekaz między personelem a chorym był prawidłowo zrozumiany [20].

Za przykład utrudnionej komunikacji może posłużyć porozumiewanie się z pacjentami, którzy są poddawani wentylacji mechanicznej. Główną barierą jest tu brak możliwości mowy, co ogranicza wyrażanie potrzeb i emocji, bowiem gesty bądź skinienia głowy są często niewystarczające lub źle rozumiane i interpretowane [21].

Trudności w skutecznej wymianie informacji dodatkowo zwiększają osłabienie

organizmu, stres, dezorientacja, hałas, czy szybkie tempo pracy. Pogłębić problemy może także brak odpowiednich narzędzi wspomagających komunikację, co ma wpływ na komfort pacjenta i jakość opieki [22].

Komunikacja pomiędzy personelem medycznym a pacjentem może być utrudniona także przez różnice kulturowe. Odmienne sposoby postrzegania zdrowia, choroby oraz metod leczenia, które są zakorzenione w tradycjach i doświadczeniach danej społeczności, nie zawsze są zgodne z podejściem stosowanym w medycynie. Niezrozumienie tych różnic może prowadzić do błędów w interpretacji zgłaszanych dolegliwości oraz zakłóceń w leczeniu. Ważnym problemem jest tu brak odpowiednich kompetencji kulturowych wśród personelu, jak np. umiejętność dostosowania komunikacji, otwartość czy świadomość odmienności kulturowej [23].

Trudności w komunikacji medycznej mogą wynikać zarówno z jakości przekazywanych informacji, jak i z uwarunkowań organizacyjnych systemu ochrony zdrowia. Ograniczona ilość czasu poświęcanego pacjentowi, niejasny sposób przekazywania informacji utrudniają właściwe zrozumienie procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Dodatkowo brak dokładnych wyjaśnień oraz ograniczone możliwości swobodnego opisywania dolegliwości przez pacjentów zmniejszają ich aktywny udział w leczeniu. Problemy te są potęgowane przez czynniki systemowe, takie jak nadmierne obciążenie pracą, niedobór personelu oraz presja czasu, które ograniczają możliwość prowadzenia pogłębionej rozmowy. W efekcie komunikacja często ma powierzchowny charakter, co utrudnia budowanie relacji terapeutycznej oraz może obniżać jakość opieki i poziom zaangażowania pacjenta w proces leczenia [24,25].

Komunikacja medyczna odbywa się według określonych przepisów prawnych, które mają chronić pacjenta, ale mogą też utrudniać rozmowy. Zbyt sztywno ustalone procedury i obowiązki dokumentacyjne zmniejszają czas, jaki personel medyczny mógłby poświęcić dla swoich pacjentów. Bariery prawne pojawiają się także przez trudny i skomplikowany język przepisów oraz wymogi dotyczące ochrony danych i zgody pacjenta. W efekcie pacjent może mieć trudności ze zrozumieniem przekazywania informacji, a kontakt z personelem medycznym bywa bardziej formalny niż osobisty [26].

Pandemia COVID-19 znacząco przyspieszyła rozwój i wdrożenie rozwiązań e-zdrowia. Z jednej strony umożliwiło to kontynuowanie opieki w warunkach ograniczanego kontaktu, zaś z drugiej pokazało, że są nowe bariery komunikacyjne. Stosowanie narzędzi e-zdrowia wiąże się bowiem z pojawieniem się trudności w komunikacji między pacjentem

a personelem medycznym. Ograniczenie kontaktu twarzą w twarz może utrudniać nawiązanie relacji oraz precyzyjne przekazywanie informacji. Dodatkowo niewystarczający poziom umiejętności cyfrowych u części pacjentów wpływa na ich zdolność do korzystania z dostępnych rozwiązań i właściwego rozumienia komunikatów. Ważne znaczenie mają również kwestie techniczne, takie jak problemy z obsługą systemów czy brak ich przejrzystości, a także obawy dotyczące bezpieczeństwa danych. W efekcie czynniki te mogą ograniczać skuteczną komunikację oraz aktywny udział pacjentów w procesie leczenia [27].

OGÓLNE ZASADY KOMUNIKOWANIA SIĘ PERSONELU MEDYCZNEGO Z PACJENTEM

Jak już wcześniej wspomniano, skuteczna komunikacja pomiędzy personelem medycznym a pacjentem wpływa na jakość opieki. Istotne jest, że stosowanie odpowiednich strategii komunikacyjnych może poprawić bezpieczeństwo pacjenta i efektywność świadczeń medycznych [28].

- **Komunikacja skoncentrowana na pacjencie**

Jedną z zasad komunikacji jest podejście ukierunkowane na pacjenta, co stanowi ważny element skutecznej opieki zdrowotnej, mający wpływ na wyniki leczenia. Opiera się ona na indywidualnym uwzględnieniu potrzeb pacjenta, jego przekonań, stanu zdrowia oraz sytuacji osobistej. Podczas tego podejścia można jednak napotkać liczne przeszkody, utrudnienia [29].

W związku z tym pracownicy ochrony zdrowia, aby możliwe było lepsze dopasowanie opieki do indywidualnych potrzeb pacjenta i poprawa jakości kontaktu terapeutycznego, powinni umieć dostrzec i rozpoznać nie tylko bariery i zakłócenia, ale także czynniki wspierające efektywną komunikację [29].

- **Przekazywanie informacji w jasny i zrozumiały sposób**

Stosowanie prostego i zrozumiałego języka jest kluczowe dla skutecznej komunikacji. Trudne terminy i specjalistyczne określenia, tzw. język medyczny, mogą wprowadzać pacjentów w zakłopotanie i utrudniać im zrozumienie własnego stanu zdrowia oraz to, jakie mają dostępne metody leczenia [30].

W związku z tym personel medyczny powinien tłumaczyć i przekazywać informacje w sposób jasny, upewnić się, że pacjent je dobrze zrozumiał oraz poprosić pacjenta o podsumowanie, streszczenie tego co zostało powiedziane, przekazane, co usłyszeli [30].

- **Aktywne słuchanie**

Aktywne słuchanie między personelem medycznym a pacjentem stanowi istotny element komunikacji. Umożliwia lepsze poznanie potrzeb oraz doświadczeń chorego. Uważne słuchanie sprzyja większemu udziałowi pacjenta w procesie opieki oraz wspiera jego zaangażowanie w podejmowanie decyzji dotyczących leczenia. W sytuacji, gdy jest brak odpowiedniego wsłuchania się w wypowiedzi pacjenta może to ograniczać jego możliwości decydowania o sobie i wpływać na przebieg jego terapii [31].

W związku z tym aktywne słuchanie uznawane jest za ważny element budowania

relacji terapeutycznej oraz poprawy jakości opieki zdrowotnej [31].

- **Okazywanie empatii, szacunku i życzliwości**

Empatia w komunikacji medycznej polega na świadomym rozpoznawaniu emocji i potrzeb pacjenta oraz reagowaniu w sposób, który pozwala pacjentowi poczuć się zrozumianym i bezpiecznym. Takie podejście wzmacnia zaufanie do personelu medycznego i dobrze wpływa na ogólne doświadczenie pacjenta w opiece zdrowotnej [32].

Pozytywne nastawienie personelu, obejmujące uprzejme i wspierające komunikaty, wraz z okazywaniem empatii w kontaktach z pacjentami, odgrywa kluczową rolę w skutecznej komunikacji medycznej. Empatia pozwala lepiej zrozumieć potrzeby pacjentów, zwiększa ich zadowolenie, satysfakcję i ułatwia przestrzeganie zaleceń terapeutycznych [33].

Brak empatii może prowadzić do stresu i wypalenia wśród personelu oraz pogorszenia jakości opieki. Empatia nie jest cechą z którą się rodzi, rozwija się dzięki doświadczeniu, kontaktom z pacjentami, edukacji oraz wsparciu w miejscu pracy. Stres i przeciążenie obowiązkami mogą ją osłabić. W związku z tym, aby komunikacja była skuteczna i przyjazna, ważne jest świadome praktykowanie empatii [33].

Komunikacja oparta na szacunku i życzliwości sprzyja budowaniu relacji partnerskiej między personelem medycznym a pacjentami. Okazywanie wsparcia i uwagi zwiększa komfort rozmowy, ułatwia wyrażanie obaw i opinii oraz podnosi satysfakcję z opieki. W większych grupach uczestników trudno jest jednak zapewnić pełne wsparcie każdemu, a różnorodne oczekiwania mogą wpłynąć na rozmowy. W związku z tym istotne jest świadome stosowanie empatycznej komunikacji, aby wspierać, jak tylko się da, osoby korzystające z opieki [34].

- **Komunikacja niewerbalna**

Komunikacja niewerbalna odgrywa ważną rolę w kontakcie pomiędzy personelem medycznym a pacjentem. Obejmuje ona m.in. wyraz twarzy, gesty, postawę ciała czy sposób zachowania. Dzięki niej można okazać zainteresowanie oraz wsparcie, nawet bez użycia słów. To w jaki sposób personel się zachowuje ma duży wpływ na to, czy pacjent czuje się bezpiecznie i czy ufa osobie, która się nim zajmuje. Szczególnie w trudnych sytuacjach zdrowotnych odpowiednie zachowanie i postawa pomagają budować dobrą relację i ułatwiają komunikację [35].

Odpowiednie wykorzystanie sygnałów niewerbalnych ma istotny wpływ na to, jak pacjent odbiera przekazywane informacje. Osoby korzystające z opieki medycznej oceniają bowiem zaangażowanie i wiarygodność personelu nie tylko na podstawie wypowiedzi, ale

również poprzez obserwacje zachowania, mimiki czy gestów. Przyjazna postawa, spokojny ton i otwarta komunikacja niewerbalna sprzyja lepszym reakcjom emocjonalnym oraz zwiększa satysfakcję z otrzymywanej opieki [36].

- **Wspólne podejmowanie decyzji**

Współdecydowanie w opiece zdrowotnej jest coraz częściej uznawane za pożądany model postępowania, ponieważ sprzyja zaangażowaniu pacjenta w podejmowanie decyzji dotyczących leczenia, biorąc pod uwagę jego potrzeby, przekonania i wartości. Takie podejście jest pomocne w zachowaniu możliwości decydowania o własnym zdrowiu i leczeniu, a jednocześnie może ograniczać stosowanie niepotrzebnych procedur medycznych, co przekłada się na większe bezpieczeństwo i niższe koszty opieki. Wspólne podejmowanie decyzji to sytuacja, w której pacjent i personel medyczny wspólnie wybierają najlepsze rozwiązanie terapeutyczne, uwzględniając zarówno wiedzę medyczną, jak i indywidualną sytuację chorego [37].

Wymaga to wymiany informacji i traktowania obu stron jako równorzędnych partnerów. Jest szczególnie istotne w chorobach przewlekłych, gdzie decyzje terapeutyczne mają długoterminowe konsekwencje. Stosowanie współdecydowania poprawia kontrolę choroby, przestrzeganie zaleceń, zaangażowanie pacjentów w leczenie oraz jakość życia [38].

- **Poszanowanie wartości i kontekstu kulturowego pacjenta**

Poszanowanie wartości, kontekstu kulturowego i przekonań pacjenta jest ważnym elementem skutecznej komunikacji medycznej. Różne czynniki społeczne i kulturowe wpływają na sposób postrzegania zdrowia czy leczenia. Liczenie się z nimi, pozwala lepiej dopasować opiekę do indywidualnych potrzeb pacjenta. Wrażliwość na różnice kulturowe powinna obejmować oprócz pochodzenia etnicznego również inne aspekty, takie jak wiek, styl życia, przekonania czy doświadczenia życiowe. Dzięki temu możliwe jest budowanie relacji opartej na zrozumieniu i szacunku, oraz unikanie uproszeń i stereotypów [39].

- **Przestrzeganie poufności i etycznych aspektów komunikacji**

Zapewnienie poufności informacji i przestrzeganie zasad etyki jest ważnym elementem komunikacji w opiece zdrowotnej. Wymaga stosowania bezpiecznych procedur, takich jak szyfrowanie danych, weryfikacja tożsamości personelu i przestrzeganie obowiązujących przepisów ochrony danych [40].

Organizacje medyczne powinny promować kulturę odpowiedzialności poprzez szkolenia i kontrolę praktyk, aby personel był świadomy znaczenia ochrony informacji pacjentów [40].

Nowoczesne technologie mogą dodatkowo wzmacniać bezpieczeństwo danych ułatwiając ich bezpieczne przechowywanie i wymianę informacji między personelem medycznym. Troska o poufność i etyczne zarządzanie informacjami wzmacnia zaufanie pacjentów i wspiera bezpieczną komunikację oraz pozwala na bardziej skuteczną współpracę między pacjentami a pracownikami medycznymi [40].

ZAŁOŻENIA I CEL PRACY

Realizacja modelu holistycznej opieki nad chorym uważana jest za „serce medycyny integracyjnej”.

Termin „holistyczny” pochodzi od greckiego słowa „*holos*”, oznaczającego „całość”. Medycyna holistyczna postrzega człowieka jako zintegrowany system, w którym ciało, umysł i duch są ze sobą nierozzerwalnie połączone. Oznacza to, że stan zdrowia jednego z tych obszarów wpływa na pozostałe. Takie podejście do pacjenta jest fundamentalnie inne od modelu biomedycznego, który często koncentruje się na leczeniu odizolowanych narządów lub objawów, czasem pomijając szerszy kontekst życia pacjenta. Wymaga jednak, aby personel medyczny poświęcał czas na dogłębne poznanie swojego pacjenta. W związku z tym wywiad medyczny powinien wykraczać poza standardowe pytania o objawy, a obejmować także zapytania o dietę, aktywność fizyczną, poziom stresu, jakość snu, relacje społeczne i ogólne samopoczucie itp..

Kluczowe jest także zaangażowanie pacjenta w proces leczenia. Pacjent staje się aktywnym partnerem w dbaniu o własne zdrowie, a terapia jest „szyta na miarę” jego unikalnych potrzeb i okoliczności. Celem bowiem jest nie tylko wyleczenie choroby, ale również promowanie zdrowego stylu życia i prewencja, co prowadzi do poprawy ogólnego zdrowia.

Medycyna holistyczna wymaga nie tylko posiadania wysokich zawodowych kompetencji, ale także znajomości prawidłowych zasad komunikacji interpersonalnej. Holistyczne komunikowanie interpersonalne to podejście, które traktuje proces wymiany informacji jako całościowy system. Angażuje nie tylko słowa, ale również emocje, ciało, otoczenie oraz świadomość własnych i cudzych potrzeb, wymaga więc wewnętrznej spójności i uważności na wielu poziomach. [41].

Z procesem komunikowania ewidentnie łączy się konieczność nawiązania z chorym dobrego kontaktu, przy całkowitej aprobacie tej współpracy przez pacjenta. Pacjent ma być centralną postacią, a porozumiewanie się między personelem medycznym a pacjentem i jego rodziną ma być ważnym czynnikiem leczniczym.

Do chwili obecnej nie opracowano reguł skutecznego przebiegu komunikacji, stąd zasadnicze znaczenie odgrywa indywidualne dopasowanie się do każdej sytuacji [42,43].

Budowanie relacji opartych na współpracy, z dobrze rozumianym partnerstwem w ochronie zdrowia wciąż nie jest proste.

Szczególnie ważne w procesie odzyskiwania zdrowia są umiejętność prowadzenia skutecznej, empatycznej komunikacji bez przemocy, zdolność konstruktywnego rozwiązywania konfliktów, prowadzenia mediacji, regulacji i rozumienia emocji oraz rozpoznanie znaczenia, jakie pacjent przypisuje chorobie

Nie można zapominać, że niewłaściwa komunikacja jest przyczyną stresu oraz poczucia niepewności pacjentów, natomiast dobra komunikacja z członkami zespołu terapeutycznego jest pomocna w zaakceptowaniu zarówno złych wiadomości, jak i choroby.

W związku z tym aby nie dochodziło do zaburzeń i błędów komunikacyjnych, obie strony dialogu muszą mieć podobną kondycję psychiczną, taki sam zasób wiedzy oraz poziom umiejętności i motywacji komunikacyjnej.

Z procesem komunikowania ewidentnie więc łączy się konieczność nawiązania z chorym dobrego kontaktu, przy całkowitej aprobachie tej współpracy przez pacjenta.

Cel pracy

Cel główny: Ocena umiejętności komunikacyjnych studentów fizjoterapii UMB.

Cele szczegółowe:

- ocena problemów komunikacyjnych z pacjentem skierowanym do fizjoterapeuty,
- samoocena posiadanych umiejętności komunikacyjnych,
- ocena postaw wobec nauki umiejętności komunikacyjnych.

Problemy badawcze

1. Czy w opinii badanych fizjoterapeuci poświęcają wystarczającą ilość czasu na rozmowę z pacjentem i wysłuchanie ich potrzeb, oczekiwań?
2. Czy respondenci uważają, że mają lub mogą mieć problemy komunikacyjne z pacjentem?
3. Jakim zdaniem ankietowanych trudności komunikacyjne w odniesieniu do pacjenta podczas zabiegów fizjoterapeutycznych pojawiają się najczęściej?
4. Jakie cechy zdaniem badanych najlepiej określają skuteczną komunikację z pacjentem podczas zabiegów fizjoterapeutycznych?
5. W jakich sytuacjach według ankietowanych mogą pojawić się największe trudności w komunikacji z pacjentem skierowanym na zabiegi fizjoterapeutyczne?
6. Jakim zdaniem respondentów zachowania pacjenta podczas zabiegów fizjoterapeutycznych utrudniają komunikację?

7. Jakie strategie może użyć fizjoterapeuta, aby przełamać bariery komunikacyjne z pacjentami?
8. Jakim zdaniem badanych cechy osobowościowe pacjenta mają największy wpływ na jakość komunikacji podczas zabiegów fizjoterapeutycznych?
9. Czy studenci czują się odpowiednio przygotowani do rozmowy z pacjentem i jak oceniają swoje kompetencje w tym zakresie?
10. Jak oceniają badani ilość zajęć poświęcanych problemowi komunikacji z pacjentem/?
11. Czy studenci podejmują jakieś działania aby poprawić swoje umiejętności komunikacyjne z pacjentami?
12. Jaki typ komunikacji dominuje u badanych?
13. Jaką postawę wobec nauki umiejętności komunikacyjnych prezentują studenci fizjoterapii?

Hipotezy badawcze

1. Większość badanych uznała, iż fizjoterapeuci poświęcają wystarczającą ilość czasu na rozmowę z pacjentem i wysłuchanie ich potrzeb, oczekiwań.
2. Respondenci uważali, że mają lub mogą mieć problemy komunikacyjne z pacjentem podczas zabiegów fizjoterapeutycznych.
3. Zdaniem ankietowanych najczęstszą trudnością komunikacyjną w odniesieniu do pacjenta podczas zabiegów fizjoterapeutycznych jest lęk i stres pacjenta.
4. W opinii badanych skuteczną komunikację z pacjentem podczas zabiegów fizjoterapeutycznych najlepiej określa rozmowa partnerska, zaangażowana, skoncentrowana na określeniu wspólnego celu.
5. Według ankietowanych największe trudności w komunikacji z pacjentem skierowanym na zabiegi fizjoterapeutyczne mogą pojawić się w trakcie rozmowy o możliwych powikłaniach i skutkach ubocznych leczenia.
6. Zdaniem respondentów podczas zabiegów fizjoterapeutycznych najczęściej utrudnienia ze strony pacjentów wynikają z jego niechęci rozmowy.
7. Fizjoterapeuta, w opinii ankietowanych, aby przełamać bariery komunikacyjne z pacjentami powinien posługiwać się prostym językiem, unikać terminologii medycznej i słuchać pacjenta z empatią.
8. Według badanych największy wpływ na jakość komunikacji mają takie cechy oso-

- bowościowe pacjenta jak otwarta postawa i chęć do rozmowy.
9. Studenci nie czują się odpowiednio przygotowani do rozmowy z pacjentem, a swoje kompetencje w tym zakresie oceniają jako niewystarczające.
 10. W opinii badanych ilość zajęć poświęcanych problemowi komunikacji z pacjentem jest zbyt mała.
 11. Studenci nie podejmują samodzielnie działań, aby poprawić komunikację z pacjentami.
 12. U badanych dominuje typ komunikacji konwencjonalnej.
 13. Respondenci w większości prezentują pozytywną postawę wobec chęci nauki umiejętności komunikacyjnych.

MATERIAŁ I METODY BADAŃ

Na prowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku - APK.002.514.2025.

Badanie było realizowane metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem:

- anonimowej ankiety autorstwa własnego
- Kwestionariusza umiejętności komunikacyjnych (REK)
- Kwestionariusza postawy wobec nauki umiejętności komunikacyjnych

Badaniem objęto 100 studentów kierunku Fizjoterapia Wydział Nauk o Zdrowiu UMB.

Zebrane informacje zostały uogólnione i wykorzystane wyłącznie w celach badawczych z zachowaniem poufności, zgodnie z Ustawą z dn. 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2018 poz.1000). Wzięcie udziału w badaniu ankietowym było równoznaczne z wypełnieniem ankiety. Respondenci mieli prawo zrezygnować z udziału w badaniu, bez podawania przyczyny, na każdym jego etapie.

Opis narzędzi badawczych

- **Autorski kwestionariusz ankiety – 17 pytań**
- **Kwestionariusz umiejętności komunikacyjnych (REK) - opracowany przez Sylwiusza Retowskiego**

Kwestionariusz opiera się na teorii prezentującej koncepcję różnicujących się logik konstruowania komunikatów. Nazwa pochodzi od pierwszych liter typów komunikacyjnych określanych w skali tj. retorycznego, ekspresywnego oraz konwencjonalnego. Kwestionariusz składa się z 26. stwierdzeń wobec których badani ustosunkowują się poprzez wskazanie jednej z 5. możliwych opcji odpowiedzi opartych na skali Likerta – od 1 (zdecydowanie się nie zgadzam) do 5 (zdecydowanie się zgadzam) [45].

Kwestionariusz pozwala na wyodrębnienie trzech grup różniących się osobistymi teoriami na temat własnej komunikacji, wyszczególnione przez autora kwestionariusza na 3 podskale:

- komunikacji retorycznej: 3, 12, 14, 18, 21, 23, 26 (7 stwierdzeń, wyniki surowe: 7-35).

- komunikacji ekspresywnej: 1, 4, 6, 8, 10, 13, 16, 19, 24 (9 stwierdzeń, wyniki surowe: 9-45).
- komunikacji konwencjonalnej: 2, 5, 7, 9, 11, 15, 17, 20, 22, 25 (10 stwierdzeń, wyniki surowe: 10-50).

Po wypełnieniu kwestionariusza wyniki surowe były wpisywane dla każdej z trzech podskal. Następnie przeliczono je na steny (skale standardowe) według zasad opisanych przez autora. Najwyższy wynik z trzech podskal interpretuje się jako dominujący styl umiejętności komunikacyjnych u danej osoby. Pojawienie się takich samych wyników z dwóch podskal u jednej osoby oznacza, że dominują u niej dwa style umiejętności komunikacyjnych. Dodatkowe informacje można także wyciągnąć z wysokości wyniku stenowego dla poszczególnej podskali. Każda osoba badana uzyskuje wyniki dla trzech podskal przeliczone na skale stenowe (skala od 1 do 10), przy czym wyniki:

- z przedziału 5-6 sten traktuje się jako przeciętne,
- 7-10 sten jako wysokie,
- 1-4 jako niskie [45].

- **Skala postaw wobec nauki umiejętności komunikacyjnych**

Ankieta udostępniona prof. Krajewskiej-Kułak przez Prof. Mariusza Panczyka

Polska wersja Skali postaw wobec umiejętności komunikacyjnych (ang. *Communication Skills Attitude Scale - CSAS*) [46] składa się z 26 pytań. Wynik dla podskal należy obliczyć poprzez zsumowanie punktacji:

- PAS (pozytywna postawa) - Im wyższy wynik pomiaru, tym bardziej pozytywna postawa wobec nauki umiejętności komunikacyjnych.
- NAS (negatywna postawa) - Im wyższy wynik pomiaru, tym bardziej negatywna postawa wobec nauki umiejętności komunikacyjnych

W celu obliczenia wyników dla całej skali CSAS, odpowiedzi dla stwierdzeń z podskali NAS należy rekodować. Im wyższy wynik pomiaru w podskali PAS, tym bardziej pozytywna postawa wobec nauki umiejętności komunikacyjnych [46].

Analiza statystyczna

Zebrany materiał badawczy poddano analizie statystycznej. Dane uzyskane z ankiety własnej, Kwestionariusza Umiejętności Komunikacyjnych (REK) oraz Kwestionariusza

postaw wobec nauki umiejętności komunikacyjnych zostały opracowane przy użyciu programu Microsoft Exel i Statistica.

W przypadku pytań jednokrotnego wyboru obliczono liczebność odpowiedzi (n) oraz ich udział w procentach (%). W pytaniach wielokrotnego wyboru analizowano częstość wskazań poszczególnych odpowiedzi poszczególnych odpowiedzi.

Wyniki Kwestionariusza Umiejętności Komunikacyjnych (REK) oraz Kwestionariusza Postaw wobec nauki umiejętności Komunikacyjnych opracowano zgodnie z zasadami interpretacji narzędzi badawczych.

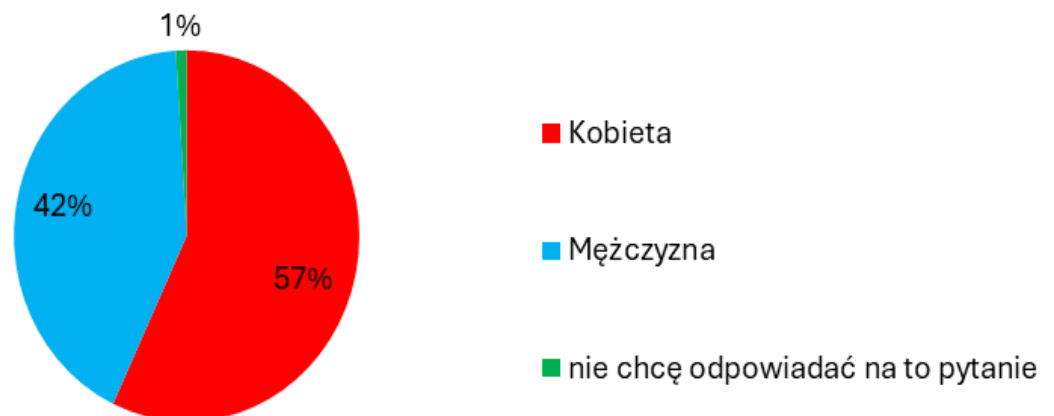
Uzyskane dane przedstawiono w postaci tabel, wykresów, rycin i opisów statystycznych.

Charakterystyka grupy badanej

Badanie przeprowadzono wśród 100 (N=100) studentów fizjoterapii UMB. W analizie uwzględniono zmienne, takie jak: płeć, wiek oraz rok studiów.

Tabela 1. Struktura badanych według płci.

Płeć	Liczba (n)	Procent %
Kobiety	57	57
Mężczyźni	42	42
Nie chcę odpowiadać na to pytanie	1	1



Rycina 1. Procentowy udział płci wśród badanych.

W badaniu dominowały kobiety (57%), natomiast mężczyźni stanowili 42% respondentów. Niewielki odsetek (1%) nie udzielił odpowiedzi na to pytanie.

Tabela 2. Struktura badanych według roku studiów

Rok studiów	Liczba (n)	Procent (%)
I rok	16	16
II rok	18	18
III rok	20	20
IV rok	20	20
V rok	26	26

W badaniu wzięli udział studenci wszystkich lat studiów kierunku Fizjoterapia, studiujących na Wydziale Nauk o Zdrowiu UMB. Najliczniejszą grupę stanowili studenci V roku (26%), natomiast najmniej liczną – I roku (16%).

Tabela 3. Charakterystyka wieku badanych.

Zmienna	Kategoria	Wartość
Wiek (aktualny wiek)	M (średnia)	21,73
	SD (odchylenie standardowe)	1,56
	Min-Max	19 – 25

Średni wiek badanych wynosił 21,73 roku (SD=1,56). Najmłodsza osoba miała 19 lat, zaś najstarsza 25 lat.

WYNIKI BADAŃ

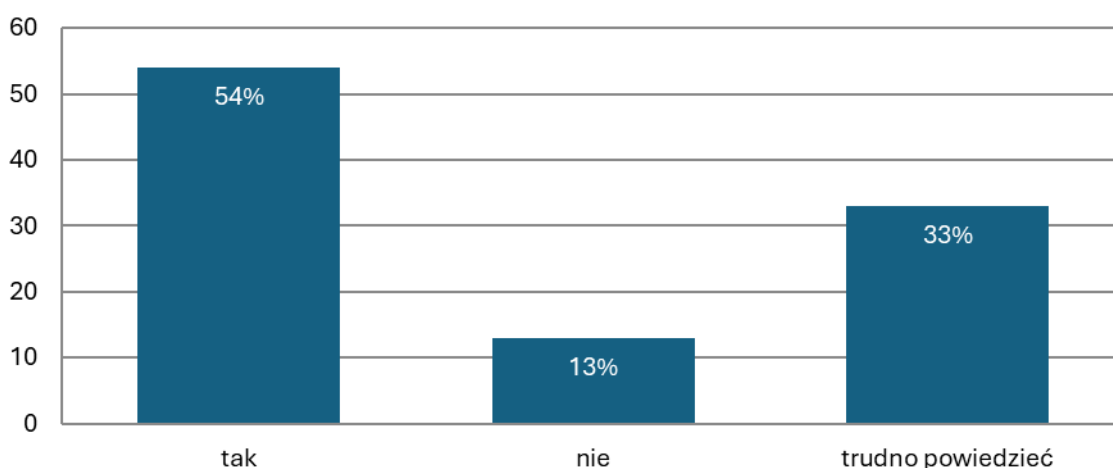
Opinie studentów dotyczące komunikacji z pacjentem

Komunikacja z pacjentem stanowi istotny element pracy fizjoterapeuty i wpływa na jakość relacji terapeutycznej oraz skuteczność procesu leczenia.

W tym podrozdziale przedstawiono opinie studentów dotyczące czasu poświęcanego pacjentowi przez fizjoterapeutów, własnych kompetencji komunikacyjnych, poziomu przygotowania do rozmowy oraz występowania trudności komunikacyjnych. Analizie poddano również wpływ rodzaju choroby pacjenta na sposób komunikacji.

Analizując wyniki dla całej grupy, można zauważyć, że ponad połowa respondentów (54%) oceniała ilość poświęcanego czasu jako wystarczającą. Co trzeci badany (33%) nie potrafił jednoznacznie odnieść się do tego zagadnienia, natomiast jedynie 13% ankietowanych oceniło ten aspekt negatywnie. Najbardziej pozytywne opinie odnotowano wśród studentów lat wyższych. Na IV roku aż 80% respondentów odpowiedziało twierdząco, a na V roku odsetek ten był na zbliżonym poziomie i wyniósł 73,08%. Zupełnie inne tendencje zauważalne są na początku ścieżki edukacyjnej. Studenci I roku wykazywali największą niepewność – aż 62,5%. Wyniki obrazują Rycina 2 i Tabela 4

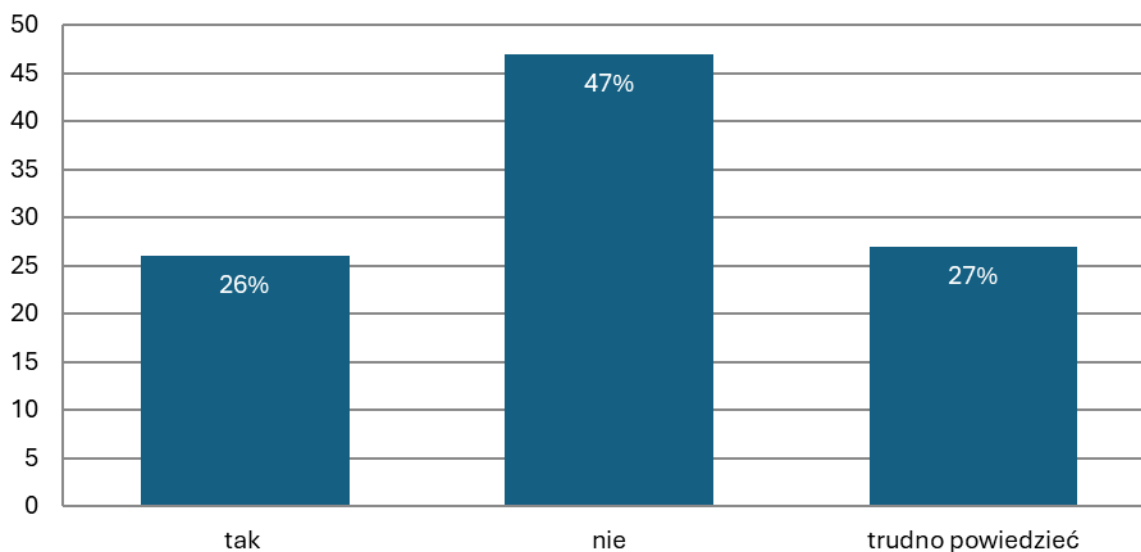
Analiza uzyskanych wyników wskazywała na możliwość występowania problemów komunikacyjnych w relacji z pacjentem. Blisko połowa respondentów (47%) udzieliła odpowiedzi przeczącej. Jedynie co czwarty badany (26%) był przekonany o braku trudności w tym obszarze, wybierając odpowiedź „tak”. Wyniki obrazuje Rycina 3.



Rycina 2. Opinie badanych na temat poświęcania wystarczającej ilości czasu na rozmowę z pacjentem i wysłuchanie ich potrzeb, oczekiwań.

Tabela 4. Opinia badanych studentów na temat ilości czasu poświęcanego przez fizjoterapeutów na rozmowę z pacjentem a rok studentów respondentów

Rok studiów	Czy uważa Pani/Pan iż fizjoterapeuci poświęcają wystarczającą ilość czasu na rozmowę z pacjentem i wysłuchanie ich potrzeb, oczekiwań?			Wiersz Razem
	trudno powiedzieć	tak	nie	
II	8	1	9	18
% wiersza	44,44%	5,56%	50,00%	
IV	2	16	2	20
% wiersza	10,00%	80,00%	10,00%	
III	8	12	0	20
% wiersza	40,00%	60,00%	0,00%	
V	5	19	2	26
% wiersza	19,23%	73,08%	7,69%	
I	10	6	0	16
% wiersza	62,50%	37,50%	0,00%	
Ogół	33	54	13	100



Rycina 3. Możliwość wystąpienia problemów komunikacyjnych z pacjentem.

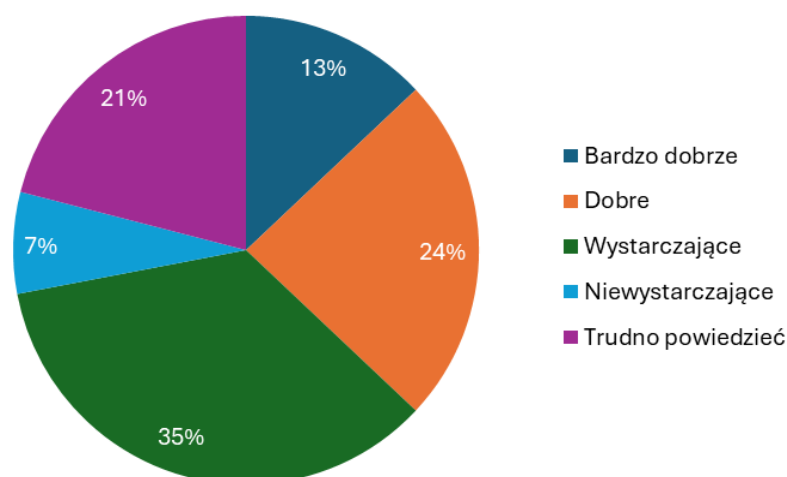
Wyniki wskazują na zróżnicowane poczucie gotowości studentów do rozmowy z pacjentem. Największa grupa respondentów (59%) wybrała odpowiedź „czasami”, co sugeruje, że studenci nie mają stałego poczucia pewności w kontaktach z pacjentami, a ich gotowość ma charakter sytuacyjny. Wyniki obrazuje Tabela 5.

Uzyskane wyniki sugerują, że dominującą postawą wśród studentów była niepełna lub zmienna gotowość do komunikacji z pacjentem, co może wskazywać na potrzebę dalszego wzmacniania kompetencji komunikacyjnych w procesie kształcenia.

Tabela 5. Opinie studentów w kwestii gotowości do rozmowy z pacjentem.

Odpowiedzi:	Liczba odpowiedzi:	Procenty:
tak	13	13%
nie	7	7%
czasami	59	59%
trudno powiedzieć	21	21%

Największa grupa respondentów (35%) oceniła swoje kompetencje komunikacyjne jako wystarczające, 24% wskazało poziom dobry, 13% - bardzo dobry, a 7% oceniło swoje kompetencje jako niewystarczające. Problem z jednoznaczną deklaracją miała 21% osób. Wyniki obrazuje Rycina 4.

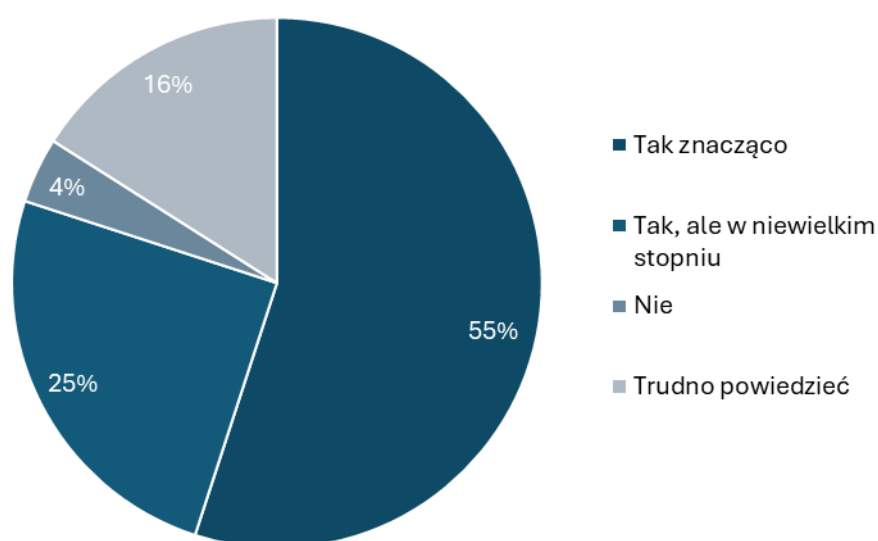
**Rycina 4.** Samoocena kompetencji komunikacyjnych studentów fizjoterapii.

Analiza statystyczna wykazała, pomiędzy poczuciem przygotowania do rozmowy a samooceną kompetencji komunikacyjnych badanych, dodatnią korelację, ale o słabej sile ($R = 0,22$; $p = 0,028$). Oznacza to, że wraz ze wzrostem poczucia przygotowania do rozmowy z pacjentem, u badanych studentów rosła także samoocena ich kompetencji komunikacyjnych. Wyniki obrazuje Tabela 6.

Ponad połowa badanych (55%) uznała, że komunikacja z pacjentem różni się znacząco w zależności od rodzaju choroby. 25 badanych osób (25%) uważało, że różnice te występują, ale w niewielkim stopniu, natomiast 4 osoby (4%) nie dostrzegało takich różnic. Problem z jednoznaczną deklaracją miało 16 osób (16%). Wyniki obrazuje Rycina 5.

Tabela 6. Współczynnik korelacji rang Spearmana między poczuciem przygotowania do rozmowy a samooceną kompetencji komunikacyjnych badanych

Para zmiennych	Korelacja porządku rang Spearmana BD usuwane parami Oznaczone wsp. Korelacji są istotne z $p < ,05000$			
	N ważnych	R Spearman	T(N-2)	p
Czy czuje się Pani/Pan odpowiednio przygotowana do rozmowy z pacjentem vs. Jak ocenia Pani/Pan swoje kompetencje w zakresie komunikacji z pacjentami?	100	0,219180	2,223840	0,028455



Rycina 5. Różnica w komunikacji z pacjentem w zależności od rodzaju choroby.

Większość respondentów (78%) uważała, że na studiach poświęca się zbyt mało miejsca komunikacji z pacjentem. Natomiast 5% badanych nie zgadzało się z tym stwierdzeniem, a 17% nie potrafiło wyrazić w tej kwestii jednoznacznej opinii. Wyniki obrazuje Tabela 7.

Tabela 7. Opinie studentów w kwestii miejsca poświęcanemu problemowi komunikacji z pacjentem na studiach.

Odpowiedzi:	Liczba odpowiedzi	Procenty:
tak	78	78
nie	5	5
trudno powiedzieć	17	17

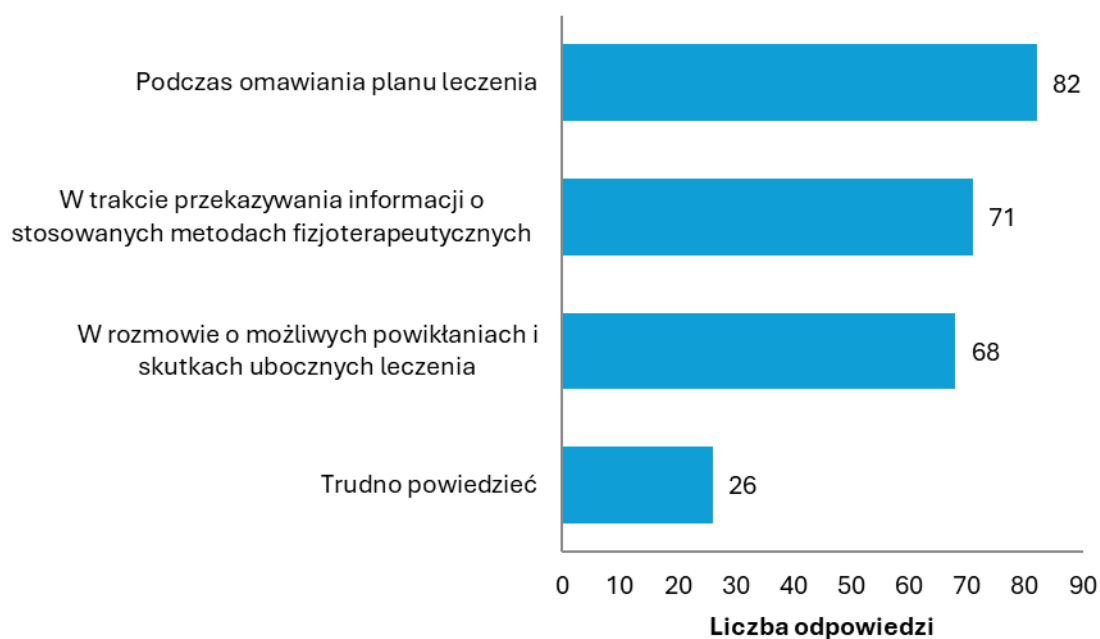
Bariery i trudności w komunikacji z pacjentem

Komunikacja z pacjentami może być utrudniona przez wiele czynników związanych zarówno z zachowaniem i cechami pacjenta, jak i sytuacją kliniczną.

Przedstawione zostały opinie studentów dotyczące najczęściej występujących trudności komunikacyjnych podczas zabiegów fizjoterapeutycznych, sytuacji powodujących największe bariery w kontakcie z pacjentem oraz zachowań pacjentów utrudniających komunikację.

Analizie poddano również cechy osobowościowe pacjentów, które zdaniem respondentów mają największy wpływ na jakość komunikacji.

Ankietowani najczęściej uznali, że największe trudności komunikacyjne mogą pojawić się podczas omawiania planu leczenia (82 odpowiedzi – 82%). Nieco rzadziej wskazywali przekazywanie informacji o stosowanych metodach fizjoterapeutycznych (71 wskazań -71%) oraz rozmowę o możliwych powikłaniach i skutkach ubocznych leczenia (68). Najmniej osób nie potrafiło jednoznacznie określić takiej sytuacji (26 wskazań – 26%). Wyniki obrazuje Rycina 6.



Rycina 6. Sytuacje sprawiające największe trudności komunikacyjne z pacjentem skierowanym na zabiegi fizjoterapeutyczne.

Najczęściej wskazywanym zachowaniem pacjenta utrudniającym komunikację była sytuacja, w której pacjent nie wiedział, o co zapytać (75 wskazań – 75%). Niewiele rzadziej respondenci zwracali uwagę na niechęć do rozmowy (73 wskazań -73%) oraz poruszanie

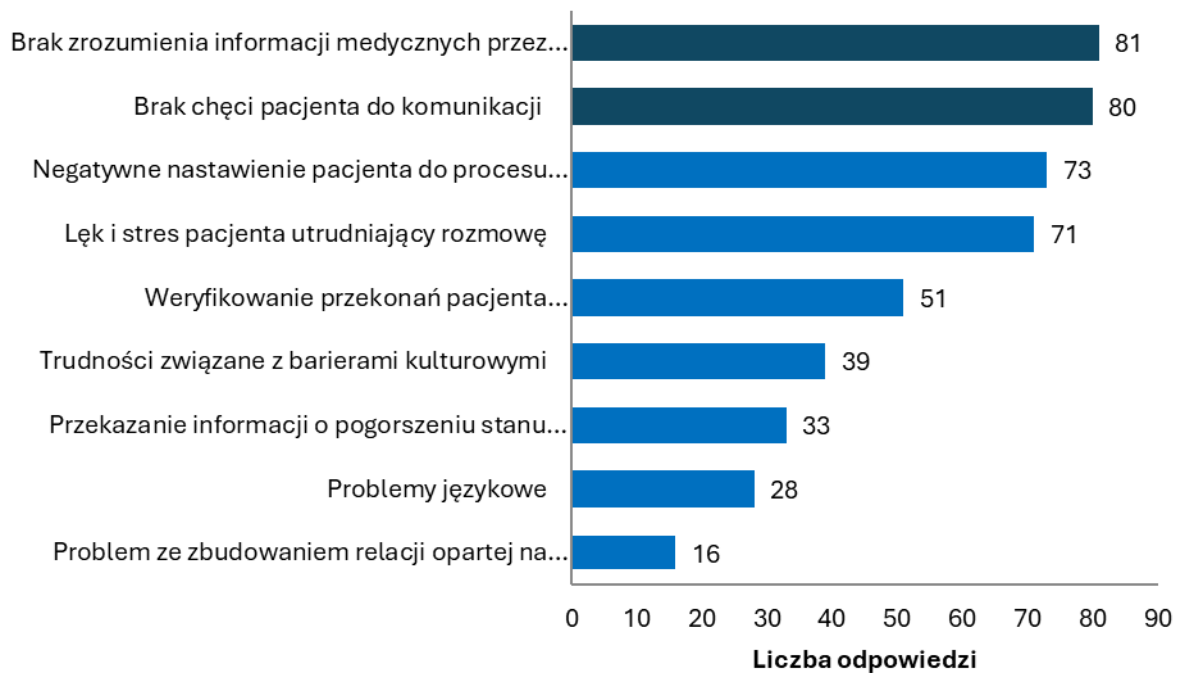
podczas wizyty tematów niezwiązanych ze zdrowieniem (72 wskazań -72%). Istotnym utrudnieniem była także wrogość pacjenta wobec życia i personelu (65 wskazań – 65%) oraz brak koncentracji na rozmowie spowodowany silnymi emocjami (48 wskazań – 48%). Najmniej ankietowanych miało trudność z jednoznacznym określeniem takich zachowań (6 wskazań -6%). Wyniki obrazuje Rycina 7.



Rycina 7. Zachowania pacjentów utrudniające komunikację z fizjoterapeutą.

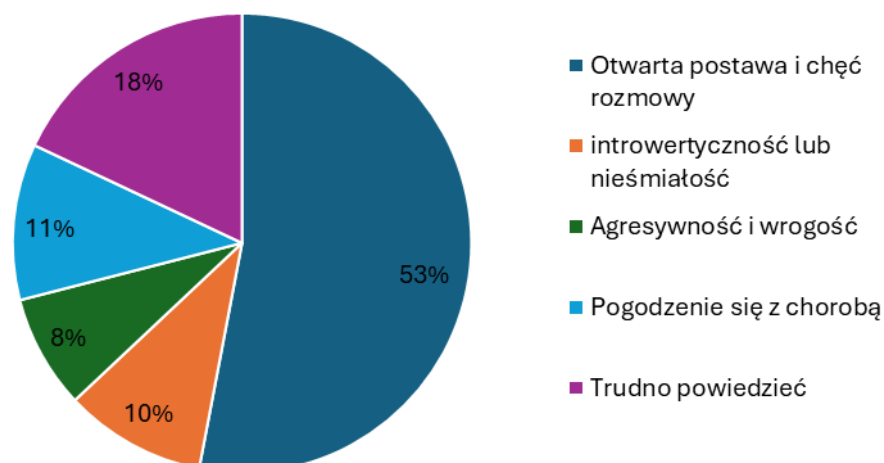
W kontekście najczęstszych trudności komunikacyjnych w kontakcie z pacjentem podczas zabiegów fizjoterapeutycznych, największy odsetek respondentów wskazał na brak zrozumienia informacji medycznych przez pacjenta (81 wskazań -81%) oraz brak chęci pacjenta do komunikacji (80 wskazań -80%). Często zgłaszanym problemem było również negatywne nastawienie pacjenta do procesu terapeutycznego (73 wskazań -73%). Mniejsza liczba badanych wskazała problemy związane z przekazywaniem informacji o pogorszeniu stanu zdrowia lub niepomyślnym rokowaniu (33 wskazania -33%), problemy językowe (28 wskazań -28%) oraz trudności w budowaniu relacji opartej na empatii z pacjentem i/lub jego opiekunem (16 wskazań -16%). Wyniki obrazuje Rycina 8.

Uzyskane wyniki wskazują, że najistotniejsze trudności komunikacyjne w pracy fizjoterapeuty dotyczyły ograniczonego zaangażowania pacjentów w proces komunikacji oraz niewystarczającego rozumienia przekazywanych informacji medycznych.



Rycina 8. Najczęstsze trudności komunikacyjne w kontakcie z pacjentem podczas zabiegów fizjoterapeutycznych.

Najczęściej wskazywaną cechą osobowości pacjenta wpływającą na jakość komunikacji była otwarta postawa i chęć rozmowy (53 odpowiedzi - 53%). Znacznie rzadziej respondenci wskazywali pogodzenie się z chorobą (11 odpowiedzi – 11%), introwertyczność lub nieśmiałość (10 odpowiedzi – 10%) oraz agresywność i wrogość (8 odpowiedzi – 8%). Część badanych nie potrafiła jednoznacznie określić cech osobowości mających wpływ na komunikację (18 wskazań – 18%). Wyniki obrazuje Rycina 9.



Rycina 9. Cechy osobowości pacjenta wpływające na komunikację.

Strategie i sposoby poprawy komunikacji

W tym podrozdziale przedstawiono wyniki dotyczące strategii oraz sposobów poprawy komunikacji z pacjentem w pracy fizjoterapeuty.

Analizie poddano zarówno subiektywną ocenę cech warunkujących skuteczną komunikację, jak i możliwe strategie stosowane w celu przełamania barier komunikacyjnych w kontakcie z pacjentem.

Dodatkowo uwzględniono działania podejmowane przez respondentów w praktyce zawodowej w celu usprawnienia procesu komunikacji.

W dalszej części oceniono również dostępność narzędzi wspierających komunikację w toku kształcenia akademickiego oraz zakres realizowanych zajęć poświęconych tej tematyce.

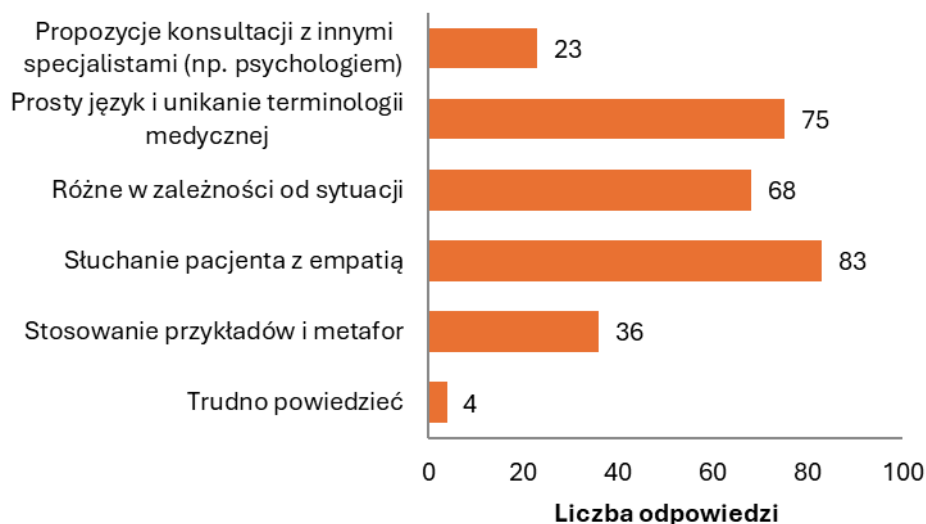
W kontekście cech opisujących skuteczną komunikację z pacjentem, najczęściej wskazywano komunikację partnerską, zaangażowaną i ukierunkowaną na wspólny cel – 66 osób (66% ankietowanych), następnie komunikację uproszczoną i motywującą – 25 osób (25%), natomiast najrzadziej model oparty na kierowniczej roli fizjoterapeuty – 9 osób (9%). Wyniki obrazuje Rycina 10.



Rycina 10. Cechy najlepiej opisujące skuteczną komunikację z pacjentem.

Najczęściej wskazywaną strategią przełamania barier komunikacyjnych z pacjentami było słuchanie pacjenta z empatią (83 wskazania -83%). Wysoka liczba wskazań dotyczyła także stosowania prostego języka i unikania terminologii medycznej (75 wskazań – 75%) oraz dobór strategii w zależności od sytuacji (68 wskazań -68%). Rzadziej respondenci

wskazywali stosowanie przykładów i metafor (36 wskazań - 36%) oraz proponowanie konsultacji z innymi specjalistami (23 wskazań - 23%). Najmniejsza liczba badanych nie potrafiła jednoznacznie określić stosowanych strategii (4 wskazania – 4%). Wyniki obrazuje Rycina 11.



Rycina 11. Strategie przełamywania barier komunikacyjnych z pacjentami.

Znacząca część badanych deklarowała brak podejmowania działań w zakresie poprawy komunikacji (43 wskazania – 43%). Wśród respondentów, którzy podejmowali jakieś działania najczęściej w tym celu czytali literaturę fachową (31 wskazań - 31%) lub udział w grupach wsparcia zawodowego (18 wskazań - 18%). Najmniej było odpowiedzi o braniu udziału w szkoleniach z komunikacji interpersonalnej. Wyniki obrazuje Rycina 12.



Rycina 12. Działania podejmowane przez studentów w celu poprawy komunikacji.

Największa liczba respondentów- 50% (50 osób) - nie wiedziała, czy na UMB dostępne są narzędzia wspierające komunikację z pacjentem. Pozostali badani wskazywali, że narzędzia są dostępne, ale w niewystarczającej ilości – 22% (22 odpowiedzi), że brak jest takich narzędzi – 18% (18 odpowiedzi), a najmniej osób oceniło ich dostępność jako w pełni wystarczającą – 10% (10 odpowiedzi). Wyniki obrazuje Tabela 8.

Tabela 8. Ocena dostępności narzędzi wspierających komunikację z pacjentem ma uczelni.

Odpowiedzi	Liczba odpowiedzi	Procenty
Tak, w pełni wystarczające	10	10
Tak, ale jest ich za mało	22	22
Nie	18	18
Nie mam zdania	50	50

Największa część respondentów nie potrafiła jednoznacznie określić, czy w toku studiów realizowane były zajęcia dotyczące komunikacji z pacjentem (60 osób - 60%). Pozostałe odpowiedzi wskazywały na brak takich zajęć (28 osób -28%), natomiast najmniejszy odsetek badanych potwierdził ich obecność w programie studiów (12 osób - 12%). Wyniki obrazuje Tabela 9.

Tabela 9. Zajęcia poświęcone problemowi komunikacji z pacjentem w toku studiów.

Odpowiedzi	Liczba odpowiedzi	Procenty
Tak	12	12
Nie	28	28
Trudno powiedzieć	60	60

Ocena umiejętności komunikacyjnych – Kwestionariusz REK

Zestawienie statystyk danych z kwestionariusza REK wskazuje na zróżnicowany poziom kompetencji komunikacyjnych w badanej grupie (N= 100). Najwyższe średnie wyniki odnotowano w pytaniu 1 – Zwykle mówię, co myślę i 6 – uważam, że w każdej sytuacji należy być szczerym do bólu (P1: M=4,25; P6: M=4,01) oraz silnego przywiązania

do norm społecznych (P15: $M=4,88$), co przy wysokich wartościach mediany ($P15= 5,00$) świadczy o dużej spójności grupy w zakresie dezaprobaty dla zachowań niestosownych. Z kolei najniższe wartości średnich zaobserwowano w pytaniach dotyczących komunikacji w sytuacjach trudnych i konfliktowych. Wynik pytania 26 - Większość ludzi, z którymi pracuję wie, że nawet podczas kłótni staram się uwzględnić punkt widzenia drugiej osoby ($M=2,76$) sugeruje powszechny problem z przyjmowaniem perspektywy rozmówcy podczas kłótni. Podobnie niskie oceny własne w zakresie kontroli formy wypowiedzi (P7: $M=2,87$) wskazują, że badani wyżej cenią autentyczność przekazu niż dbałość o jego stronę etykietalną. Wartość odchylenia standardowego oraz rozstępu międzykwartylowego (np. dla P11 i P14) ujawniły istotne zróżnicowanie wewnątrzgrupowe w podejściu do reguł dobrego wychowania oraz otwartości na trudne tematy, co pozwala podzielić badanych na osoby o skrajnie różnych postawach komunikacyjnych w tych obszarach. Wyniki obrazuje Tabela 10 i tabela 11.

Tabela 10. Rozkład odpowiedzi respondentów Kwestionariusza REK

Odpowiedzi Pytanie	1 zdecydowanie się nie zgadzam	2 raczej się nie zgadzam	3 trudno powiedzieć	4 raczej się zgadzam	5 zdecydowanie się zgadzam
1. Zwykle mówię, co myślę	9%	10%	10%	59%	12%
2. Są pewne reguły, które określają, co komu można powiedzieć	4%	12%	5%	60%	19%
3. Potrafię rozmawiać z innymi ludźmi nawet w sytuacjach bardzo emocjonalnych	7%	7%	24%	54%	8%
4. Człowiek powinien mówić innym ludziom to, co czuje	5%	6%	12%	53%	24%
5. Zwykle kontroluję u siebie to, w jaki sposób rozmawiam z innymi ludźmi	4%	5%	6%	66%	19%
6. Uważam, że w każdej sytuacji należy być szczerym do bólu	11%	16%	6%	50%	17%
7. Uważam, że nawet w prywatnych rozmowach należy zwracać	6%	6%	18%	60%	10%

uwagę na formę tego, co się mówi					
8. Nie ufam ludziom, którzy nie mówią, co myślą	2%	20%	17%	52%	9%
9. Nie przepadam za ludźmi, którzy w czasie codziennych rozmów łatwo łamią zasady dobrego wychowania	2%	8%	13%	60%	17%
10. Często zdarza mi się powiedzieć trochę za dużo	7%	13%	39%	32%	9%
11. W codziennych rozmowach z ludźmi staram się po prostu trzymać reguł dobrego wychowania	-	10%	10%	57%	23%
12. W kontaktach z ludźmi jestem osobą skuteczną, która potrafi sobie poradzić nawet z bardzo trudnym klientem	5%	9%	22%	56%	8%
13. Nie lubię ukrywać swoich uczuć	4%	18%	20%	46%	12%
14. Moi koledzy/koleżanki z pracy wiedzą, że można ze mną rozmawiać nawet na tematy najtrudniejsze	6%	3%	26%	44%	21%
15. Nie lubię ludzi, którym zdarza się często zachowywać niestosownie	4%	6%	20%	60%	10%
16. W życiu codziennym zwykle nie przejmuję się i mówię o tym, co naprawdę czuję	6%	21%	13%	51%	9%
17. Unikam kontaktów z ludźmi, którzy nie potrafią się dostosować do zasad dobrego wychowania	7%	9%	23%	54%	7%
18. Wiem, że w rozmowie umiem się dostosować do każdego rozmówcy	2%	12%	12%	65%	9%

19. Niektórzy ludzie uważają, że w kontaktach jestem zbyt bezpośredni	11%	23%	27%	28%	11%
20. Na co dzień staram się być uprzejmy(a) dla każdego, kogo spotkam	4%	4%	7%	46%	39%
21. Wiele osób uważa, że dobrze potrafię rozwiązywać konflikty międzyludzkie	1%	15%	33%	38%	13%
22. Bardzo rzadko w rozmowach z ludźmi mówię coś nie na miejscu	4%	13%	22%	42%	19%
23. Nawet w sprawach bardzo poważnych potrafię dojść do porozumienia z każdym człowiekiem	-	7%	18%	67%	8%
24. Jeśli kogoś nie lubię, to w rozmowie daję mu to łatwo odczuć	15%	23%	25%	33%	4%
25. Osobiście nawet w konfliktowych sytuacjach staram się zachować zgodnie z regułami dobrego wychowania	1%	9%	5%	66%	19%
26. Większość ludzi, z którymi pracuję wie, że nawet podczas kłótni staram się uwzględnić punkt widzenia drugiej osoby	1%	8%	45%	41%	5%

Analiza danych wykazała, że najwyższy średni wynik uzyskano w podskali komunikacji konwencjonalnej, co oznacza, że badani studenci przywiązywali dużą wagę do przestrzegania zasad komunikacji interpersonalnej, norm społecznych oraz odpowiedniego sposobu prowadzenia rozmowy. Nieco niższe wyniki uzyskano w zakresie komunikacji ekspresywnej oraz retorycznej, co sugeruje, że respondenci wykazywali umiarkowaną tendencję do otwartego wyrażania emocji i opinii oraz dostosowywania sposobu komunikacji do rozmówcy. Na podstawie uzyskanych danych można stwierdzić, że dominującym stylem komunikacji w badanej grupie była komunikacja konwencjonalna. Analiza rozkładu

procentowego po przeliczeniu wyników na skalę stenową potwierdza te tendencje. W podskali komunikacji konwencjonalnej aż 43% studentów uzyskało wyniki przeciętne, a 32% wyniki wysokie co dowodzi powszechności tego stylu. Wyniki obrazuje Tabela 12.

Tabela 11. Statystyki opisowe pytań z Kwestionariusza REK.

Pytanie	Nważnych	Średnia	Mediana	Moda	Suma	Minimum	Maksimum	Dolny Kwartyl.	Górny Kwartyl.	Odch.std
1	100	3,50	4,00	4,000000	350,00	1,00	5,00	3,00	4,00	1,12
2	100	3,77	4,00	4,000000	377,00	1,00	5,00	4,00	4,00	1,01
3	100	3,49	4,00	4,000000	349,00	1,00	5,00	3,00	4,00	0,99
4	100	3,85	4,00	4,000000	385,00	1,00	5,00	4,00	4,00	1,02
5	100	3,91	4,00	4,000000	391,00	1,00	5,00	4,00	4,00	0,90
6	100	3,46	4,00	4,000000	346,00	1,00	5,00	2,00	4,00	1,26
7	100	3,67	4,00	4,000000	367,00	1,00	5,00	3,00	4,00	0,94
8	100	3,46	4,00	4,000000	346,00	1,00	5,00	3,00	4,00	0,98
9	100	3,80	4,00	4,000000	380,00	1,00	5,00	4,00	4,00	0,90
10	100	3,23	3,00	3,000000	323,00	1,00	5,00	3,00	4,00	1,02
11	100	3,90	4,00	4,000000	390,00	2,00	5,00	4,00	4,00	0,88
12	100	3,54	4,00	4,000000	354,00	1,00	5,00	3,00	4,00	0,95
13	100	3,44	4,00	4,000000	344,00	1,00	5,00	3,00	4,00	1,05
14	100	3,71	4,00	4,000000	371,00	1,00	5,00	3,00	4,00	1,03
15	100	3,64	4,00	4,000000	364,00	1,00	5,00	3,00	4,00	0,88
16	100	3,36	4,00	4,000000	336,00	1,00	5,00	2,00	4,00	1,10
17	100	3,45	4,00	4,000000	345,00	1,00	5,00	3,00	4,00	1,00
18	100	3,67	4,00	4,000000	367,00	1,00	5,00	3,00	4,00	0,88
19	100	3,06	3,00	4,000000	306,00	1,00	5,00	2,00	4,00	1,19
20	100	4,13	4,00	4,000000	413,00	1,00	5,00	4,00	5,00	0,98
21	100	3,47	4,00	4,000000	347,00	1,00	5,00	3,00	4,00	0,94
22	100	3,59	4,00	4,000000	359,00	1,00	5,00	3,00	4,00	1,06
23	100	3,76	4,00	4,000000	376,00	2,00	5,00	3,50	4,00	0,70
24	100	2,89	3,00	4,000000	289,00	1,00	5,00	2,00	4,00	1,15
25	100	3,93	4,00	4,000000	393,00	1,00	5,00	4,00	4,00	0,83
26	100	3,41	3,00	3,000000	341,00	1,00	5,00	3,00	4,00	0,75

Tabela 12. Charakterystyka wyników w poszczególnych podskalach komunikacji.

Podskala	Numery pytań	Zakres wyników	Średni wynik surowy	Odsetek osób/wyniki
Komunikacja retoryczna	3, 12, 14, 18, 21, 23, 26	7-35	25,10	niskie: 31% przeciętne: 37% wysokie: 32%
Komunikacja ekspresywna	1, 4, 6, 8, 10, 13, 16, 19, 24	9-45	30,55	niskie: 31% przeciętne: 39% wysokie: 30%
Komunikacja konwencjonalna	2, 5, 7, 9, 11, 15, 17, 20, 22, 25	10-50	36,73	niskie: 25% przeciętne: 43% wysokie: 32%

Postawy wobec nauki umiejętności komunikacyjnych

Analiza wyników wykazała przewagę pozytywnych postaw wobec rozwijania umiejętności komunikacyjnych.

Większość badanych studentów uznała, że dobre umiejętności komunikacyjne są niezbędne w pracy fizjoterapeuty/ fizjoterapeutki oraz wpływają na jakość relacji z pacjentem.

Badani w większości nie zgadzali się ze stwierdzeniami negującymi sens nauki komunikacji. Aż 45% badanych stanowczo nie zgodziło się ze stwierdzeniem „Nie widzę sensu uczenia się kompetencji komunikacyjnych”, natomiast 52% stanowczo nie zgodziło się ze stwierdzeniem, że „nauka umiejętności powinna dotyczyć wyłącznie studentów psychologii”. Wyniki obrazuje Tabela 13.

Tabela 13. Znaczenie umiejętności komunikacyjnych w opinii respondentów.

Pytanie:	Najczęstsza odpowiedź:	%
Aby być dobrą fizjoterapeutką/dobrym fizjoterapeutą, muszę posiadać dobre umiejętności komunikacyjne	Stanowczo się zgadzam	60
Nabywanie umiejętności komunikacyjnych pomogło lub pomoże mi szanować pacjentów	Stanowczo się zgadzam	52
Nabywanie umiejętności komunikacyjnych pomogło lub pomoże mi doskonalić umiejętności pracy zespołowej	Stanowczo się zgadzam	48
Uważam, że nauka umiejętności komunikacyjnych w trakcie nauki zawodu fizjoterapeutki/ fizjoterapeuty, jest bardzo pomocna/użyteczna	Stanowczo się zgadzam	46

Najwyższe wartości średnich uzyskano dla stwierdzeń odnoszących się do znaczenia komunikacji w pracy zawodowej oraz potrzeby rozwijania kompetencji interpersonalnych (umiejętności miękkie) równoległe z wiedzą specjalistyczną. Respondenci wysoko ocenili również znaczenie komunikacji w budowaniu właściwych relacji z pacjentem, pracy zespołowej oraz poszanowaniu praw pacjenta. Wysokie wyniki osiągnęły także stwierdzenia wskazujące, że kompetencje komunikacyjne stanowią umiejętność przydatną na całe życie.

W większości pytań mediana wynosiła 3 lub 4, co świadczy o przewadze odpowiedzi neutralnych i pozytywnych. Dominanta najczęściej przyjmowała wartości 3 lub 5, wskazując na częsty wybór odpowiedzi umiarkowanie pozytywnych oraz zdecydowanie pozytywnych.

Wartości odchylenia standardowego mieściły się głównie w przedziale od 0,76 do 1,35, co świadczy o umiarkowanym zróżnicowaniu opinii respondentów.

Największą zgodność odpowiedzi zaobserwowano na pytaniach dotyczących zainteresowania nauką umiejętności komunikacyjnych, natomiast większe rozbieżności dotyczyły stwierdzeń negujących znaczenie komunikacji w pracy zawodowej.

Uzyskane wyniki wskazują, że studenci fizjoterapii dostrzegają istotną rolę kompetencji komunikacyjnych w przyszłej pracy zawodowej oraz wykazują pozytywne nastawienie wobec rozwijania tych umiejętności podczas studiów. Wyniki obrazuje Tabela 14.

Tabela 14. Statystyki opisowe pytań z Kwestionariusza Postawy wobec nauki umiejętności komunikacyjnych.

Pytanie:	Nważnych	Średnia	Mediana	Moda	Liczność Mody	Suma	Minimum	Maksimum	Dolny Kwartyl	Górny Kwartyl	Odch. std
1	100	4,11	5,00	5,000000	60	411,00	1,00	5,00	3,00	5,00	1,25
2	100	2,14	2,00	1,000000	45	214,00	1,00	5,00	1,00	3,00	1,23
3	100	3,16	3,00	3,000000	62	316,00	1,00	5,00	3,00	3,00	0,88
4	100	3,92	4,00	5,000000	43	392,00	1,00	5,00	3,00	5,00	1,10
5	100	4,04	5,00	5,000000	52	404,00	1,00	5,00	3,00	5,00	1,12
6	100	2,97	3,00	3,000000	52	297,00	1,00	5,00	2,00	3,00	1,22
7	100	3,25	3,00	3,000000	67	325,00	1,00	5,00	3,00	4,00	0,76
8	100	3,25	3,00	3,000000	51	325,00	1,00	5,00	3,00	4,00	1,13
9	100	3,95	4,00	5,000000	48	395,00	1,00	5,00	3,00	5,00	1,11
10	100	3,49	3,00	3,000000	57	349,00	1,00	5,00	3,00	4,00	0,89
11	100	2,82	3,00	3,000000	54	282,00	1,00	5,00	2,00	3,00	1,21
12	100	3,20	3,00	3,000000	67	320,00	1,00	5,00	3,00	3,00	0,83
13	100	2,48	3,00	3,000000	48	248,00	1,00	5,00	1,00	3,00	1,13
14	100	3,76	4,00	3,000000	36	376,00	2,00	5,00	3,00	5,00	1,05
15	100	3,13	3,00	3,000000	38	313,00	1,00	5,00	2,00	4,00	1,34
16	100	3,97	4,00	5,000000	43	397,00	1,00	5,00	3,00	5,00	1,00
17	100	2,36	3,00	1,000000	40	236,00	1,00	5,00	1,00	3,00	1,29
18	100	2,44	3,00	Wielokr.	36	244,00	1,00	5,00	1,00	3,00	1,24
19	100	3,05	3,00	3,000000	39	305,00	1,00	5,00	2,00	4,00	1,35
20	100	2,42	3,00	3,000000	40	242,00	1,00	5,00	1,00	3,00	1,14
21	100	3,85	4,00	5,000000	46	385,00	1,00	5,00	3,00	5,00	1,22
22	100	3,46	3,00	3,000000	54	346,00	1,00	5,00	3,00	4,00	0,96
23	100	3,76	3,00	3,000000	45	376,00	1,00	5,00	3,00	5,00	1,05
24	100	2,41	3,00	1,000000	38	241,00	1,00	5,00	1,00	3,00	1,33
25	100	3,83	4,00	5,000000	46	383,00	1,00	5,00	3,00	5,00	1,25
26	100	1,95	1,00	1,000000	52	195,00	1,00	5,00	1,00	3,00	1,12

Analiza Skali postaw wobec umiejętności komunikacyjnych pozwoliła na obliczenie wartości:

- PAS (pozytywna postawa) – 47,55 pkt. (na 65 pkt. możliwych)
- NAS (negatywna postawa) – 35,58 pkt. (na 65 pkt. możliwych)
- CSAS - 89,97 pkt. (na 130 pkt. możliwych)

Uzyskane wyniki wskazują na przewagę pozytywnej postawy wobec nauki umiejętności komunikacyjnych. Wysoki wynik w podskali PAS świadczy o pozytywnym nastawieniu badanych do rozwijania kompetencji komunikacyjnych, natomiast wynik w podskali NAS wskazuje na obecność pewnych negatywnych postaw o mniejszym nasileniu. Wynik CSAS sugeruje ogólnie pozytywną postawę respondentów wobec nauki umiejętności komunikacyjnych.

WERYFIKACJA HIPOTEZ

- Większość badanych uznała, iż fizjoterapeuci poświęcają wystarczającą ilość czasu na rozmowę z pacjentem i wysłuchanie ich potrzeb, oczekiwań.**

Hipoteza potwierdzona

Większość ankietowanych (54%) oceniło że fizjoterapeuci poświęcają wystarczającą ilość czasu na rozmowę z pacjentem i wysłuchanie ich potrzeb.

- Respondenci uważali, że mają lub mogą mieć problemy komunikacyjne z pacjentem podczas zabiegów fizjoterapeutycznych.**

Hipoteza nie została potwierdzona

Większość ankietowanych (47%) udzieliła odpowiedzi przeczącej, co oznacza brak odczuwania lub przewidywania problemów komunikacyjnych.

Mniejszy odsetek badanych odpowiedział twierdząco lub miał problem z udzieleniem odpowiedzi (26% vs 27%).

- Zdaniem ankietowanych najczęstszą trudnością komunikacyjną w odniesieniu do pacjenta podczas zabiegów fizjoterapeutycznych jest lęk i stres pacjenta.**

Hipoteza nie została potwierdzona

Najczęściej wskazywaną trudnością był brak zrozumienia informacji medycznych przez pacjenta (81%) oraz brak chęci pacjenta do komunikacji (80%). Lęk i stres pacjenta wskazało 71%.

- W opinii badanych skuteczną komunikację z pacjentem podczas zabiegów fizjoterapeutycznych najlepiej określa rozmowa partnerska, zaangażowana, skoncentrowana na określeniu wspólnego celu.**

Hipoteza potwierdzona

Największy odsetek ankietowanych (66%) wskazał rozmowę partnerską, zaangażowaną oraz skoncentrowaną na wspólnym celu jako najbardziej skuteczny sposób komunikacji z pacjentem.

- 5. Według ankietowanych największe trudności w komunikacji z pacjentem skierowanym na zabiegi fizjoterapeutyczne mogą pojawić się w trakcie rozmowy o możliwych powikłaniach i skutkach ubocznych leczenia.**

Hipoteza nie została potwierdzona

W opinii badanych największe trudności w komunikacji z pacjentem (82%) występują podczas omawiania planu leczenia i w trakcie przekazywania informacji o metodach fizjoterapeutycznych (71%).

- 6. Zdaniem respondentów podczas zabiegów fizjoterapeutycznych najczęściej utrudnienia ze strony pacjentów wynikają z jego niechęci rozmowy.**

Hipoteza nie została potwierdzona

Najczęściej wskazywaną przyczyną utrudnień komunikacyjnych ze strony pacjentów była niewiedza o co zapytać (75%), a niechęć do rozmowy klasyfikowała się na drugim miejscu.

- 7. Fizjoterapeuta, w opinii ankietowanych, aby przełamać bariery komunikacyjne powinien posługiwać się prostym językiem, unikać terminologii medycznej i słuchać pacjenta z empatią.**

Hipoteza potwierdzona

Dwie najczęściej wskazywane strategie to słuchanie pacjenta z empatią (83%), używanie prostego języka i unikanie terminologii medycznej (75%).

- 8. Według badanych największy wpływ na jakość komunikacji mają takie cechy osobowościowe pacjenta jak otwarta postawa i chęć do rozmowy.**

Hipoteza potwierdzona

Wyniki wskazują na zróżnicowane poczucie gotowości studentów do rozmowy z pacjentem. Największa grupa respondentów (59%) wybrała odpowiedź „czasami”, co sugeruje, że studenci nie mają stałego poczucia pewności w kontaktach z pacjentami, a ich gotowość ma charakter sytuacyjny.

Uzyskane wyniki sugerują, że dominującą postawą wśród studentów była niepełna lub zmienna gotowość do komunikacji z pacjentem, co może wskazywać na potrzebę dalszego wzmocnienia kompetencji komunikacyjnych w procesie kształcenia.

9. Studenci nie czują się odpowiednio przygotowani do rozmowy z pacjentem, a swoje kompetencje w tym zakresie oceniają jako niewystarczające.

Hipoteza nie została potwierdzona

Jako niewystarczające swoje kompetencje komunikacyjne uznało tylko 7% badanych, a największa grupa respondentów (35%) oceniła je jako wystarczające. Za dobre uznało je 24%, a za bardzo dobre - 13%.

10. W opinii badanych ilość zajęć poświęcanych problemowi komunikacji z pacjentem jest zbyt mała.

Hipoteza potwierdzona

Większość respondentów (78%) uważała, że na studiach poświęca się zbyt mało miejsca komunikacji z pacjentem.

Jedynie 5% badanych nie zgadzało się z tym stwierdzeniem, a 17% nie potrafiło wyrazić w tej kwestii jednoznacznej opinii.

11. Studenci nie podejmują samodzielnie działań, aby poprawić komunikację z pacjentami.

Hipoteza nie potwierdzona

Znacząca część badanych deklarowała brak podejmowania działań w zakresie poprawy komunikacji (43%).

Wśród respondentów, którzy podejmowali jakieś działania najczęściej w tym celu czytali literaturę fachową (31%) lub udział w grupach wsparcia zawodowego (18%).

12. U badanych dominuje typ komunikacji konwencjonalnej.

Hipoteza potwierdzona

Na podstawie uzyskanych danych można stwierdzić, że dominującym stylem komunikacji w badanej grupie była komunikacja konwencjonalna (37,21 pkt.), w porównaniu do pozostałych rodzajów komunikacji.

Niższe wyniki uzyskano w zakresie komunikacji ekspresywnej oraz retorycznej, co sugeruje, że respondenci wykazywali umiarkowaną tendencję do otwartego wyrażania emocji i opinii oraz dostosowywania sposobu komunikacji do rozmówcy.

13. Respondenci w większości prezentują pozytywną postawę wobec chęci nauki umiejętności komunikacyjnych.

Hipoteza potwierdzona

Analiza wyników wykazała przewagę pozytywnych postaw respondentów wobec chęci nauki umiejętności komunikacyjnych:

- wysoki wynik w podskali PAS świadczy o pozytywnym nastawieniu badanych do rozwijania kompetencji komunikacyjnych,
- wynik w podskali NAS wskazuje na obecność pewnych negatywnych postaw o mniejszym nasileniu.
- wynik CSAS sugeruje ogólnie pozytywną postawę respondentów wobec nauki umiejętności komunikacyjnych.

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Komunikacja interpersonalna stanowi jeden z kluczowych elementów skutecznej praktyki fizjoterapeutycznej, wpływając zarówno na jakość relacji terapeutycznej, jak i efektywność procesu leczenia. Współczesne podejście do fizjoterapii coraz częściej podkreśla znaczenie modelu opieki skoncentrowanej na pacjencie, w którym komunikacja odgrywa rolę równorzędną z interwencjami klinicznymi. Jak wskazują wyniki badań przedstawionych w artykule „Getting in touch: Communication in physical therapy practise and the multiple functions of language”, komunikacja w fizjoterapii pełni wielowymiarowe funkcje, obejmujące m.in. funkcję informacyjną, relacyjną, edukacyjną i motywacyjną, co przekłada się na poziom zaangażowania pacjenta w proces terapeutyczny oraz jego efekty [47].

Wyniki niniejszego badania, wskazujące, że większość respondentów ocenia czas poświęcony przez fizjoterapeutów na rozmowę jako wystarczający, są częściowo zgodne z doniesieniami literatury. W pracy „*What Influences Patient-Therapist Interactions in Musculoskeletal Physical Therapy?*” wykazano, że jakość komunikacji oraz ilość poświęcanego czasu pacjentowi są silnie zróżnicowane w zależności od kontekstu klinicznego oraz organizacji pracy. Autorzy podkreślają, że choć wielu pacjentów pozytywnie ocenia kontakt z fizjoterapeutą i doświadcza relacji opartej na wysłuchaniu i zrozumieniu, to jednocześnie istotna grupa pacjentów wskazuje na ograniczenia czasowe podczas wizyt, co wpływa na ich niższą satysfakcję z komunikacji terapeutycznej [48].

Zagadnienia związane z trudnościami komunikacyjnymi w pracy fizjoterapeutycznej znajdują potwierdzenie w literaturze, która wskazuje na istotną rolę czynników emocjonalnych i poznawczych pacjenta w przebiegu komunikacji terapeutycznej. W badaniu „*Obstacles to effective communication between physical/ occupational therapists and patients in the Saudi Arabian context: a cross-sectional study*” autorzy wykazali, że do najczęstszych barier komunikacyjnych należą m. in. lęk i stres pacjenta, trudności w rozumieniu informacji medycznych oraz ograniczone zaangażowanie w proces komunikacji. Podkreślano również, że skuteczna komunikacja wymaga dostosowania sposobu przekazywania informacji do możliwości i stanu emocjonalnego pacjenta, co może ograniczać występowanie trudności w relacji terapeutycznej [49].

Częściowo jest to zgodne z wynikami badań własnych, gdzie lęk i stres pacjenta wskazało 71% badanych. Najczęściej jednak badani obecni studenci widzieli problem w braku zrozumienia informacji medycznych przez pacjenta (81%) oraz braku chęci pacjenta

do komunikacji (80%).

Znaczenie kompetencji komunikacyjnych w pracy fizjoterapeuty podkreślane jest w literaturze dotyczącej opieki medycznej. Czyżowska [50] w artykule „Komunikacja zorientowana na pacjenta – ważny element wysokiej jakości opieki” wskazuje, że skuteczna komunikacja stanowi jeden z kluczowych elementów procesu terapeutycznego i wpływa na jakość relacji między personelem medycznym a pacjentem. Autorka podkreśla, że odpowiednie umiejętności interpersonalne sprzyjają budowaniu zaufania, poprawiają współpracę z pacjentem oraz zwiększają efektywność podejmowanych działań terapeutycznych [50].

W kontekście uzyskanych wyników, studenci fizjoterapii w samoocenie w większości ankietowanych nie odczuwali lub nie przewidywali problemów komunikacyjnych, co może sugerować, że świadomość znaczenia komunikacji oraz przygotowanie teoretyczne przekładają się na pozytywną ocenę własnych kompetencji w tym zakresie. Niemniej jednak wskazali, że najczęściej trudnością komunikacyjną może być brak zrozumienia informacji medycznych przez pacjenta, brak chęci pacjenta do komunikacji, negatywne nastawienie pacjenta do procesu terapeutycznego oraz jego lęk i stres.

Relacja terapeutyczna w fizjoterapii jest uznawana za istotny element opieki skoncentrowanej na pacjencie oraz czynnik wpływający na zaangażowanie chorego w proces rehabilitacji. W literaturze [51] podkreśla się jej wielowymiarowy charakter, obejmujący aspekty informacyjne, emocjonalne i relacyjne, a także jej znaczenie dla jakości interakcji klinicznej. Jednocześnie wskazuje się na ograniczoną liczbę badań dotyczących specyfiki relacji terapeutycznej. Model komunikacji oparty na rozmowie partnerskiej, ukierunkowanej na wspólny cel, odpowiada podejściu opartemu na współpracy i wspólnym definiowaniu celów terapeutycznych, które w literaturze uznawane są za podstawę efektywnej relacji terapeutycznej [51].

W modelach komunikacji w fizjoterapii podkreśla się potrzebę dzielenia się informacjami i odpowiedzialnością oraz redukcji nierówności władzy między terapeutą a pacjentem, co sprzyja budowaniu tzw. „terapeutycznego przymierza” opartego na empatii, zaufaniu i szacunku. Istotnym elementem tak rozumianej partnerskiej relacji jest wspólne ustalanie celów i współdecydowanie o postępowaniu, w którym omawia się dostępne opcje, ich korzyści i ryzyka oraz odnosi je do wartości i preferencji pacjenta. Przeglądy wskazują, że udane współdecydowanie wymaga obustronnej, dwukierunkowej komunikacji, zaufania oraz gotowości do „dzielenia się władzą” w relacji terapeutycznej. Taki sposób

porozumiewania się sprzyja większemu zaangażowaniu pacjentów, lepszemu przestrzeganiu zaleceń, a także lepszym wynikom leczenia i wyższej satysfakcji z terapii [52,53,54,55].

Powyższe koreluje z wynikami własnymi, gdzie w kontekście cech opisujących skuteczną komunikację z pacjentem, najczęściej (66%) wskazywano komunikację partnerską, zaangażowaną i ukierunkowaną na wspólny cel, następnie komunikację uproszczoną i motywującą (25%), natomiast najrzadziej model oparty na kierowniczej roli fizjoterapeuty (9%).

Niewiedza, o co zapytać i niechęć do rozmowy jako najczęstsze przeszkody w komunikacji są zgodne z doniesieniami literaturowymi, w których podkreśla się, że trudności komunikacyjne wynikają z wielu nakładających się czynników. Przykładami takich czynników są osobowość i współpraca pacjenta, ograniczona kompetencja zdrowotna, język, błędne przekonania czy ból, a nie pojedynczy, dominujący powód [56,57,58,59,60].

Z uzyskanych danych w pracy własnej wynika więc, że niechęć do rozmowy (73% wskazań) nie stanowi jedyne ani kluczowe źródła utrudnień, a istotne znaczenie ma także problem niewiedzy pacjentów o co zapytać (75%), czy poruszanie podczas wizyty tematów niezwiązanych ze zdrowieniem (72%), wrogość pacjenta wobec życia i personelu (65%) oraz brak koncentracji na rozmowie spowodowany silnymi emocjami (48%).

Empatia jest uznawana za kluczową kompetencję podejścia skoncentrowanego na pacjencie jako osobie, nie tylko na chorobie, a komunikacja empatyczna wiąże się z lepszymi wynikami leczenia i lepszym doświadczeniem terapii [52]. Obecnie badani studenci zwrócili na powyższe uwagę, twierdząc, że w kontakcie z pacjentem podczas zabiegów fizjoterapeutycznych, jako trudność może pojawić problem z budowaniem relacji opartej na empatii z pacjentem i/lub jego opiekunem (16%).

Jednocześnie zalecenia dotyczące pracy z pacjentami o ograniczonej wiedzy zdrowotnej podkreślają konieczność stosowania krótkich zdań oraz unikania żargonu medycznego, gdyż złożona terminologia utrudnia zrozumienie przekazywanych informacji [58].

Koreluje to z wynikami badania własnego, gdzie studenci podkreślali znaczenie stosowania prostego języka i unikania terminologii medycznej (75%).

Standardy nauczania komunikacji w fizjoterapii również akcentują, że wysoka jakość kontaktu z pacjentem wiąże się z jasnym, zwięzłym językiem, pozbawionym żargonu, sprzyjającym budowaniu dobrego raportu z pacjentem [61].

Otwarta postawa pacjenta i jego chęć do rozmowy stanowią ważny czynnik wpływający na jakość komunikacji.

Uzyskane wyniki są zgodne z doniesieniami literaturowymi, w których podkreśla się, że jakość interakcji terapeutycznej zależy w dużej mierze od osobowości i zachowań pacjenta, a komunikacja kształtowana jest bardziej przez czynniki osobowe niż język czy kulturę [56].

W badaniach nad relacją terapeutyczną wskazuje się, że otwarta postawa zarówno fizjoterapeuty, jak i pacjenta, gotowość do słuchania oraz bycia otwartym na proponowane leczenie są warunkiem zbudowania efektywnej współpracy [51].

Z kolei przeglądy dotyczące osobowości podkreślają, że cechy takie jak otwartość na doświadczenie i ekstrawersja sprzyjają aktywnemu radzeniu sobie i lepszemu przestrzeganiu zaleceń, co wprost przekłada się na jakość komunikacji i współpracy w procesie rehabilitacji [62].

Obecne wyniki, wskazujące na umiarkowane poczucie przygotowania studentów do rozmowy z pacjentem oraz niepewność w ocenie własnych kompetencji komunikacyjnych, są zbliżone z doniesieniami literatury. W badaniach nad edukacją fizjoterapeutów podkreśla się, że mimo rosnącej świadomości znaczenia komunikacji, istnieją luki w zakresie treści programowych, czasu poświęcanego na trening oraz jasnych, opartych na dowodach standardów nauczania, co ogranicza rozwój pewności siebie studentów w tym obszarze [63,64].

Dodatkowo wskazuje się na obecność „luk w wykonaniu klinicznym” oraz potrzebę dalszego rozwijania umiejętności komunikacyjnych u studentów, zwłaszcza w sytuacjach złożonych i wymagających [65].

W obecnym badaniu największa liczba respondentów nie wiedziała, czy na UMB dostępne są narzędzia wspierające komunikację z pacjentem (50%) oraz nie potrafiła jednoznacznie określić, czy w toku studiów realizowane były zajęcia dotyczące komunikacji z pacjentem (60%).

Przeglądy prac dotyczące nauczania komunikacji w fizjoterapii podkreślają, że choć większość programów obejmuje zajęcia z komunikacji, ich zakres, czas trwania oraz metody nauczania są bardzo zróżnicowane, a skuteczne kształcenie wymaga znacznej ilości czasu poświęcanego na naukę, wiedzę specjalistyczną i zbiór badań empirycznych dotyczących konkretnych praktyk komunikacyjnych [63].

Wykazano także, że liczba badań nad rozwijaniem u studentów umiejętności komunikacyjnych skoncentrowanych na pacjencie, jako osobie, nie tylko na chorobie, jest niewielka, a interwencje są rozproszone i różnią się formą oraz momentem włączenia do programu [66].

Jednocześnie badania nad e-learningiem i krótkimi szkoleniami pokazują, że już pojedyncze, dobrze zaprojektowane interwencje mogą zwiększać postrzeganą zdolność radzenia sobie z trudnymi rozmowami i empatycznymi odpowiedziami, co pośrednio wskazuje na istniejące braki wyjściowe w tym obszarze [64,67].

W obecnej pracy 57% studentów deklarowało podejmowanie samodzielnych działań na rzecz poprawy komunikacji z pacjentem, jednak pozostali nie rozwijali tych umiejętności poza obowiązkowymi zajęciami. Taki obraz jest spójny z danymi literaturowymi, które wskazują na obecność istotnych luk w przygotowaniu komunikacyjnym studentów fizjoterapii oraz na fakt. Ukazują także, że inicjatywy podnoszące kompetencje (kursy dodatkowe, szkolenia) są zazwyczaj organizowane i inicjowane przez kadrę dydaktyczną, a nie samych studentów [67,64].

Uzyskane wyniki sugerują więc, że studenci niezbyt często inicjują sami z siebie kształcenie w tym obszarze, co dodatkowo wzmacnia potrzebę tworzenia dostępnych, atrakcyjnych form dobrowolnych szkoleń z komunikacji.

Wśród studentów kierunków medycznych dominuje poprawny ale dość standardowy sposób porozumiewania się. W badaniach nad studentami nauk o zdrowiu wykazano, że większość z nich posługuje się otwartym i respektującym (pielęgnującym) stylem komunikacji, co sprzyja relacjom i wiąże się z lepszymi wynikami akademickimi, ale niekoniecznie oznacza bardziej zaawansowane, refleksyjne formy komunikowania się [68].

U studentów kierunków zdrowotnych i w badaniach nad stylami interakcji podkreśla się znaczenie asertywności, umiejętności budowania relacji i zarządzania sytuacją terapeutyczną, co dobrze koresponduje z profilem komunikacji konwencjonalnej, skupionej na jasnym przekazie i utrzymaniu poprawnego kontaktu [69,70].

Jednocześnie nowsze prace nad empatią w fizjoterapii wskazują, że mimo akceptowalnego poziomu empatii i asertywności u studentów, rozwijanie bardziej złożonych, empatycznych form komunikacji napotyka na bariery, m. in. brak treningu i niedocenianie roli komunikacji w praktyce [71].

W związku z powyższym istnieje potrzeba dalszego rozwijania u studentów strategii porozumiewania się, bardziej zaawansowanych, empatycznych i bardziej skoncentrowanych na pacjencie, nie tylko na jego chorobie.

W wielu populacjach studentów kierunków medycznych odnotowano bardziej pozytywne niż negatywne nastawienie do kształcenia komunikacyjnego, mierzone wyższymi

wynikami skali postaw pozytywnych w porównaniu ze skalą postaw negatywnych [72,73,74]. Jednocześnie studenci, mimo dostrzegania trudności w komunikacji, deklarują potrzebę i chęć rozwijania kompetencji komunikacyjnych w toku kształcenia oraz przyszłej praktyki zawodowej [75].

Wyniki badania wskazują, że pozytywne nastawienie studentów może stanowić ważny zasób sprzyjający wdrożeniu i rozwijaniu programów nauczania komunikacji.

WNIOSKI I POSTULATY

Wnioski

1. Studenci fizjoterapii wykazywali wysoką świadomość znaczenia i roli kompetencji komunikacyjnych w przyszłej pracy zawodowej oraz prezentowali pozytywne nastawienie wobec rozwijania umiejętności interpersonalnych.
2. W samoocenie studentów dotyczącej umiejętności komunikacyjnych dominowało podejście skoncentrowane na pacjencie, w którym kluczowe znaczenie przypisuje się budowaniu relacji terapeutycznej opartej na współpracy, partnerstwie i wzajemnym zaangażowaniu.
3. Istotnymi barierami w skutecznej komunikacji z pacjentem zgłaszanymi przez badanych były przede wszystkim czynniki emocjonalne, takie jak trudności związane ze zrozumieniem przekazywanych informacji medycznych, stres i lęk, brak otwartości pacjenta na rozmowę oraz ograniczona gotowość do współpracy.
4. Pomimo świadomości znaczenia komunikacji w pracy fizjoterapeuty oraz pozytywnego nastawienia do rozwijania tych umiejętności, studenci fizjoterapii wskazywali na potrzebę lepszego przygotowania praktycznego w zakresie komunikacji z pacjentem oraz rozwijania kompetencji interpersonalnych w toku kształcenia.

Postulat

Istnieje ewidentna potrzeba rozszerzenia praktycznego kształcenia studentów fizjoterapii w zakresie kompetencji komunikacyjnych i zastosowania metod aktywizujących, takich jak symulacje medyczne, trening umiejętności interpersonalnych oraz praca z pacjentem. Może to zwiększyć skuteczność przygotowania studentów do przyszłej praktyki zawodowej.

WYKAZ PISMIENICTWA

1. Chichirez CM., Purcărea VL., Interpersonal communication in healthcare. *J Med. Life.* 2018; 11(2):119-122.
2. Sharkiya SH., Quality communication can improve patient-centred health outcomes among older patients: a rapid review. *BMC Health Serv Res* 2023; 23(1): 886. DOI:10.1186/s12913-023-09869-8
3. Chen X., Liu C., Yan P., Wang H., Xu J. & Yao K., The impact of doctor-patient communication on patient satisfaction in outpatient settings: implications for medical training and practice. *BMC Med. Educ* 2025; 25(1):830. DOI:10.1186/s12909-025-07433-y
4. Iroegbu C., Tuot DS., Lewis L., Matura LA., The Influence of Patient-Provider Communication on Self-Management Among Patients With Chronic Illness: A Systematic Mixed Studies Review. *J Adv Nurs.* 2025; 81(4): 1678-1699 DOI:10.1111/jan.16492.
5. Osuna E., Perez-Carrión A., Perez-Carceles MD., Machado F., Perceptions of health professionals about the quality of communication and deliberation with the patient and its impact on the health decision making proces. *J Public Health Res.* 2018; 7(3):1445 DOI:10.4081/jphr.2018.1445
6. Singhal S., Shah RB., Bansal S., Dutta S., Doctor-patient communication practices: A cross-sectional survey on Indian physicians. *J Family Med. Prim Care.* 2024; 13(11): 5198-5206 DOI:10.4103/jfmprc.jfmprc_945_24.
7. Firdous J., Hiba S., Good Communication between Doctor-Patient Improves Health Outcome. *EJMHS.* 2019; 1(4):84. <https://doi.org/10.24018/ejmed.2019.1.4.84>
8. Xu W., Yang X., Enhancing empathy of medical students in clinical training: a narrative-driven virtual reality experience for understanding undiagnosed chronic pain. *Front. Virtual Real.* 2025; 6:1602957. DOI: 10.3389/frvir.2025.1602957
9. Kuriata-Kościelniak E., Znaczenie komunikacji interpersonalnej dla bezpieczeństwa pacjentów i personelu medycznego, [w:] *Bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego: uwarunkowana ergonomicznie*, red. I. Witeczak i Ł. Rypicz, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław 2020.: 127-146,
10. Jaroń U., Pawłowska-Jaroń H., Malska M. Rola empatii w komunikacji terapeutycznej

- przegląd literatury. *Med Og Nauk Zdr.* 2026; 32(1):22-28. DOI:10.26444/monz/217066
11. Wieczorek A., Fusińska-Korpik A., Cichocki Ł., Program edukacyjny „Kontakt w leczeniu” – opis, cele, podstawy teoretyczne. *Psychiatr Psychol Klin* 2021; 21(2): p. 134-140 DOI: 10.15557/PiPK.2021.0015
 12. Moudatsou M., Stavropoulou A., Philalithis A., Koukouli S., The Role Of Empathy in Health and Social Care Professionals. *Healthcare (Basel)*. 2020; 8(1): 26 DOI:10.3390/healthcare8010026
 13. Ratna H., The Importance of Effective Communication in Healthcare Practise. *Harvard Public Health Review*. 2019; 23. DOI:10.54111/0001/W4
 14. Howick J., Rees S., Overthrowing barriers to empathy in healthcare: empathy in the age of the Internet. *J R Soc Med*. 2017, 110(9): 352-357 DOI:10.1177/0141076817714443.
 15. Arumugam K., Nandagopal H., Joseph J., Balaji JN., Surapaneni KM., EMBRACE (Empowering Medical students’ skills in BReaking bAd news with Compassion and Empathy) module improves the skills of undergraduate medical students in effectively breaking the bad news: a case-control study. *Adv Physiol Educ*. 2024; 48(2): 356-365. DOI:10.1152/advan.00224.2023.
 16. Hildenbrand GM., Perrault EK., Keller PE., Evaluating a Health Literacy Communication Training for Medical Students: Using Plain Language. *J Health Commun*. 2020; 25(8):624-631 DOI:10.1080/10810730.2020.1827098.
 17. Allenbaugh J., Corbelli J., Rack L., A Brief Communication Curriculum Improves Resident and Nurse Communication Skills and Patient Satisfaction. *J Gen Inter Med*. 2019, 34(7): 1167-1173. DOI:10.1007/s11606-019-04951-6.
 18. Zhang X., Buttery S.C., Sterniczuk K., Brownrigg A., Kennington E., Quint J.K., Patient Experiences of Communication with Healthcare Professionals on Their Healthcare Management around Chronic Respiratory Diseases. *Healthcare*. 2023; 11(15):2171. <https://doi.org/10.3390/healthcare11152171>
 19. Al Shamsi H., Almutairi AG., Al Mashrafi S., Al Kalbani T., Implications of Language Barriers for Healthcare: A Systematic Review. *Oman Med J*. 2020; 35(2):e122. DOI: 10.5001/omj.2020.40
 20. Xu X., Bridges SM., Enhancing patient-centred communication across barriers: The case of intersubjectivity management in medical interpreting. *Patient Educ*

- Couns. 2022; 105(7): 2012-2018. DOI:10.1016/j.pec.2021.11.006
21. Salem A., Ahmad MM., Communication with invasive mechanically ventilated patients and the use of alternative devices: integrative review. *J Res Nurs.* 2018; 23(7):614-630 DOI:10.1177/1744987118785987
 22. IJssennagger CE., Ten Hoorn S., Van Wijk A., Van den Broek JM., Girbes AR., Tuinman PR., Caregivers' perceptions toward communication with mechanically ventilated patients: The results of a multicenter survey. *Journal of Critical Care.* 2018; 48: 263-268, DOI: 10.1016/j.jcrc.2018.08.036
 23. Charzyńska-Gula M., Zych-Kwaśnik K., Rożek G., Szulich P., Sojda A., Tomczyk B., Zielińska M., Communication barriers in caring for culturally diverse patients and the cultural competence of nursing Staff. *J Educ Health Sport.* 2024;69:54620. DOI 10.12775/JEHS.2024.69.54620
 24. Sobczak K., Leoniuk K., Pawłowski L., Spolak N., Komunikacja kliniczna: porównanie opinii lekarzy i pacjentów. *Pomeranian Journal of Life Sciences*, 2016; 62(3):67-73 DOI:10.21164/pomjlifesci.186
 25. Borowczyk M., Stalmach-Przygoda A., Doroszevska A., Libura M., Chojnacka-Kuraś M., Małecki Ł., Kowalski Z., Jankowska AK., Developing an effective and comprehensive communication curriculum for undergraduate medical education in Poland – the review and recommendations. *BMC Med Educ* 2023, 23(1): 645. DOI:10.1186/s12909-023-04533-5
 26. Okoński J., Przeszkody prawne w komunikacji. *Acta Universitatis Lodzianis. Folia Iuridica* 2021; 97: 73-85. DOI:10.18778/0208-6069.97.03
 27. Smoła P., Młodziak I., Wojcieszko M., Zwierczyk U., Kobryn M., Rzepecka E., Duplaga M., The perception of facilitators and barriers to the use of e-health solutions in Poland: a qualitative study. *BMC Medical Informatics Decision Making* 2024, 24:381. DOI: 10.1186/s12911-024-02791-x
 28. Jenstad LM., Howe T., Breau G., Abel J., Colozzo P., Halas G., Mason G., Rieger C., Simon L., Strachan S., Communication between healthcare providers and communicatively-vulnerable patients with associated health outcomes: A scoping review of knowledge syntheses. *Patient Education and Counseling* 2024, 119, 108040, DOI:10.1016/j.pec.2023.108040
 29. Kwame A., Petrucka PM., A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators,

- and the way forward. *BMC Nurs* 2021; 20, 158. DOI:10.1186/s12912-021-00684-2.
30. Shias T., Patient-Centered Communication: Best Practices and Benefits. *Journal of Palliative Care & Medicine* 2024, 14:647. DOI: 10.4172/2165-7386.1000647
 31. Martínez-Angulo P., Rich-Ruiz M., Jiménez-Mérida MR., López-Quero S., Active listening, shared decision-making and participation in care among older women and primary care nurses: a critical discourse analysis approach from a gender perspective. *BMC Nurs.* 2024; 23(1): 401. DOI: 10.1186/s12912-024-02086-6.
 32. Zhang X., Li L., Zhang Q., Le LH., Wu Y., Physician Empathy in Doctor-Patient Communication: A Systematic Review. *Health Commun.* 2024; 39(5):1027-1037. DOI: 10.1080/10410236.2023.2201735.
 33. Yu CC., TAN L., Le MK., Tang B, Liaw SY., Tierney T., Ho YY., Lim BEE., Lim D., Ng R., Chia S.C., Low JA., The development of empathy in the healthcare setting: a qualitative approach. *BMC Med Educ.* 2022; 22(1):245. DOI:10.1186/s12909-022-03312-y
 34. Mroz EL., McDarby M., Kutner JS., Arnold RM., Bylund CL., Pollak KI., Empathic Communication between Clinicians, Patients, and Care Partners in Palliative Care Encounters. *Patient Educ Couns.* 2023; 114:107811. DOI: 10.1016/j.pec.2023.107811
 35. Houchens N., Eagle JM., Palanjian R., Saint S., Townsend WA., Nasrallah M., Gupta A., Effect of Clinician Posture on Patient Perceptions of Communication in the Inpatient Setting: A Systematic Review. *J Gen Intern Med.* 2024; 39(16):3290-3298. DOI: 10.1007/s1166-024-08906-4.
 36. Sharma A., Sharma D., Arora P., Impact of non-verbal communication on patient satisfaction in Indian hospitals. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing.* 2025; 19(3):669-686. DOI: 10.1108/IJPHM-11-2023-0100
 37. Siebinga VY., Driever EM, Stiggelbout AM., Brand PLP., Shared decision making, patient-centered communication and patient satisfaction – A cross-sectional analysis. *Patient Educ Couns.* 2022; 105(7): 2145-2150. DOI: 10.1016/j.pec.2022.02.012.
 38. Alkhamees M., Alasqah I., Patient-physician communication in intercultural settings: An integrative review. *Heliyon.* 2023; 9(12):e22667. DOI: 10.1016/j.heliyon.2023.e22667.
 39. Constantinou CS., Andreou P., Nikitara M., Papageorgiou A., Cultural Competence in Healthcare and Healthcare Education. *Societies.* 2022; 12(6):178. DOI: 10.3390/soc12060178

40. Turkstani HA., Almutawah FN., AlZamel NA., Alshammari MZ., Alhamadi AA., Algharbi MT., Alsuayri AM., Gong MB., Alqahtani JS., Alnemer AF., Aljuwayed NH., Privacy and Confidentiality in Healthcare: Best Practices for Protecting Patient Information. *J Healt Sci.* 2025; 05(01): 49-54. DOI: 10.52533/JOHS.2025.50106
41. Radecka I., Łopacińska I., Kopański Z. i wsp. Znaczenie komunikacji interpersonalnej w pielęgniarstwie, *JCHC*, 2014, 4, 6-33.
42. McKay M, Davis M, Fanning P. *Sztuka skutecznego porozumiewania się*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 2007.
43. Leathers D G. *Komunikacja niewerbalna*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2007 .
44. Gacek E. Wybrane aspekty komunikacji z pacjentem onkologicznym, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2021, 27(2), 157–160. DOI:10.26444/monz/134075.
45. Rętowski S., Kaźmierczak M. Osobowościowe predyktory zachowań etosowych w organizacji. *Roczniki Psychologiczne*, 2008, 2(11), 87-105.
46. Panczyk M, Iwanow L, Zarzeka A, Jaworski M, Gotlib J. Communication skills attitude scale: a translation and validation study in a sample of registered nurses in Poland. *BMJ Open.* 2019, 9(5), e028691.
47. Ahlsen B., Nilsen AB., Getting intouch: Communication in physical therapy practice and multiple functions of language. *Front. Rehabil. Sci.*, 2022; 3:882099. DOI: 10.3389/fresc.2022.882099
48. O’Keeffe M., Cullinane P., Hurley J., Leathy I., Bunzli S., O’Sullivan PB., O’Sullivan K., What Influences Patient-Therapist Interactions in Musculoskeletal Physical Therapy? Qualitative Systematic Review and Meta-Synthesis. *Phys Ther.* 2016; 96(5):609-622. DOI: 10.2522/ptj.20150240.
49. Aljuhani T., Al-Mutairi AM., Alfrah A., Alharbi M., AlAmri T., Alahmari A., Alotaibi A., Senitan M., Obstacles to effective communication between physical/ occupational therapists and patients in the Saudi Arabian context: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research.* 2024; 24(1):1597. DOI: 10.1186/s12913-024-12077-7.
50. Czyżewska N., Komunikacja zorientowana na pacjenta – ważny element wysokiej jakości opieki. *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio.* 2019; 38(2). DOI: 10.34766/fetr.v2i38.82
51. Miciak M., Mayan M., Brown C., Joyce AS., Gross DP., The necessary conditions of engagement for the therapeutic relationship in physiotherapy: an interpretive

- description study. *Arch Physiother.* 2018; 8:3. DOI: 10.1186/s40945-018-0044-1
52. Savvoulidou K., Papageorgiou A., Kolokotroni O., Kapreli P., Tsokani A., Strimpakos N., Kapreli E., Facilitators and barriers of empathetic behaviour in physiotherapy clinical practise: A qualitative Focus group study. *Musculoskeletal Sci Pract.* 2024; 70:102923. DOI: 10.1016/j.msksp.2024.102923
53. Chapman CR., Woo NT., Maluf KS., Preferred Communication Strategies Used by Physical Therapists in Chronic Pain Rehabilitation: A Qualitative Systematic Review and Meta-Synthesis. *Physical Therapy.* 2022; 102(9): pzac081. DOI: 10.1093/ptj/pzac081
54. Jamkar M., Azeem Z., Giri S., Palekar T., Consensus-Building on Patient Education for Chronic Non-Specific Low Back Pain: A Qualitative Study on Patient Physiotherapist Perspectives. *Musculoskeletal Care.* 2025; 23(2): e70107. DOI: 10.1002/msc.70107
55. Wang Y., Dalwood N., Farlie M., Lee A., Adverse events related to physiotherapy practice: a scoping review. *Arch Physiother.* 2024;14,138-154 DOI: 10.33393/aop.2024.3282
56. Pimple SS., Jerome A., Jeyaraman R., Perceived Barriers of Communication between Physiotherapy Interns and Patients in the Hospital. *IJRIAS,* 2025; 10(10), 1471-1476. DOI: 10.51584/IJRIAS.2025.10100000132
57. Bruin N., Wittink H., Oosterhaven J., Hesselink A., Hobbelen H., Lakke S., Physiotherapist-targeted strategies and tools for recognising patients with limited health literacy and adapting physiotherapeutic communication: A scoping review. *Patient Education and Counseling.* 2025; 137:108784. DOI: 10.1016/j.pec.2025.108784
58. Van Der Scheer-Horst E., Rutten G., Stortenbeker I., Borkent J., Swormink WK., Das E., Staal JB., Van Lankveld W., Limited health literacy in primary care physiotherapy: Does a physiotherapist use techniques to improve communication?. *Patient Education and Counseling.* 2023; 109:107624. DOI: 10.1016/j.pec.2023.107624
59. Amoah VMK., Anokye R., Serwaa B., Acheampong E., Budu-Ainooson A., Okyere E., Kumi-Boateng G., Yeboah C., Afriyie JO., A qualitative assessment of perceived barriers to effective therapeutic communication among nurses and patients. *BMC Nurs.* 2019; 18:4. DOI:10.1186/s12912-019-0328-0

60. Driver C., Oprescu F., Lovell GP., An exploration of physiotherapists' perceived benefits and barriers towards using psychosocial strategies in their practice. *Musculoskeletal Care*. 2020; 18(2):111-121. DOI: 10.1002/msc.1437.
61. Skinner KL., Hyde SJ., McPherson KBA., Simpson MD., Improving students' interpersonal skills through experiential small group learning. *JLD*. 2016; 9(1):21-36. DOI: 10.5204/jld.v9i1.232
62. Williams MK., Waite L., Van Wyngaarden JJ., Meyer AR., Koppenhaver SL., Beyond yellow flags: The Big-Five personality traits and psychologically informed musculoskeletal rehabilitation., *Muskuloskeletal Care*. 2023; 21(4):1161-1174. DOI: 10.1002/msc.1797.
63. Parry RH., Brown K., Teaching and learning communication skills in physiotherapy: what is done and how should it be done? *Physiotherapy*. 2009; 95(4):294-301. DOI: 10.1016/j.physio.2009.05.003
64. Soundy A., Hemmings L., Gardiner L., Rosewilliam S., Heneghan NR., Cronin K., Reid K., E-learning communication skills training for physiotherapy students: A two phased sequential mixed methods study. *Patient Educ Couns*. 2021; 104(8):2045-2053. DOI: 10.1016/j.pec.2021.01.022
65. Rathiram V., Neilson LO., Kassim AS., Mokone WT., Green CC., Communication experiences of healthcare students whilst managing adults with communication disorders. *S Afr J Commun Disord*. 2022; 69(1):870. DOI: 10.4102/sajcd.v69i1.870
66. Uddle L., O'Malley CJ., Stupans I., Learning and teaching of patient-centred communication skills in allied healthcare manual therapy students: A systematic review. *Int J Osteopath Med*. 2019; 32(1):21-27. DOI: 10.1016/j.ijosm.2019.04.002
67. Montesinos F., Páez M., McCracken LM., Rodriguez-Rey R., Núñez S., González C., Diaz-Meco R., Hernando A., Communication skills in the context of psychological flexibility: training is associated with changes in responses to chronic pain in physiotherapy students in Spain. *Br J Painn*. 2021; 15(1):54-63. DOI: 10.1177/2049463719884589
68. SanÇar B., YalÇin AS., Effect of Communication Styles of Faculty of Health Sciences Students on their Academic Achievements. *Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*. 2022; 8(1):77-85. DOI:10.29131/uiibd.114163
69. Femiak J., Guskowska M., Czechowski M., Physiotherapist Communication Skills Questionnaire (Polish Version): A New Scale for Assessing the Communication Skills

- of Physiotherapists and Physiotherapy Students. *Physical Culture and Sport Studies and Research*. 2024; 107(1):77-88. DOI: 10.2478/pcssr-2025-0007
70. Laura H., Sofie C., Marieke DC., Katrien DC., Effectiveness of a self-determination theory-based module to improve interaction styles of physiotherapy students: a quasi-experimental study. *BMC Med Educ*. 2025; 25(1):1355. DOI: 10.1186/s12909-025-07805-4.
71. Savvoulidou K., Papageorgiou A., Kolokotroni O., Kapreli P., Tsokani A., Strimpakos N., Kapreli E., Facilitators and barriers of empathetic behaviour in physiotherapy clinical practice: A qualitative focus group study. *Musculoskelet Sci Pract*. 2024; 70:102923. DOI: 10.1016/j.msksp.2024.102923
72. Kandevari NY., Labaf A., Mirzazadeh A., Pormehr PS., Attitudes toward learning communication skills among Iranian medical students. *BMC Med Educ*. 2024; 24(1):193. DOI: 10.1186/s12909-024-05140-8.
73. Ezeala MIO, Volk J., Relationships between undergraduate medical students' attitudes toward communication skills learning and demographics in Zambia: a survey-based descriptive study. *J Educ Eval Health Prof*. 2023; 20:16. DOI: 10.3352/jeehp.2023.20.16
74. Pradhan P., Kumar A., Batajoo KH., Shrestha P., Shrestha T., Pradhananga S., Attitude of Medical and Dental Undergraduate Students Towards Learning of Communication Skills at a Private Medical Institute: A Cross-Sectional Study. *JNMA J Nepal Med Assoc*. 2024; 62(275):446–452. DOI: 10.31729/jnma.8671
75. Shevchuk TI., Chorna VV., Khliestova SS., Vasenko TB., Horbatiuk SM., Instructional environment for development of communicative competence in future clinical psychologists during their professional training. *Reports of Vinnytsia National Medical University*. 2023; 27(3): 430-436 DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2023-27(3)-13



ISBN – 978-83-68761-54-2