

Antonina Doroszevska
Agnieszka Oronowicz-Jaškowiak
Wojciech Oronowicz-Jaškowiak

Postawy studentów wobec idei i programu nauczania umiejętności komunikacyjnych na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym

Programy nauczania komunikacji od kilku dekad są rozwijane na wielu uczelniach medycznych w krajach Europy Zachodniej i w Stanach Zjednoczonych¹. Komunikacja medyczna staje się odrębną dziedziną badań oraz kształcenia, czego przejawami są m.in. instytucjonalizacja podmiotów zajmujących się tą tematyką oraz publikacja podręczników w zakresie komunikacji medycznej. W większości uczelni medycznych w Wielkiej Brytanii, Niemczech czy Holandii od lat funkcjonują jednostki, które realizują zajęcia dydaktyczne poświęcone komunikacji. Dostępne są również podręczniki, głównie anglojęzyczne, służące rozwijaniu kompetencji komunikacyjnych przyszłych pracowników opieki medycznej².

W ostatnich kilkunastu latach pojawiły się także polskie publikacje dotyczące zagadnień komunikacji z pacjentem, ukazujące interdyscyplinarny charakter refleksji nad rozmową przedstawicieli personelu medycznego z chorym. Wymienić tu należy publikacje powstałe w latach 2006–2014 w związku z działalnością Zespołu Języka Medycznego Rady Języka Polskiego Polskiej Akademii Nauk³. Jedną z części książki *Wyzwania XXI wieku. Ochrona zdrowia i kształcenie medyczne* poświęcona została

¹ Zob. A.K. Jankowska, E. Palka, *Kształcenie kompetencji komunikacyjnych w uczelniach medycznych na świecie*, [w:] *Wyzwania XXI wieku. Ochrona zdrowia i kształcenie medyczne*, red. J. Majkowski, A. Doroszevska, t. IV, Warszawa 2017, s. 3–18.

² Przykładowe podręczniki służące kształtowaniu kompetencji komunikacyjnych: A. Boissy, T. Gilligan, *Communication the Cleveland Clinic way: How to drive a relationship-centered strategy for exceptional patient experience*, New York 2016; A. Embry Burrus, L.B. Willis, *Professional communication in speech-language pathology: How to write, talk, and act like a clinician*, San Diego 2016; S.A. Cole, J. Bird, *The medical interview: The three-function approach*, Philadelphia 2013; G. O'Toole, *Communication: Core Interpersonal Skills for Health Professionals*, Chatswood 2016.

³ Publikacje te zostały omówione we wstępie do niniejszego tomu.

komunikacji. Jej autorzy przedstawiają umiejętność komunikacji lekarza i pacjenta z perspektywy różnych specjalizacji medycznych, opisują także społeczne aspekty wpływające na proces porozumienia się z pacjentem oraz to, w jaki sposób umiejętności te są kształtowane na uczelniach medycznych na świecie⁴. W 2019 roku został również wydany pierwszy na polskim rynku podręcznik do nauki komunikacji – *Komunikacja medyczna dla studentów i lekarzy*⁵. Przejawem instytucjonalizacji komunikacji medycznej w Polsce jest także powstanie Polskiego Towarzystwa Komunikacji Medycznej. Ta nowa kształtująca się dziedzina ma charakter interdyscyplinarny. Nie dziwi więc, że pierwsze prace naukowe omawiające zagadnienia z zakresu komunikacji w medycynie w polskiej literaturze przedmiotu czerpią z teorii i metodologii różnych dyscyplin naukowych, zwłaszcza z psychologii⁶, socjologii⁷, medycyny⁸, językoznawstwa⁹, zarządzania¹⁰.

Ostatnie lata to także czas, kiedy polskie uczelnie medyczne zdecydowały się wprowadzić obowiązkowe zajęcia z komunikacji. Kształcenie w tym zakresie jest prowadzone m.in. na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym, w Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, na Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu oraz na Uniwersytecie Medycznym w Lublinie. Instytucjonalizacja komunikacji medycznej jako odrębnej dziedziny znajduje wyraz nie tylko w programach kształcenia, w których są przewidziane godziny zajęć na rozwijanie tej umiejętności, lecz także w powstawaniu jednostek dedykowanych kształceniu w tym zakresie. Przykładami mogą być powołane w 2018 roku Studium Komunikacji Medycznej WUM oraz Pracownia Komunikacji w Medycynie, jednostka na bydgoskim Wydziale Lekarskim Collegium Medicum UMK.

Obowiązujące na polskich uczelniach medycznych programy zajęć z komunikacji różnią się pod względem liczby godzin oraz formy przewidzianych zajęć. Omówienie

⁴ Zob. J. Majkowski, A. Doroszevska (red.), *Kształcenie kompetencji komunikacyjnych w uczelniach medycznych na świecie*, [w:] *Wyzwania XXI wieku. Ochrona zdrowia i kształcenie medyczne*, t. IV, Warszawa 2017.

⁵ *Komunikacja medyczna dla studentów i lekarzy*, red. M. Nowina-Konopka, W. Feleszko, Ł. Małecki, Kraków 2018.

⁶ A. Włoszczak-Szubzda, M.J. Jarosz, *Rola i znaczenie komunikacji w relacji lekarz–pacjent–rodzina*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2012, nr 18(3), s. 206–211.

⁷ M. Nowina-Konopka, *Komunikacja lekarz – pacjent. Teoria i praktyka*, Kraków 2016.

⁸ J. Surmacka, M. Motyka, *Problemy w komunikacji klinicznej z pacjentem hospitalizowanym*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2015, nr 3 s. 386–391.

⁹ M. Chojnacka-Kuraś, *Semantyka bólu we współczesnej polszczyźnie*, Warszawa 2016.

¹⁰ A. Czerw, U. Religioni, A. Matuszna, K. Lesiak, A. Olejnik, D. Śniadała, *Zasady skutecznej komunikacji w placówkach medycznych*, „Hygeia Public Health” 2012, nr 47(3), s. 247–53; D. Meller, A. Milik, *Komunikacja interpersonalna w zakładach opieki zdrowotnej*, „Zarządzanie i Finanse” 2014, nr 2, 133–144.

realizowanych efektów kształcenia, zakresu godzin, form zaliczeń mogłoby stanowić przedmiot odrębnej analizy.

W niniejszej pracy skupiamy się na opiniach i pierwszych doświadczeniach studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. W roku akademickim 2017/2018 jednodniowe obowiązkowe warsztaty z komunikacji mieli studenci VI roku, uczenie komunikacji rozpoczęli również studenci II roku na II Wydziale Lekarskim WUM. Od roku akademickiego 2018/2019 wprowadzony został całościowy, obejmujący różne formy kształcenia i lata studiów kurs komunikacji dla kierunków: lekarskiego, pielęgniarstwa, położnictwa, ratownictwa medycznego i dietetyki. Wstęp teoretyczny jest realizowany w ramach wykładów w formie e-learningu. Po kursie on-line studenci uczestniczą w ćwiczeniach, które mają charakter zarówno warsztatów rozwijających poszczególne umiejętności komunikacyjne, jak i rozmów z pacjentami symulowanymi, w czasie których studenci muszą przeprowadzić rozmowę z chorym, zgodnie ze scenariuszem szczegółowo przygotowanym przez prowadzących zajęcia. Studenci kierunku lekarskiego mają zajęcia z komunikacji na II, III i VI roku studiów, studenci pielęgniarstwa zaś – na I roku. Studenci położnictwa, ratownictwa i dietetyki na I roku mają wykłady, a ćwiczenia realizują na II roku.

Należy podkreślić, że WUM dopiero wprowadza całościowy kurs z komunikacji. Przedstawione w niniejszym artykule wyniki badań przedstawiają zatem opinie studentów, którzy po raz pierwszy stykają się z koniecznością ćwiczenia umiejętności komunikacyjnych. W związku z tym, że zebrane informacje dotyczą pierwszych wrażeń studentów, a także odzwierciedlają opinie studentów tylko jednego uniwersytetu medycznego, uznaliśmy, że należy skoncentrować się na opisie wyników przeprowadzonego badania i ograniczyć ich interpretację. Pogłębioną analizę będzie można według nas przeprowadzić, mając dane zbierane przez kolejne lata lub po zrealizowaniu podobnych badań na innych uczelniach medycznych w Polsce.

Materiał i metody

Badanie zostało zrealizowane w roku akademickim 2018/2019. Jego główne cele były następujące: 1) poznanie opinii studentów na temat potrzeby kształcenia umiejętności komunikacyjnych na kierunkach medycznych, 2) scharakteryzowanie samooceny respondentów w zakresie wybranych umiejętności komunikacyjnych oraz 3) uzyskanie informacji zwrotnej o zrealizowanych zajęciach.

Badaniem objęci byli studenci III i VI roku kierunku lekarskiego oraz I roku pielęgniarstwa, położnictwa, ratownictwa medycznego i dietetyki. Grupę badaną stanowiło 440 studentów III roku kierunku lekarskiego (45,3% łącznej liczby bada-

nych), 242 studentów pielęgniarstwa (24,9%), 114 studentów położnictwa (11,7%), 82 studentów kierunku lekarsko-dentystycznego (8,4%), 65 studentów dietetyki (6,7%) oraz 28 studentów ratownictwa medycznego (2,9%). Respondenci wypełniali ankietę zamieszczoną na platformie e-learningowej na końcu kursu on-line. Ankietę wypełniło łącznie 971 osób.

W dodatkowej analizie uwzględniono także odpowiedzi 359 studentów VI roku, którzy wypełniali papierową ankietę po zakończeniu bloku ćwiczeń w Centrum Symulacji Medycznych WUM. Wziąwszy pod uwagę fakt, że grupa 971 studentów realizowała zasadniczo spójny treściowo program nauczania komunikacji medycznej, natomiast grupa 359 studentów realizowała jego niewielką część, zdecydowano, aby nie łączyć powyższych grup badanych, tylko porównać ich wybrane charakterystyki. W prezentowanej analizie grupa studentów VI roku będzie nazywana grupą 2, pozostali badani zaś będą stanowili grupę 1.

W analizie wyników badań zostały wykorzystane testy statystyczne, które poniżej krótko charakteryzujemy.

Test t Studenta pozwala na testowania różnic między dwiema średnimi, które pochodzą z dwóch grup (lub z jednej grupy, ale wtedy należy powtórzyć pomiar). Przykładowo za pomocą testu t Studenta można sprawdzić, czy średni wiek różni się istotnie statystycznie w grupie kobiet oraz mężczyzn. W podanym przykładzie analizowane są dwie wartości – wiek kobiet oraz wiek mężczyzn.

Do porównania trzech lub większej liczby wyników nie możemy użyć testu t Studenta, zamiast niego stosuje się metodę analizy wariancji ANOVA. Wariancja jest miarą związaną ze zróżnicowaniem wyników wokół średniej. ANOVA jest wykorzystywana, gdy zachodzi konieczność sprawdzenia, czy wyniki średnie różnią się od siebie, ale mamy ich co najmniej trzy, przykładowo może to być średni wzrost dzieci w wieku 5, 10 oraz 15 lat. Stosowanie ANOVY jest nieco bardziej złożone niż testu t Studenta i składa się z dwóch etapów. Na początku przeprowadza się testy statystyczne, które informują o tym, czy sam model jest istotny statystycznie. Jeżeli tak jest, to przeprowadzane są tzw. testy post-hoc, które ukazują już dokładne różnice między poszczególnymi średnimi.

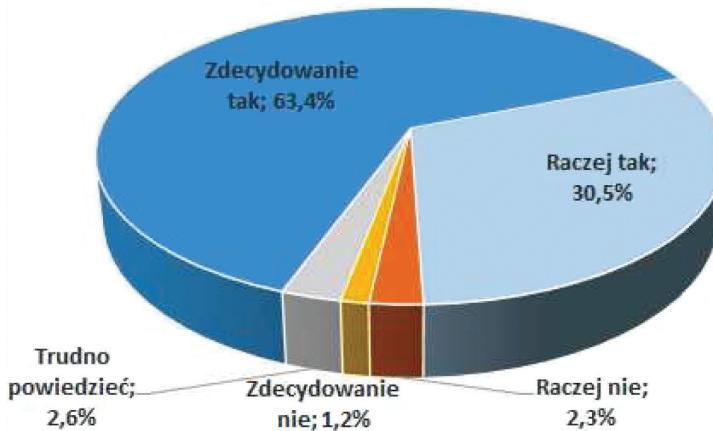
Test niezależności chi-kwadrat jest wykorzystywany, gdy celem jest porównanie występowania co najmniej dwóch częstości. Przykładowo za pomocą tego testu można sprawdzić, czy w grupie osób badanych było istotnie statystycznie więcej kobiet lub mężczyzn – analizowana jest liczba osób danej płci.

W przypadku, gdy poziom istotności statystycznej przekracza wybrany przez badacza poziom (standardowo $\alpha = 0,05$), zazwyczaj stwierdzamy, że wybrany efekt nie jest istotny statystycznie, czyli pomiędzy średnimi nie ma różnicy. W przeciwnym razie stwierdzamy różnice.

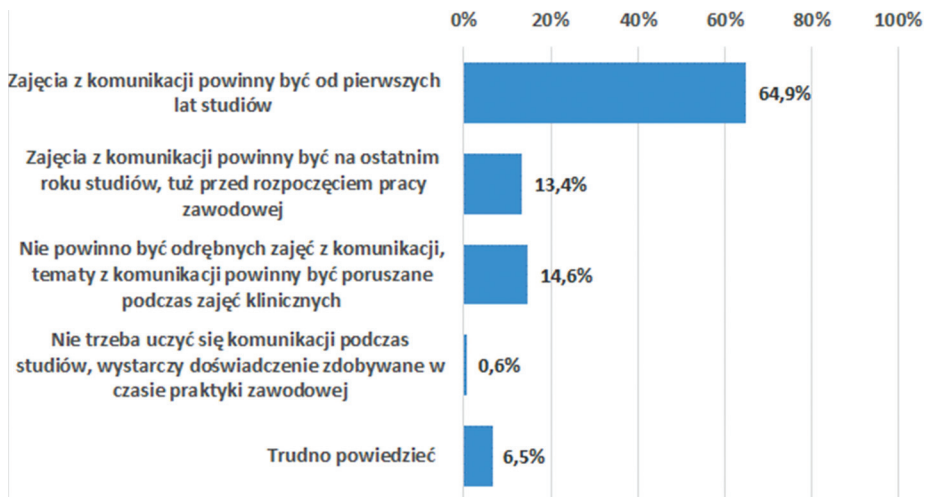
Przekonania dotyczące nauczania komunikacji w grupie badanej 1

Analizę wyników rozpoczęto od obliczenia statystyk opisowych dotyczących dwóch pytań: 1) czy warto uczyć się komunikacji? oraz 2) jakie opinie na temat uczenia się komunikacji podzielają badani? Wyniki statystyk zostały przedstawione na ryc. 1 oraz ryc. 2.

Ryc. 1. Czy Pani/Pana zdaniem warto uczyć się komunikacji? (n = 971)



Ryc. 2. Opinie studentów na temat uczenia się komunikacji (n = 971)



Następnie przeprowadzono test niezależności chi-kwadrat, aby określić, czy kierunek studiów wiąże się z częstościami odpowiedzi dotyczących przekonań związanych z nauczaniem komunikacji. Stwierdzono, że częstości zarówno pierwszego pytania ($\chi^2 = 41,140$; $p = 0,004$; $df = 20$), jak i drugiego ($\chi^2 = 114,327$; $p < 0,001$; $df = 20$) istotnie statystycznie wiążą się z kierunkiem studiów. Tabele krzyżowe zostały przedstawione odpowiednio w tabeli 2 oraz w tabeli 3. Należy zauważyć, że obliczenia zostały przeprowadzone na licznej grupie badanej, ponadto w tabeli krzyżowej liczba komórek przekroczyła 30, co jest relatywnie wysoką wartością. Jednocześnie wielkość efektu jest niska, zarówno w wypadku pytania pierwszego (V Kramera = 0,103), jak i drugiego (V Kramera = 0,172).

Z odpowiedzi wynika, że zdecydowana większość badanych uważa, że komunikacji warto się uczyć. Uznali tak wszyscy ankietowani z dietetyki, 99,1% z ratownictwa, 97,4% z położnictwa, 96,3% z pielęgniarstwa, 93,9% z kierunku lekarsko-dentystycznego oraz 89% z kierunku lekarskiego (tabela 1).

Tabela 1. Tabela krzyżowa zawierająca częstości odpowiedzi na pytanie dotyczące nauki komunikacji medycznej w zależności od kierunku studiów

Kierunek studiów	Odpowiedź na pytanie: czy Pani/Pana zdaniem warto uczyć się komunikacji?				
	Zdecydowanie tak	Raczej tak	Raczej nie	Zdecydowanie nie	Trudno powiedzieć
Dietetyka, n = 65	72,3%	27,7%	0%	0%	0%
Pielęgniarstwo, n = 242	68,6%	27,7%	2,9%	0,4%	0,4%
Lekarsko-dentystyczny, n = 82	70,7%	23,2%	2,4%	2,4%	1,2%
Położnictwo, n = 114	74,6%	22,8%	0%	0,9%	1,8%
Lekarski, n = 440	55,5%	33,5%	2,7%	1,8%	4,5%
Ratownictwo medyczne, n = 28	63,4%	35,7%	4,6%	0%	3,6%
Ogółem, n = 971	63,4%	30,5%	2,3%	1,2%	2,6%

Ze stwierdzeniem, że zajęcia z komunikacji powinny być prowadzone od pierwszych lat studiów, zgodziło się najwięcej studentów położnictwa (85,1%), ratownictwa medycznego (82,1%) i pielęgniarstwa (78,5%). Najmniej respondentów podzielających tę opinię było wśród studentów kierunku lekarskiego, ale nawet wśród tych ankietowanych połowa (50,7%) uznała, że komunikacja powinna być przedmiotem nauczania od początku studiów. Różnica między odpowiedziami studentów kierunku lekarskiego a pozostałych może wynikać z faktu, że badani przyszli lekarze byli na

III roku, pozostali ankietowani na I roku studiów. Prawie jedna czwarta przyszłych lekarzy jest zdania, że umiejętności komunikacyjne powinny być kształtowane podczas zajęć klinicznych, a nie w czasie odrębnych zajęć. Wyniki badania pokazują, że tylko pojedyncze osoby uznały uczenie się komunikacji za niepotrzebne (tabela 2).

Tabela 2. Opinie dotyczące uczenia się komunikacji w zależności od kierunku studiów

Kierunek studiów	Odpowiedź na pytanie: z którym z poniższych stwierdzeń dotyczących uczenia się komunikacji zgadza się Pani/Pan najbardziej?				
	Zajęcia z komunikacji powinny być od pierwszych lat studiów	Zajęcia z komunikacji powinny być na ostatnim roku studiów, tuż przed rozpoczęciem pracy zawodowej	Nie powinno być odrębnych zajęć z komunikacji, tematy z komunikacji powinny być poruszane podczas zajęć klinicznych	Nie trzeba uczyć się komunikacji podczas studiów, wystarczy doświadczenie zdobywane w czasie praktyki zawodowej	Trudno powiedzieć
Położnictwo, n = 114	85,1%	7,0%	6,1%	0%	1,8%
Ratownictwo medyczne, n = 28	82,1%	3,6%	3,6%	3,6%	7,1%
Pielęgniarstwo, n = 242	78,5%	14,5%	3,7%	0%	3,3%
Lekarsko-dentystyczny, n = 82	68,3%	13,4%	14,6%	0%	3,7%
Dietetyka, n = 65	63,1%	13,8%	12,3%	0%	10,8%
Lekarski, n = 440	50,7%	15,0%	23,9%	1,1%	9,3%

Opinie badanych z grupy 1 na temat przydatności kompetencji komunikacyjnych w pracy zawodowej

Przed przeprowadzeniem analiz obliczono statystykę testów normalności rozkładu. Z uwagi na liczbę obserwacji zastosowano statystykę Kołmogorowa-Smirnowa, która ma dobre parametry w wypadku większych grup badawczych. Stwierdzono, że analizowane wyniki nie wykazują charakteru rozkładu normalnego (wartość statystyki testów normalności wynosiła od 0,201 do 0,482; $df = 971$;

$p < 0,001$). Mając jednak na uwadze liczebność grupy badawczej, przeprowadzono testy parametryczne.

Badani byli proszeni, by wskazali na skali od 1 do 5 (na której 1 oznacza „zdecydowanie nie”, a 5 oznacza „zdecydowanie tak”), w jakim stopniu zgadzają się ze stwierdzeniami odnoszącymi się do przydatności kompetencji komunikacyjnych w przyszłej pracy zawodowej (tabela 3). Najwięcej respondentów zgodziło się ze stwierdzeniem, że dobra komunikacja jest potrzebna, by pomagać pacjentom (w pięciostopniowej skali średnia wyniosła 4,76). Nieznacznie niższą średnią (4,72) odnotowano dla stwierdzenia, że umiejętności komunikacyjne są potrzebne, by dobrze funkcjonować w zespole terapeutycznym. Warto odnotować, że ankietowani byli najbardziej jednomyślni w odpowiedziach na oba wyżej opisane stwierdzenia, odchylenie standardowe wynosiło odpowiednio 0,62 i 0,64. Średnią ponad 4 uzyskały również stwierdzenia odnoszące się do wpływu umiejętności komunikacyjnych na satysfakcję z pracy zawodowej (4,43), a także na ograniczenie ryzyka wystąpienia wypalenia zawodowego (4,22).

Pozostałe trzy stwierdzenia, które umniejszają znaczenie komunikacji w praktyce medycznej (tj. „komunikować się potrafi każdy, natomiast lekarz, pielęgniarka, położna, ratownik, dietetyk muszą posiadać wiedzę merytoryczną”, „komunikacji nie da się nauczyć w czasie studiów, potrzebna jest praktyka zawodowa” oraz „w czasie pracy nie ma miejsca na długie rozmowy z pacjentami”) uzyskały średnią poniżej 4 (odpowiednio 3,59, 3,40, 3,07). Oznacza to, że dla części badanych studentów komunikacja nie stanowi podstawowego narzędzia pracy, ważniejsza jest dla nich wiedza medyczna, praktyka. Wśród tych osób część uznaje, że ograniczenia czasowe stanowią utrudnienie dla dobrej komunikacji. Jednocześnie jednak w wypadku tych trzech stwierdzeń odnotowano największe odchylenie standardowe (odpowiednio 1,24, 1,08, 1,09).

Tabela 3. Statystyki opisowe stwierdzeń odnoszących się do przekonań dotyczących nauki komunikacji zebrane po ukończeniu kursu

Numer stwierdzenia	Stwierdzenie ¹¹	Statystyki opisowe
1.	Powinnam/ powinienem umieć się dobrze komunikować, żeby móc pomagać pacjentom, n = 971.	M = 4,76 (95% CI 4,72 – 4,80) Me = 5 SD = 0,62
2.	Powinnam/ powinienem umieć się dobrze komunikować, żeby być dobrym członkiem zespołu terapeutycznego, n = 971.	M = 4,72 (95% CI 4,68 – 4,76) Me = 5 SD = 0,64

¹¹ Uczestnicy badania udzielali odpowiedzi przy użyciu skali przedziałowej 1–5.

cd. Tabeli 3

Numer stwierdzenia	Stwierdzenie	Statystyki opisowe
3.	Umiejętność komunikacji pozwoli mi czerpać większą satysfakcję z pracy zawodowej, n = 971.	M = 4,43 (95% CI 4,38 – 4,48) Me = 5 SD = 0,81
4.	Umiejętność komunikacji zmniejszy ryzyko wypalenia zawodowego, n = 971.	M = 4,22 (95% CI 4,16 – 4,28) Me = 4 SD = 0,94
5.	Komunikować się potrafi każdy, natomiast lekarz, pielęgniarka, położna, ratownik, dietetyk muszą posiadać wiedzę merytoryczną, n = 971.	M = 3,59 (95% CI 3,51 – 3,67) Me = 4 SD = 1,24 n = 971
6.	Komunikacji nie da się nauczyć w czasie studiów, potrzebna jest praktyka zawodowa, n = 971.	M = 3,40 (95% CI 3,33 – 3,46) Me = 3 SD = 1,08
7.	W czasie pracy nie ma miejsca na długie rozmowy z pacjentami, n = 971.	M = 3,07 (95% CI 2,99 – 3,14) Me = 3 SD = 1,09

Kolejnym krokiem w analizie wyników było przeprowadzenie jednoczynnikowej analizy wariancji ANOVA. Jej celem było określenie, czy istnieją różnice pomiędzy poszczególnymi kierunkami studiów a stopniem zgody uczestników badania ze stwierdzeniami prezentowanymi w tabeli 3. W przypadku wybranych stwierdzeń zaobserwowano różnice istotne statystycznie, w związku z czym przeprowadzono testy post-hoc. Wyniki przeprowadzonych obliczeń zostały przedstawione w tabeli 4.

Tabela 4. Wyniki jednoczynnikowej analizy wariancji. Porównania między kierunkiem studiów a przekonaniem dotyczącym nauki komunikacji

	Odpowiedzi uczestników badania na stwierdzenia ¹²						
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
Kierunek studiów	F = 3,622; p = 0,003	F = 2,333; p = 0,04	F = 1,830; p = 0,104	F = 1,808; p = 0,109	F = 11,376; p < 0,001	F = 1,662; p = 0,141	F = 17,510; p < 0,001

¹² Numer stwierdzenia odpowiada stwierdzeniom w tabeli 4.

Dla stwierżeń 1, 2, 5 oraz 7 przeprowadzono testy post-hoc Bonferroniego. Wyniki zostały przedstawione w tabeli 5.

Studenci położnictwa istotnie częściej niż studenci kierunku lekarskiego zgadzali się ze stwierdzeniem, że dzięki dobrej komunikacji będą lepiej pomagać pacjentom (ryc. 3). Ze stwierdzeniem „komunikować się potrafi każdy, natomiast lekarz, pielęgniarka, położna, ratownik, dietetyk muszą posiadać wiedzę merytoryczną” częściej zgadzali się studenci pielęgniarstwa, położnictwa, dietetyki i ratownictwa medycznego niż studenci kierunku lekarskiego (ryc. 4). Studenci kierunku lekarskiego istotnie częściej niż studenci pielęgniarstwa, położnictwa, dietetyki i kierunku lekarsko-dentystycznego zgadzali się ze stwierdzeniem, że „w czasie pracy nie ma miejsca na długie rozmowy z pacjentami” (ryc. 5).

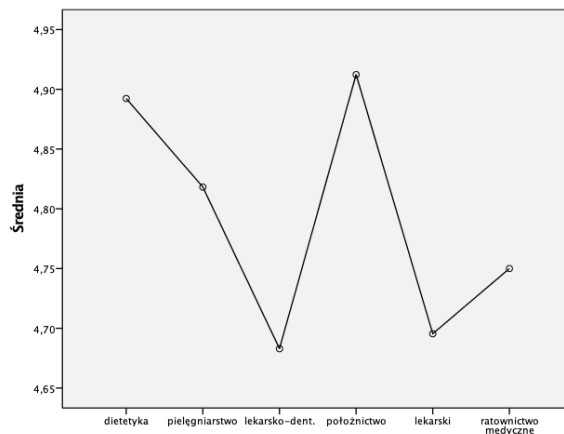
Tabela 5. Wyniki testów post-hoc

Numer stwierżenia	Stwierdzenie	Istotne różnice średnich
1.	Powinam/powinienem umieć się dobrze komunikować, żeby móc pomagać pacjentom.	Różnica średnich pomiędzy położnictwem a kierunkiem lekarskim wynosiła -0,217 ($p = 0,013$), ryc. 3.
2.	Powinam/powinienem umieć się dobrze komunikować, żeby być dobrym członkiem zespołu terapeutycznego.	Brak istotnych różnic.
5.	Komunikować się potrafi każdy, natomiast lekarz, pielęgniarka, położna, ratownik, dietetyk muszą posiadać wiedzę merytoryczną.	Różnica średnich pomiędzy dietetyką a kierunkiem lekarskim wynosiła 0,487 ($p < 0,001$). Różnica średnich pomiędzy pielęgniarstwem a kierunkiem lekarskim wynosiła 0,5586 ($p < 0,001$). Różnica średnich pomiędzy położnictwem a kierunkiem lekarskim wynosiła 0,667 ($p < 0,001$). Różnica średnich pomiędzy ratownictwem a kierunkiem lekarskim wynosiła 0,773 ($p = 0,017$), ryc. 4.

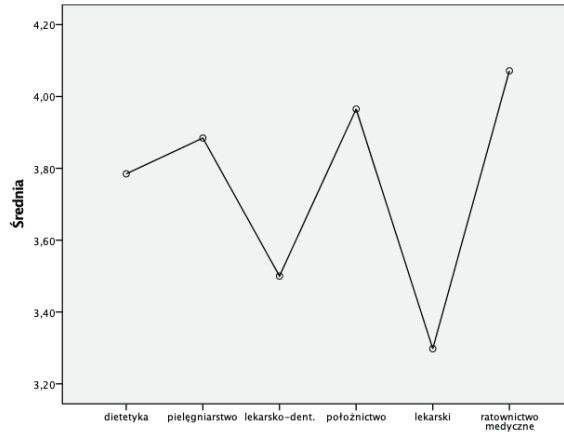
cd. Tabeli 5

Numer stwierdzenia	Stwierdzenie	Istotne różnice średnich
7.	W czasie pracy nie ma miejsca na długie rozmowy z pacjentami.	<p>Różnica średnich pomiędzy dietetyką a kierunkiem lekarskim wynosiła -0,623 ($p < 0,001$).</p> <p>Różnica średnich pomiędzy pielęgniarstwem a kierunkiem lekarskim wynosiła -0,659 ($p < 0,001$).</p> <p>Różnica średnich pomiędzy kierunkiem lekarsko-dentystycznym a kierunkiem lekarskim wynosiła -0,646 ($p < 0,001$).</p> <p>Różnica średnich pomiędzy położnictwem a kierunkiem lekarskim wynosiła -0,531 ($p < 0,001$).</p> <p>Różnica średnich pomiędzy pielęgniarstwem a ratownictwem medycznym wynosiła -0,661 ($p = 0,024$), ryc. 3.</p>

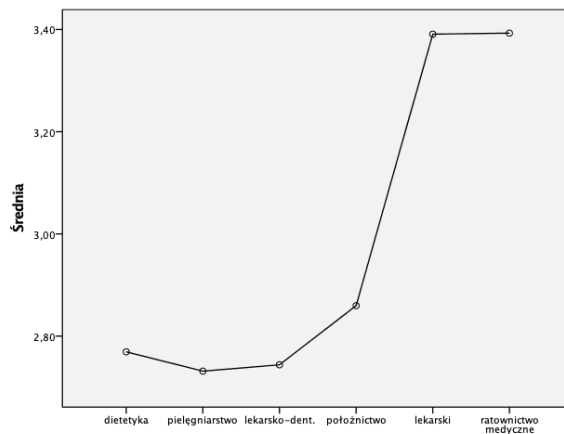
Ryc. 3. Różnica średnich między kierunkami w odpowiedziach zgadzających się ze stwierdzeniem „powinam/powinienem umieć się dobrze komunikować, żeby móc pomagać pacjentom”



Ryc. 4. Różnica średnich między kierunkami w odpowiedziach zgadzających się ze stwierdzeniem „komunikować się potrafi każdy, natomiast lekarz, pielęgniarka, położna, ratownik, dietetyk muszą posiadać wiedzę merytoryczną”



Ryc. 5. Różnica średnich między kierunkami w odpowiedziach zgadzających się ze stwierdzeniem „w czasie pracy nie ma miejsca na długie rozmowy z pacjentami”



Opinie badanych z grupy 2 na temat przydatności kompetencji komunikacyjnych w pracy zawodowej

W pierwszym etapie analizy obliczono statystykę testów normalności rozkładu. Podobnie jak w wypadku grupy 1, ze względu na liczbę obserwacji przeprowadzono statystykę Kołmogorowa-Smirnowa. Stwierdzono, że analizowane wyniki nie wykazują charakteru rozkładu normalnego (wartość statystyki testów normalności

wynosiła od 0,177 do 0,514; $df = 348$; $p < 0,001$). Mając jednak na uwadze liczebność grupy badanej, przeprowadzono testy parametryczne.

Badani studenci VI roku najbardziej doceniali znaczenie komunikacji dla funkcjonowania w zespole terapeutycznym ($M = 4,88$), a także ze względu na konieczność pomagania pacjentom ($M = 4,86$). Tak jak w wypadku studentów III roku oraz z innych kierunków średnią ponad 4 uzyskały stwierdzenia: „umiejętność komunikacji pozwoli mi czerpać większą satysfakcję z pracy zawodowej” ($M = 4,56$) oraz „umiejętność komunikacji zmniejszy ryzyko wypalenia zawodowego” ($M = 4,34$). Trzy stwierdzenia podważające znaczenie komunikacji w praktyce zawodowej uzyskały średnią niewiele ponad 3 (tabela 6).

Tabela 6. Statystyki opisowe stwierdzeń odnoszących się do oceny własnych kompetencji komunikacyjnych oraz przekonań dotyczących nauki komunikacji zebrane po ukończeniu kursu

Stwierdzenie ¹³	Statystyki opisowe
Powinam/powiniem umieć się dobrze komunikować, żeby być dobrym członkiem zespołu terapeutycznego, $n = 359$.	$M = 4,88$ (95% CI 4,84 – 4,92) $Me = 5$ $SD = 0,38$
Powinam/powiniem umieć się dobrze komunikować, żeby móc pomagać pacjentom, $n = 359$.	$M = 4,86$ (95% CI 4,82 – 4,91) $Me = 5$ $SD = 0,45$
Umiejętność komunikacji pozwoli mi czerpać większą satysfakcję z pracy zawodowej, $n = 359$.	$M = 4,56$ (95% CI 4,53 – 4,65) $Me = 5$ $SD = 0,58$
Umiejętność komunikacji zmniejszy ryzyko wypalenia zawodowego, $n = 359$.	$M = 4,34$ (95% CI 4,24 – 4,42) $Me = 5$ $SD = 0,83$
Komunikować się potrafi każdy, natomiast lekarz, pielęgniarka, położna, ratownik, dietetyk muszą posiadać wiedzę merytoryczną, $n = 359$.	$M = 3,19$ (95% CI 3,04 – 3,32) $Me = 3$ $SD = 1,38$
Komunikacji nie da się nauczyć w czasie studiów, potrzebna jest praktyka zawodowa, $n = 359$.	$M = 3,16$ (95% CI 3,05 – 3,28) $Me = 3$ $SD = 1,08$
W czasie pracy nie ma miejsca na długie rozmowy z pacjentami, $n = 359$.	$M = 3,13$ (95% CI 3,02 – 3,25) $Me = 3$ $SD = 1,09$

¹³ Uczestnicy badania udzielali odpowiedzi przy użyciu skali przedziałowej 1–5.

Aby porównać odpowiedzi studentów pierwszych lat studiów (1 grupa badana) i studentów ostatniego roku studiów medycznych (2 grupa badana), przeprowadzono porównania różnicy średniej za pomocą testu t Studenta między stwierdzeniami odnoszącymi się do przydatności kompetencji komunikacyjnych w pracy zawodowej. Wyniki porównań zostały przedstawione w tabeli 7. Stwierdzono różnice istotne statystycznie niemal we wszystkich stwierdzeniach. Niemniej należy zwrócić uwagę na to, że porównywane grupy były stosunkowo liczne, a więc łatwiejsze jest zaobserwowanie istniejących, jednak niewielkich efektów. Z powyższego względu przy interpretacji uzyskanych wyników ważne jest zwrócenie uwagi na nieduże różnice wszystkich średnich. Sugerujemy, aby uzyskane wyniki interpretować jako istotne statystycznie, ale nieistotne z punktu widzenia praktyki dydaktycznej.

Tabela 7. Wyniki porównań średnich pomiędzy grupą badaną pierwszą oraz drugą

Stwierdzenie ¹⁴	Średnia w grupie badanej pierwszej	Średnia w grupie badanej drugiej	Różnica średnich	Wartości statystyk testu t
Powinam/powiniem umieć się dobrze komunikować, żeby móc pomagać pacjentom.	M = 4,76	M = 4,86	0,10	t = 3,24 (p = 0,001)*
Powinam/powiniem umieć się dobrze komunikować, żeby być dobrym członkiem zespołu terapeutycznego.	M = 4,72	M = 4,88	0,16	t = 5,54 (p < 0,001)*
Umiejętność komunikacji pozwoli mi czerpać większą satysfakcję z pracy zawodowej.	M = 4,43	M = 4,56	0,13	t = 3,20 (p < 0,001)*
Umiejętność komunikacji zmniejszy ryzyko wypalenia zawodowego.	M = 4,22	M = 4,34	0,12	t = 2,18 (p = 0,03)*
Komunikować się potrafi każdy, natomiast lekarz, pielęgniarka, położna, ratownik, dietetyk muszą posiadać wiedzę merytoryczną.	M = 3,59	M = 3,19	0,40	t = 5,01 (p < 0,001)*

¹⁴ Uczestnicy badania udzielali odpowiedzi przy użyciu skali przedziałowej 1–5.

cd. Tabeli 7

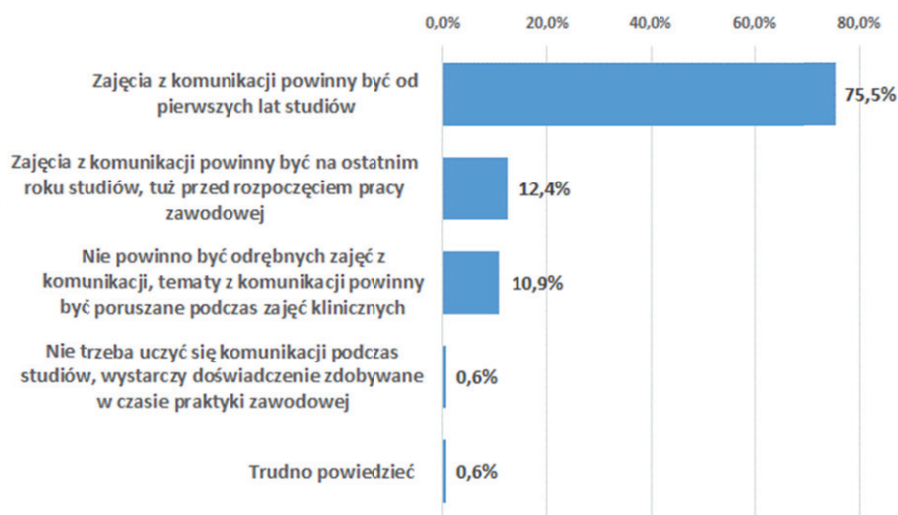
Stwierdzenie	Średnia w grupie badanej pierwszej	Średnia w grupie badanej drugiej	Różnica średnich	Wartości statystyk testu t
Komunikacji nie da się nauczyć w czasie studiów, potrzebna jest praktyka zawodowa.	M = 3,40	M = 3,16	0,24	t = 3,48 (p = 0,001)
W czasie pracy nie ma miejsca na długie rozmowy z pacjentami.	M = 3,07	M = 3,13	0,06	t = 0,94 (p > 0,05)

* Przy braku założenia o jednorodności wariancji (test Levene'a; p < 0,005).

Przekonania dotyczące uczenia się komunikacji w grupie 2

Obliczono statystyki opisowe dotyczące pytań odnoszących się do kształcenia komunikacji. Wyniki statystyk zostały przedstawione na rycinie 6. Trzy czwarte badanych studentów VI roku (75,5%) zgodziło się ze stwierdzeniem, że komunikacji należy się uczyć od początku studiów. Co dziesiąty respondent uznał, że umiejętności komunikacyjne powinny być kształtowane na ostatnim roku studiów, bezpośrednio przed rozpoczęciem pracy zawodowej (12,4%), a także że kompetencji komunikacyjnych należy uczyć podczas zajęć klinicznych (10,9%).

Ryc. 6. Opinie na temat uczenia się komunikacji wśród studentów VI roku (n = 330, 28 osób nie odpowiedziało na to pytanie)



Podsumowanie

Celem przedstawionego badania było poznanie nastawienia pierwszego rocznika studentów, rozpoczynających kształcenie z tego zakresu, do rozbudowanego obowiązkowego programu nauczania kompetencji komunikacyjnych. Ankieta była wypełniana przez Internet, z tego też powodu skoncentrowaliśmy się na zadaniu kilku najważniejszych naszym zdaniem pytań. Mielśmy obawy, by poprosić studentów o udzielenie większej liczby odpowiedzi, gdyż mogłoby to wpłynąć na rzetelność wyników. Zrezygnowaliśmy więc z wykorzystania skali CSAS, najczęściej używanej do badania postaw wobec uczenia się komunikacji. W momencie rozpoczęcia badania nie było jeszcze polskiej zwalidowanej wersji tej skali. Stanowi to ograniczenie badania, trudno bowiem odnieść uzyskane wyniki do badań innych autorów. Przystępując do badania, mieliśmy przekonanie o jego eksploracyjnym charakterze. Wśród studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego nie przeprowadzono dotąd badań dotyczących postaw wobec uczenia się komunikacji, badana grupa nie miała także wcześniej zajęć z komunikacji. Trudne zatem było sformułowanie wstępnych hipotez badawczych. W związku z tym, że wszyscy autorzy badania są równocześnie nauczycielami komunikacji, zebrane wyniki miały służyć także celom dydaktycznym.

Badani nie kwestionowali potrzeby uczenia się komunikacji w czasie edukacji medycznej. Respondenci wypełniali ankietę po zakończeniu kursu e-learningowego, podczas którego była mowa, dlaczego umiejętności komunikacyjne są ważne w praktyce medycznej. Być może dlatego deklarowali zrozumienie dla konieczności doskonalenia tych kompetencji. Oznacza to, że podczas zajęć praktycznych nie ma już konieczności przedstawiania argumentów dotyczących potrzeby zajęć z komunikacji. Czas na ćwiczeniach można poświęcić na doskonalenie poszczególnych umiejętności. Studentom warto uświadamiać znaczenie całego procesu kształtowania kompetencji komunikacyjnych. Część z respondentów uznawała bowiem, że komunikacji wystarczy uczyć się podczas zajęć klinicznych. Programy kształcenia w zakresie komunikacji są zwykle bardziej rozbudowane, tak też jest na WUM. Kształcenie zaczyna się na pierwszych latach studiów. W tym czasie studenci mają sposobność zapoznania się z podstawowymi założeniami relacji i komunikacji w medycynie, mogą przećwiczyć najważniejsze umiejętności, a także wejść w rolę pacjenta i w ten sposób poznać jego perspektywę. Podczas tych pierwszych zajęć komunikacja stanowi przedmiot nauczania niezależny od wiedzy medycznej, której na tym etapie edukacji studenci jeszcze nie posiadają. Zajęcia na I, II czy III roku studiów pokazują studentom podstawowe wartości i zasady, na których powinna być oparta relacja i komunikacja z chorym, dają przestrzeń na sprawdzenie skuteczności omawianych zasad. Ma to duże znaczenie, stanowi bowiem wzorcową podstawę, z którą studenci rozpoczynają zajęcia kliniczne.

I to jest kluczowy moment dla całego procesu kształcenia kompetencji komunikacyjnych. W Polsce często się zdarza, że studenci obserwują rozdźwięk między komunikacją, którą ćwiczyli na zajęciach, a relacjami, które widzą w szpitalach. Proces kształcenia byłby znacznie bardziej efektywny, gdyby obserwacje studentów podczas praktyk były spójne z podstawowymi zasadami komunikacji medycznej, takimi jak: prawo chorego do prywatności i intymności, szacunek dla pacjenta, empatia, autonomia chorego, znaczenie perspektywy pacjenta, angażowanie chorego i wspólne podejmowanie decyzji. Warto, by kształcenie kompetencji komunikacyjnych, zgodnie z przekonaniem badanych studentów, przebiegało także w trakcie zajęć klinicznych i stanowiło kontynuację zajęć zrealizowanych podczas pierwszych lat studiów. Należy jednak zaznaczyć, że w placówkach medycznych czas na bezpośrednie rozmowy z chorymi będzie bardzo ograniczony ze względu na dużą liczbę studentów oraz fakt, że asystenci prowadzący zajęcia nie są na ten czas zwolnieni ze swoich pozostałych obowiązków zawodowych (muszą równocześnie sprawować opiekę nad chorymi i wypełniać dokumentację). Warto także, by rozmowy z pacjentami odbywali ci studenci, którzy już wcześniej ćwiczyli kompetencje komunikacyjne i są do tego przynajmniej wstępnie przygotowani. Jest to ważne ze względu na dobro pacjentów, ale także ma na celu uchronienie studentów przed doświadczeniem sytuacji, w której nie są w stanie sobie poradzić. Wcześniejsze ćwiczenia z komunikacji dają studentom narzędzia, dzięki którym potrafią radzić sobie w trudnych sytuacjach z pacjentami, a także z emocjami, których doświadczają podczas rozmowy z chorym. Ostatnie lata studiów powinny dać studentom przestrzeń na integrowanie wiedzy medycznej z kompetencjami komunikacyjnymi. Tu kluczowe znaczenie mają zajęcia kliniczne, a także zajęcia w ramach centrów symulacji medycznych.

Przeprowadzone badanie pokazało również różnice w postrzeganiu kompetencji komunikacyjnych oraz potrzeby ich kształcenia między studentami różnych kierunków medycznych. Wyniki tego badania nie są podstawą dla zróżnicowania efektów kształcenia kursów z komunikacji realizowanych dla studentów różnych kierunków. Stanowią raczej wskazówki dla prowadzących zajęcia z komunikacji, przydatne w pracy z poszczególnymi grupami.

Warszawski Uniwersytet Medyczny, podobnie jak inne polskie uczelnie medyczne, dołączył do grona uczelni z Europy Zachodniej i Ameryki Północnej rozwijających kompetencje komunikacyjne swoich studentów. Programy kształcenia w Polsce opierają się w dużej mierze na modelach sprawdzonych za granicą¹⁵. Wyniki badań prowadzonych wśród studentów polskich uczelni – takich jak to przedstawione w niniejszym artykule – mogą być źródłem wartościowych danych. Z jednej strony ukazują globalne postawy czy oczekiwania studentów kierunków medycznych, z drugiej zaś – stanowią dla dydaktyków i badaczy źródło wiedzy

¹⁵ Na WUM program jest oparty na modelu Calgary-Cambridge, S. Kurtz, J. Silverman, J. Draper, *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*, Oxon 2006.

o środowiskowych, instytucjonalnych różnicach między studentami, a nawet między poszczególnymi uczelniami medycznymi.

Bibliografia

- Boissy A., Gilligan T., *Communication the Cleveland Clinic way: How to drive a relationship-centered strategy for exceptional patient experience*, New York 2016.
- Chojnacka-Kuraś M., *Semantyka bólu we współczesnej polszczyźnie*, Warszawa 2016.
- Embry Burrus A., Willis L.B., *Professional communication in speech-language pathology: How to write, talk, and act like a clinician*, San Diego 2016.
- Czerw A., Religioni U., Matuszna A., Lesiak K., Olejnik A., Śniadała D., *Zasady skutecznej komunikacji w placówkach medycznych*, „Hygeia Public Health” 2012, nr 47(3), s. 247–53.
- Cole S.A., Bird J., *The medical interview: The three-function approach*, Philadelphia 2013.
- Jankowska A.K., Palka E., *Kształcenie kompetencji komunikacyjnych w uczelniach medycznych na świecie*, [w:] *Wyzwania XXI wieku. Ochrona zdrowia i kształcenie medyczne*, red. J. Majkowski, A. Doroszevska, t. IV, Warszawa 2017, s. 3–18.
- Komunikacja medyczna dla studentów i lekarzy*, red. M. Nowina-Konopka, W. Feleszko, Ł. Małecki, Kraków 2018.
- Meller D., Milik A., *Komunikacja interpersonalna w zakładach opieki zdrowotnej*, „Zarządzanie i Finanse” 2014, nr 2, s. 133–144.
- Nowina-Konopka M., *Komunikacja lekarz – pacjent. Teoria i praktyka*, Kraków 2016.
- O’Toole G., *Communication: Core Interpersonal Skills for Health Professionals*, Chatswood 2016.
- Surmacka J., Motyka M., *Problemy w komunikacji klinicznej z pacjentem hospitalizowanym*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2015, nr 3, s. 386–391.
- Włoszczak-Szubzda A., Jarosz M.J., *Rola i znaczenie komunikacji w relacji lekarz – pacjent – rodzina*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2012, nr 18(3), s. 206–211.