



Katarzyna Walicka-Cupryś, Izabela Smolarz
UNIwersytet Rzeszowski

KOMPETENCJE SPOŁECZNE FIZJOTERAPEUTÓW Z REGIONU PODKARPACIA

Cel badań. Celem badań była analiza kompetencji społecznych fizjoterapeutów w ich samoocenie oraz w ocenie ich pacjentów z uwzględnieniem płci, wieku, poziomu wykształcenia oraz (w wypadku fizjoterapeutów) miejsca i stażu pracy. **Materiał i metoda.** W badaniu wzięto udział 120 osób pracujących z regionu Podkarpacia, w tym 60 fizjoterapeutów oceniających samych siebie oraz 60 pacjentów oceniających swoich fizjoterapeutów. Do oceny kompetencji społecznych fizjoterapeutów wykorzystano standaryzowany Kwestionariusz Kompetencji Społecznych (KKS). W celu analizy statystycznej różnic wyników KKS pomiędzy samooceną fizjoterapeutów a oceną pacjentów zastosowano testy t-Studenta, U Manna-Whitneya i Kruskala-Wallisza. Wyniki uznano za istotne statystycznie dla $p \leq 0,05$. **Wyniki.** Badane fizjoterapeutki w samoocenie KKS uzyskały przeciętne wyniki (sten 5), a fizjoterapeuci wysokie (sten 6). W ocenie fizjoterapeutów dokonanej przez ich pacjentów, zarówno kobiety, jak i mężczyźni uzyskali wysoki wynik w zakresie kompetencji społecznych (sten 6) świadczący o ich dużych kompetencjach społecznych. Stwierdzono również różnice w wynikach kompetencji społecznych w samoocenie fizjoterapeutów w zależności od płci. **Wnioski.** Kompetencje społeczne fizjoterapeutów są oceniane przez ich pacjentów niezależnie od płci, wieku i poziomu wykształcenia bardzo wysoko. Fizjoterapeuci, zwłaszcza kobiety, bardziej krytycznie oceniają swoje kompetencje. Samoocena dokonywana przez fizjoterapeutów jest niezależna od poziomu wykształcenia, wieku i stażu pracy.

Słowa kluczowe: kwalifikacje zawodowe, stosunki interpersonalne, fizjoterapeuci

WPROWADZENIE

Zawód fizjoterapeuty jest samodzielnym zawodem medycznym, co określa art. 2 Ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz.U., 2015, poz. 1994). Głównym celem tej profesji jest usprawnianie człowieka, czyli przywracanie mu sprawności w takim stopniu, w jakim jest to możliwe, nauka utraconych umiejętności funkcjonalnych, zapobieganie rozwojowi procesów chorobowych oraz aktywizacja osób niepełnosprawnych (Zembaty, 2002, s. 17). Podstawą wykonywania zawodu fizjoterapeuty jest odpowiednia wiedza terapeutyczna, ale także posiadanie właściwych kompetencji społecznych (Starczyńska, Błaszkiwicz i Kiebzak, 2011, s. 228). Fizjoterapeuta musi być odważny, uczciwy, potrafiący przyznać się do błędów, odpowiedzialny za swoje czyny i słowa, a także krytyczny wobec swojej osoby, pracy i otoczenia (Rusin, 2012, s. 28). Kwalifikacje fizjoterapeuty oraz odpowiedzialność zawodową określono w zapisach ustawy o zawo-

dzie fizjoterapeuty – rozdz. 2, art. 4, ust. 1 oraz rozdz. 7.

Warto również zaznaczyć, że na proces terapeutyczny duży wpływ ma samopoczucie pacjenta, jego mobilizacja do działania, a także zrozumienie, na czym polega choroba, uświadomienie sobie potrzeby rehabilitacji oraz wzbudzenie chęci do podjęcia współpracy z fizjoterapeutą (Reichmann, 2012, s. 18). Dodatkowym atutem w procesie rehabilitacyjnym jest umiejętność wykorzystywania przez terapeutów poczucia humoru, który dystansuje pacjentów od codziennych problemów i stanu chorobowego (Smrokowska-Reichmann, 2012b, s. 21).

Określone zawody wymagają określonych kompetencji społecznych, więc żadna praca nie może być wykonywana przez osoby, które nie mają do niej odpowiednich predyspozycji i nie są w nią w pełni zaangażowane (Czerw i Borkowska, 2012, s. 204; Krzysztoń i Walicka-Cupryś, 2016, s. 129). Kompetencje społeczne są nieodłącznym elementem pracy każdego człowieka, ale przede

wszystkim osób mających stały kontakt z innymi ludźmi, tak jak właśnie fizjoterapeuci, dla których codzienne tworzenie relacji interpersonalnych z pacjentem jest podstawą prawidłowo wykonywanej terapii (Matczak, 2007, s. 7).

Kompetencję społeczną można zdefiniować jako „dyspozycję warunkującą efektywność funkcjonowania w sytuacjach społecznych” (Matczak, 2007, s. 8). Powiązane są one z z takimi cechami charakteru, jak asertywność, inteligencja społeczna, ekstrawersja, zrównoważenie, aktywność, refleksyjność, opanowanie, uprzejmość, zaradność w różnych sytuacjach społecznych. Są to cechy wrodzone, których człowiek nie jest w stanie się w żaden sposób wyuczyć, jedynie w małym stopniu może je doskonalić poprzez doświadczenie w pracy i związane z nią różne sytuacje społeczne (Matczak, 2007, s. 8).

Fizjoterapeuci wypełniają swoją rolę zawodową w pracy zespołowej. Powinni zatem wyróżniać się pewnymi cechami niezbędnymi do uzyskania efektywności w realizowaniu powierzonych im zadań: ugodowością – niezawodna i odpowiednia współpraca, ekstrawersją – bycie komunikatywnym, stabilnością emocjonalną – nieuleganie emocjom i stresowi, sumiennością – bycie obowiązkowym, dokładnym i odpowiedzialnym. Są to tzw. predyktory skuteczności działania (Jones i Day, 1997, s. 89). Ważną rolę w pracy fizjoterapeuty odgrywają również takie cechy, jak akceptacja, tolerancja, troska oraz szczerść i otwartość, które wzbudzają u pacjenta zaufanie i pewność siebie (Jemioło, 2012, s. 31). Fizjoterapeuci powinni umieć wykorzystywać omawiane predyspozycje psychiczne. Wykonywanie tej profesji jedynie z kwalifikacjami merytorycznymi bez odpowiednich umiejętności interpersonalnych nie daje gwarancji na uzyskanie oczekiwanych rezultatów (Brzozowska, Andrzejewski, Kasolik i Wilk, 2013, s. 53).

Kompetencje interpersonalne są warunkiem efektywności i sukcesu zawodowego. Ich deficyt uniemożliwia rozwój umiejętności i właściwe pełnienie funkcji zawodowej. Każdy pracujący powinien doskonalić swoje kompetencje interpersonalne, aby umieć rozwiązać problemy pojawiające się

w trakcie pracy z pacjentem. Umiejętności społeczne można rozwijać poprzez trening społeczny czy trening naturalny, oparty na codziennym doświadczeniu zawodowym, polegający na wyciąganiu konstruktywnych wniosków z różnych sytuacji pojawiających się w trakcie pracy, a także treningu „o charakterze specjalistycznych oddziaływań szkoleniowych (Smółka, 2008b, s. 40). Prawidłowa ocena sytuacji, logiczne myślenie i podejmowanie decyzji adekwatnych do sytuacji jest podstawą do uzyskania pożądaných wyników pracy, dlatego warto korzystać z różnych metod edukacyjnych, które odgrywają bardzo ważną rolę w rozwoju kompetencji społecznych (Smółka, 2008a, s. 141).

Fizjoterapeuci oprócz doskonalenia swoich umiejętności interpersonalnych oraz zdobywania coraz większej wiedzy poprzez praktykę zawodową, uczestnictwo w różnych kursach fizjoterapeutycznych i konferencjach naukowych muszą chronić się przed wypaleniem zawodowym, które objawia się długotrwałym, nieprzemijającym zmęczeniem, obniżonym samopoczuciem i gorszym funkcjonowaniem fizycznym (uczucie słabości, chronicznego zmęczenia), co ma negatywny wpływ na wykonywanie przez nich obowiązków. Wypaleniu zawodowemu towarzyszy również brak satysfakcji z wykonywanej pracy oraz stres (Goetz, 2012, s. 6; Mikołajewska, 2011, s. 35; Smolak-Chirkowska, 2012; s. 186). Przed takim stanem w dużym stopniu chroni bezkonfliktowa i pozytywna atmosfera w pracy całego zespołu terapeutycznego, który mobilizuje i wspiera się wzajemnie w przezwyciężaniu wszelkich trudności (Reichmann-Smrokowska, 2012, s. 4).

CEL BADAŃ

Celem badań była ocena kompetencji społecznych fizjoterapeutów w ich samoocenie oraz w ocenie ich pacjentów z uwzględnieniem płci, wieku, poziomu wykształcenia oraz miejsca i stażu pracy.

MATERIAŁ I METODY

Badaniu poddano 120 osób, które zostały podzielone na dwie podgrupy: 60 fizjoterapeutów (GF) oraz 60 ich pacjentów (GP). Szczegółową charakterystykę grup z podziałem na płeć, wiek oraz miejsce pracy przedstawiono w tabeli 1. W tabeli 2 zamieszczono dane na temat poziomu wykształcenia badanych oraz dodatkowo dla grupy fizjoterapeutów – stażu pracy.

Badania przeprowadzono w rzeszowskich placówkach ochrony zdrowia, takich jak Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 2 im. Królowej Jadwigi, Szpital Miejski im. Jana Pawła II, NZOZ „Rudek” i NZOZ „Terapeuta”. Wszystkie badane osoby zostały poinformowane o celu i zakresie badań oraz wyraziły zgodę na wzięcie w nich udziału.

Za narzędzie badawcze posłużył Kwestionariusz Kompetencji Społecznych (KKS), który jest wykorzystywany do oceny kompetencji społecznych rozumianych jako nabyte umiejętności, warunkujące efektywność funkcjonowania człowieka w różnych sytuacjach

społecznych (Matczak, 2007, s. 14). Składa się on z 90 pytań z czterema możliwymi odpowiedziami. Sześćdziesiąt pytań stanowi pozycje diagnostyczne dotyczące kompetencji społecznych, które dzielą się na trzy skale: Skala I – kompetencje warunkujące efektywność zachowań w sytuacjach intymnych – bliskiego kontaktu interpersonalnego (15 pozycji), Skala ES – kompetencje warunkujące efektywność zachowań w sytuacjach ekspozycji społecznej (18 pozycji) i Skala A – kompetencje warunkujące efektywność zachowań w sytuacjach wymagających asertywności (17 pozycji). Pozycje diagnostycznych dotyczących umiejętności niespołecznych (10 pozycji) nie bierze się pod uwagę w obliczeniach wyników poszczególnych skal, ponieważ, jak autorka skali podaje, miały one „niski stosunek czynnikowy”, ale uwzględniane są przy obliczaniu wyniku łącznego. Pozostałe 30 pytań, to pozycje niediagnostyczne, niekwalifikujące się do żadnej ze skal, ale również uwzględniane przy obliczaniu wyniku łącznego. Odpowiedzi na każde pytanie oceniane są za pomocą czterostopniowej skali

Tab. 1. Charakterystyka badanych w zależności od czynników socjodemograficznych z podziałem na grupę fizjoterapeutów i pacjentów

	Płeć		Wiek 21–60 lat		Wiek 20 – powyżej 51 lat		Miejsce pracy	
	Ogółem		GF		GP		GF	
	K	M	F(K)	F(M)	P(K)	P(M)	placówka prywatna	placówka publiczna
N	64	56	30	30	34	26	70	50
%	53	47	50	50	57	43	58	42

K – kobiety, M – mężczyźni, F(K) – fizjoterapeutki, F(M) – fizjoterapeuci, P(K) – pacjentki, P(M) – pacjenci, GF – grupa fizjoterapeutów, GP – grupa pacjentów

Tab. 2. Charakterystyka badanych w zależności od wykształcenia i stażu pracy

	Wykształcenie								Staż pracy [lata]							
	wyższe magisterskie		zawodowe licencjackie		średnie		zawodowe		< 1		2–7		8–15		> 15	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Fizjoterapeuci	46	77	14	23	–	–	–	–	17	28	34	57	6	10	3	5
Pacjenci	17	28	18	30	21	35	4	7	–	–	–	–	–	–	–	–
Ogółem badani	64	53	32	27	22	18	4	3	–	–	–	–	–	–	–	–

od 1 („zdecydowanie źle”) do 4 („zdecydowanie dobrze”). Minimalny wynik, jaki można osiągnąć, to 60 pkt, a maksymalny – 240 pkt. Punkty odnosi się do norm stenowych, na podstawie których ocenia się wysokość kompetencji społecznych. Do oceny wyników stenowych wykorzystuje się następującą kategoryzację: 1–3 – wyniki niskie, 4–5 – wyniki przeciętne, 6–10 – wyniki wysokie. Im wyższy wynik, tym wyższa ocena kompetencji społecznych. Poza wynikiem łącznym można obliczyć także wyniki częściowe dla poszczególnych skal określających

dane kompetencje społeczne. Dla Skali I minimalny wynik to 15 pkt, maksymalny 60 pkt, dla Skali ES minimalny wynik to 18 pkt, a maksymalny 72 pkt, dla Skali A minimalny wynik to 17 pkt, a maksymalny 68 pkt. Biorąc po uwagę przedstawione przedziały, można określić wyniki częściowe dla poszczególnych skal: Skala I – 15–30 pkt – wynik niski, 31–44 pkt – wynik przeciętny, 45–60 pkt – wynik wysoki; Skala ES – 18–35 pkt – wynik niski, od 36–50 pkt – wynik przeciętny, 51–72 pkt – wynik wysoki; Skala A – 17–35 pkt – wynik niski, 36–50 pkt –

Tab. 3. Statystyczna charakterystyka wyników stenów w ocenie pacjentów dla poszczególnych skal w grupie fizjoterapeutów z uwzględnieniem ich płci

Płeć	Skala	Średnia	Minimum	Maksimum	Odchylenie standardowe	Sten (wynik)	Ocena (sten)
Mężczyźni	Skala I	46,13	36	60	5,73	7	wysoka
	Skala ES	56,2	46	71	6,79	6	wysoka
	Skala A	51,73	33	67	6,80	6	wysoka
	KKS (wynik łączny)	186,16	142	238	21,09	6	wysoka
Kobiety	Skala I	44,13	28	53	5,09	6	wysoka
	Skala ES	55,9	40	69	6,54	6	wysoka
	Skala A	50,43	39	66	6,35	6	wysoka
	KKS (wynik łączny)	182,2	134	222	18,52	6	wysoka

Skale: I – kompetencje warunkujące efektywność zachowań w sytuacjach intymnych – bliskiego kontaktu interpersonalnego, ES – kompetencje warunkujące efektywność zachowań w sytuacjach ekspozycji społecznej, A – kompetencje warunkujące efektywność zachowań w sytuacjach wymagających asertywności, KKS – Kwestionariusz Kompetencji Społecznych

Tab. 4. Statystyczna charakterystyka wyników stenów w samoocenie fizjoterapeutów dla poszczególnych skal w grupie fizjoterapeutów z uwzględnieniem ich płci

Płeć	Skala	Średnia	Minimum	Maksimum	Odchylenie standardowe	Sten (wynik)	Ocena (sten)
Mężczyźni	Skala I	44,96	37	58	5,17	7	wysoka
	Skala ES	54,03	45	67	5,66	6	wysoka
	Skala A	49,63	38	63	6,34	5	przeciętna
	KKS (wynik łączny)	179,73	154	222	15,63	6	wysoka
Kobiety	Skala I	42,6	28	57	6,16	5	przeciętna
	Skala ES	50,23	35	66	6,93	5	przeciętna
	Skala A	45,06	33	60	6,55	5	przeciętna
	KKS (wynik łączny)	168,3	131	219	19,01	5	przeciętna

Skale: I – kompetencje warunkujące efektywność zachowań w sytuacjach intymnych – bliskiego kontaktu interpersonalnego, ES – kompetencje warunkujące efektywność zachowań w sytuacjach ekspozycji społecznej, A – kompetencje warunkujące efektywność zachowań w sytuacjach wymagających asertywności, KKS – Kwestionariusz Kompetencji Społecznych

wynik przeciętny, 51–68 pkt – wynik wysoki. Do obliczania wyników służy specjalny klucz.

Dodatkowo w badaniach posłużono się autorskim kwestionariuszem w celu zebrania podstawowych informacji na temat danych socjodemograficznych fizjoterapeutów oraz pacjentów. Brano pod uwagę: płeć, wiek, poziom i rodzaj wykształcenia, miejsce pracy oraz w wypadku fizjoterapeutów – staż pracy.

Analizę statystyczną wykonano za pomocą programu Statistica 10.0 PL i Microsoft Excel. W celu prezentacji wyników użyto podstawowych statystyk opisowych, takich jak średnia, minimum, maksimum i odchylenie standardowe.

Do analizy porównawczej wyników KKS zastosowano test t-Studenta. Dodatkowo wykorzystano testy nieparametryczne: test U Manna-Whitneya: ocena różnic poszczególnych skal kompetencji społecznych pomiędzy mężczyznami a kobietami w grupie fizjoterapeutów i pacjentów, pomiędzy wykształceniem – zawodowe-wyższe oraz miejscem pracy – państwowa-prywatna placówka zdrowia w grupie fizjoterapeutów, a także test Kruskala-Wallisa: ocena różnic poszczególnych skal kompetencji społecznych w zależności od przedziałów wiekowych: 20–26 lat, 27–35 lat, 36–50 lat; stażu pracy: krócej niż rok, 2–7 lat, 8–15 lat, powyżej 15 lat w grupie fizjoterapeutów lub wykształcenia i wieku w grupie pacjentów. Za poziom istotności statystycznej przyjęto $p \leq 0,05$.

WYNIKI

Analiza statystyczna wyników pozwoliła wykazać, że badani fizjoterapeuci uzyskali wysokie wyniki (sten 6) w zakresie kompetencji społecznych w ocenie pacjentów (tab. 3). Podobny wynik (sten 6) fizjoterapeuci uzyskali w samoocenie, jednak fizjoterapeutki oceniły się nieco niżej, uzyskując przeciętny wynik (sten 5) (tab. 4). Porównując samoocenę fizjoterapeutów z oceną ich przez pacjentów, wykazano, że fizjoterapeuci byli wyżej oceniani przez pacjentów niż przez siebie samych.

Analiza wyników Skali A, ES oraz wyniku łącznego KKS dokonana testem t-Studenta pozwoliła wykazać istotne statystycznie różnice dotyczące oceny punktowej poszczególnych skal pomiędzy fizjoterapeutami a ich pacjentami. Ocena pacjentów była statystycznie istotnie wyższa niż ocena dokonana przez samych fizjoterapeutów.

Pacjenci wysoko oceniali kompetencję swoich fizjoterapeutów. Analiza wyników skali I nie wykazała istotnych różnic (tab. 5).

W dalszej części dokonano oceny wyników dla Skali I, ES, A i całego KKS (tab. 6). W wypadku Skali I zaobserwowano, że 24 osoby (40%) wysoko oceniły stosunki interpersonalne zachodzące w relacji fizjoterapeuta–pacjent, a większość badanych (53 osoby, 88%) oceniło fizjoterapeutów na nie mniej niż 45 pkt, co oznacza, że pacjenci byli zadowoleni z bliskich kontaktów interpersonalnych ze swoimi fizjoterapeutami.

Tab. 5. Różnice między oceną fizjoterapeutów dokonaną przez pacjentów a ich samooceną kompetencji społecznych

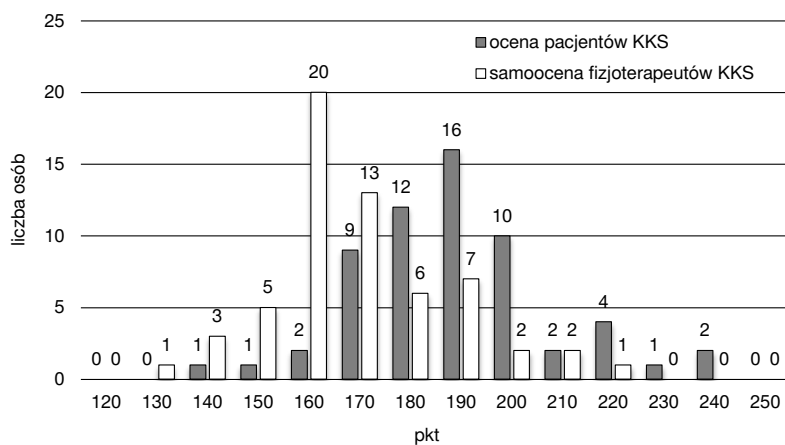
Skala kompetencji społecznych	Grupa pacjentów		Grupa fizjoterapeutów		Test t-Studenta	P
	średnia	odchylenie stand.	średnia	odchylenie stand.		
Skala I	45,13	5,47	43,78	5,76	-1,31	0,191
Skala ES	56,09	6,61	52,13	6,56	-3,25	0,001
Skala A	51,08	6,56	47,35	6,79	-3,06	0,002
KKS	184,18	19,78	174,01	18,19	-2,95	0,004

Skale: I – kompetencje warunkujące efektywność zachowań w sytuacjach intymnych – bliskiego kontaktu interpersonalnego, ES – kompetencje warunkujące efektywność zachowań w sytuacjach ekspozycji społecznej, A – kompetencje warunkujące efektywność zachowań w sytuacjach wymagających asertywności, KKS – Kwestionariusz Kompetencji Społecznych, pogrubioną czcionką zaznaczono wartość $p < 0,05$

Tab. 6. Ilościowa ocena wyników badań dla poszczególnych skal oraz całego KKS w grupie fizjoterapeutów i ich pacjentów

Skala kompetencji społecznych	Ocena	Grupa pacjentów		Grupa fizjoterapeutów	
		N	%	N	%
Skala I	wysoka	24	40	15	25
	przeciętna	35	58	43	71
	niska	1	2	2	4
Skala ES	wysoka	30	50	33	55
	przeciętna	29	48	25	41
	niska	1	2	2	4
Skala A	wysoka	35	58	20	33
	przeciętna	13	22	12	20
	niska	12	20	28	47
KKS	wysoka	47	79	18	30
	przeciętna	13	21	42	70
	niska	0	0	0	0

Skale: I – kompetencje warunkujące efektywność zachowań w sytuacjach intymnych – bliskiego kontaktu interpersonalnego, ES – kompetencje warunkujące efektywność zachowań w sytuacjach ekspozycji społecznej, A – kompetencje warunkujące efektywność zachowań w sytuacjach wymagających asertywności, KKS – Kwestionariusz Kompetencji Społecznych



Ryc. 1. Ocena kompetencji społecznych w samoocenie fizjoterapeutów i przez ich pacjentów dla KKS

Samoocena fizjoterapeutów dla Skali ES kształtowała się następująco: 33 badanych (55%) oceniło się wysoko, a 25 (41%) przeciętnie. Wyniki oceny ekspozycji społecznej fizjoterapeutów przez pacjentów były podobne: wysoko fizjoterapeutów oceniło 30 (50%), a przeciętnie 29 pacjentów (48%).

Analizując wyniki dla Skali A, stwierdzono, że ponad połowa, czyli 35 pacjentów (58%), wysoko oceniła asertywność fizjoterapeutów. Wysoko oceniło się 20 fizjoterapeutów (33%), natomiast nisko – 28 (47%).

Analizując wyniki obu badanych grup dla całościowej punktacji KKS, wykazano,

że pacjenci oceniali swoich fizjoterapeutów wyżej, niż wynika to z samooceny fizjoterapeutów. Większość pacjentów (47 osób) oceniło swoich fizjoterapeutów na 180 pkt i więcej, natomiast taką ocenę wystawiło sobie jedynie 18 fizjoterapeutów (ryc. 1).

W dalszej kolejności dokonano analizy samooceny kompetencji społecznych fizjoterapeutów w zależności od płci, wykształcenia (wyższe zawodowe, wyższe magisterskie) oraz miejsca pracy (placówka prywatna,

placówka państwowa). Jedyną istotną różnicę stwierdzono w grupie fizjoterapeutów pomiędzy kobietami i mężczyznami w samoocenie kompetencji społecznych dla Skali ES, A i KKS. Mężczyźni istotnie wyżej niż kobiety oceniali swoje kompetencje (tab. 7). W grupie pacjentów nie wykazano pod tym względem istotnych różnic (tab. 8).

Podczas analizy różnic wyników uzyskanych w poszczególnych skalach kompetencji społecznych samooceny fizjoterapeutów,

Tab. 7. Różnice między kobietami a mężczyznami w samoocenie kompetencji społecznych w grupie fizjoterapeutów

Płeć	Skala	Średnia	Odchylenie standardowe	Test U Manna-Whitneya – wartość Z	Test U Manna-Whitneya – wartość p
Mężczyzna	Skala I	44,96	5,17	-1,936	0,053
Kobieta		42,60	6,16		
Mężczyzna	Skala ES	54,03	5,66	-2,202	0,027
Kobieta		50,23	6,93		
Mężczyzna	Skala A	49,63	6,34	-2,616	0,008
Kobieta		45,06	6,55		
Mężczyzna	KKS	179,73	15,63	-3,030	0,002
Kobieta		168,30	19,01		

Skale: I – kompetencje warunkujące efektywność zachowań w sytuacjach intymnych – bliskiego kontaktu interpersonalnego, ES – kompetencje warunkujące efektywność zachowań w sytuacjach ekspozycji społecznej, A – kompetencje warunkujące efektywność zachowań w sytuacjach wymagających asertywności, KKS – Kwestionariusz Kompetencji Społecznych pogrubiłą czcionką oznaczono wartość $p < 0,05$

Tab. 8. Różnice między kobietami a mężczyznami w ocenie kompetencji społecznych fizjoterapeutów dokonanej przez ich pacjentów

Płeć	Skala	Średnia	Odchylenie standardowe	Test U Manna-Whitneya – wartość Z	Test U Manna-Whitneya – wartość p
Mężczyzna	Skala I	45,73	4,66	1,231	0,220
Kobieta		44,68	6,05		
Mężczyzna	Skala ES	56,38	5,71	0,440	0,662
Kobieta		55,79	7,30		
Mężczyzna	Skala A	50,85	6,35	0,015	0,994
Kobieta		51,26	6,81		
Mężczyzna	KSS	184,92	17,60	0,962	0,339
Kobieta		183,62	21,55		

Skale: I – kompetencje warunkujące efektywność zachowań w sytuacjach intymnych – bliskiego kontaktu interpersonalnego, ES – kompetencje warunkujące efektywność zachowań w sytuacjach ekspozycji społecznej, A – kompetencje warunkujące efektywność zachowań w sytuacjach wymagających asertywności, KKS – Kwestionariusz Kompetencji Społecznych

Tab. 9. Różnice ocen kompetencji społecznych fizjoterapeutów dokonanych przez ich pacjentów w grupach wykształcenia

Wykształcenie	Skala	Średnia	Odchylenie standardowe	Test Kruskala-Wallisa – wartość H	Test Kruskala-Wallisa – wartość p
Zawodowe		46,50	6,95		
Średnie	Skala I	43,95	6,41	1,944	0,584
Wyższe zawodowe		44,89	2,89		
Wyższe magisterskie		46,53	6,06		
Zawodowe		56,25	6,50		
Średnie	Skala ES	55,24	7,59	5,097	0,165
Wyższe zawodowe		54,11	4,98		
Wyższe magisterskie		59,06	6,35		
Zawodowe		54,25	7,89		
Średnie	Skala A	48,71	7,16	4,635	0,201
Wyższe zawodowe		51,22	4,85		
Wyższe magisterskie		53,12	6,61		
Zawodowe		188,75	23,11		
Średnie	KSS	178,33	22,26	4,173	0,243
Wyższe zawodowe		182,28	13,33		
Wyższe magisterskie		192,35	20,24		

Skale: I – kompetencje warunkujące efektywność zachowań w sytuacjach intymnych – bliskiego kontaktu interpersonalnego, ES – kompetencje warunkujące efektywność zachowań w sytuacjach ekspozycji społecznej, A – kompetencje warunkujące efektywność zachowań w sytuacjach wymagających asertywności, KKS – Kwestionariusz Kompetencji Społecznych

Tab. 10. Różnice ocen kompetencji społecznych fizjoterapeutów dokonanych przez ich pacjentów w różnych grupach wiekowych

Wiek [lata]	Skala	Średnia	Odchylenie standardowe	Test Kruskala-Wallisa – wartość H	Test Kruskala-Wallisa – wartość p
20–26		44,15	5,87		
27–35	Skala I	46,44	5,81	0,906	0,824
36–50		44,90	4,94		
51 i więcej		46,00	–		
20–26		55,45	8,04		
27–35	Skala ES	57,61	7,07	1,568	0,667
36–50		55,43	4,66		
51 i więcej		53,00	–		
20–26		50,20	6,33		
27–35	Skala A	52,39	7,11	0,856	0,836
36–50		50,90	6,59		
51 i więcej		49,00	–		
20–26		181,85	20,85		
27–35	KSS	189,11	22,11	0,932	0,818
36–50		182,52	17,12		
51 i więcej		177,00	–		

Skale: I – kompetencje warunkujące efektywność zachowań w sytuacjach intymnych – bliskiego kontaktu interpersonalnego, ES – kompetencje warunkujące efektywność zachowań w sytuacjach ekspozycji społecznej, A – kompetencje warunkujące efektywność zachowań w sytuacjach wymagających asertywności, KKS – Kwestionariusz Kompetencji Społecznych

w której brano pod uwagę wszystkie różniące czynniki (przedziały wiekowe oraz staż pracy), nie wykazano istotnych statystycznie różnic (tab. 9–10).

DYSKUSJA

Badania dotyczące kompetencji społecznych fizjoterapeutów to temat praktycznie nieporuszany, ale bardzo istotny. Odpowiednie kompetencje społeczne oraz umiejętność nawiązywania kontaktu z drugim człowiekiem są podstawą w pracy w służbie zdrowia.

Badania fizjoterapeutów dotyczące kompetencji społecznych w wykorzystaniu Kwestionariusza Kompetencji Społecznych autorstwa Matczak (2007) zostały przeprowadzone przez Zaborniak-Sobczak, Walicką-Cupryś i Cwirlej-Sozańską. (2012). Wyniki ich badań posłużyły do opracowania pierwszej publikacji na temat oceny kompetencji wśród fizjoterapeutów. Autorki wykazały, że fizjoterapeuci uzyskali wysokie oceny w zakresie kompetencji społecznych (Matczak, 2007, s. 9; Zaborniak-Sobczak i wsp., 2012, s. 7). Również w niniejszych badaniach fizjoterapeuci uzyskali wysokie wyniki kompetencji społecznych zarówno w ocenie własnej, jak i w ocenie ich pacjentów. Należy jednak zwrócić uwagę, iż wyniki samooceny fizjoterapeutów były nieco niższe niż oceny pacjentów. Łatwo więc zauważyć, że fizjoterapeuci byli wobec siebie bardziej krytyczni. Terapeuci i ich pacjenci uważali, że fizjoterapeuci potrafią zachować się nienaganie w sytuacjach intymnych i bliskiego kontaktu interpersonalnego. Jednocześnie pacjenci ocenili bardzo wysoko kompetencje społeczne fizjoterapeutów, w tym m.in. ich asertywność, co świadczy o dużym zaufaniu pacjentów do swoich fizjoterapeutów. Ciekawe wyniki badań uzyskała Rutkowska (2005, s. 4), która dokonała oceny kompetencji społecznych w grupie pielęgniarek. Jak podaje autorka, otrzymały one ocenę przeciętną, a warto podkreślić, że zawód ten wymaga stałego kontaktu interpersonalnego.

Kolejnym aspektem badanym w odniesieniu do kompetencji społecznych były róż-

nice w samoocenie w zależności od wieku i płci. W badaniach własnych nie zauważono istotnych statystycznie różnic związanych z wiekiem, natomiast płęć była zmienną różnicującą ocenę poziomu kompetencji społecznych. Mężczyźni oceniający się na podstawie KKS uzyskali wysokie wyniki, a kobiety osiągnęły wynik przeciętny. Możliwe, że mężczyźni są bardziej zdecydowani, precyzyjniejsi w swoich działaniach i silni fizycznie, co ma wpływ na wykonywanie niektórych zabiegów czy ćwiczeń leczniczych. Być może kobiety są bardziej krytyczne w stosunku do swoich umiejętności zawodowych w porównaniu z mężczyznami, ponieważ nie stwierdzono takich różnic w ocenie kobiet i mężczyzn fizjoterapeutów przez ich pacjentów: dla obu płci ocena była tak samo wysoka. Biorąc pod uwagę wszystkie wyniki, można stwierdzić, że fizjoterapeuci odznaczają się wysokimi kompetencjami społecznymi, mają nienaganne predyspozycje do pracy w środowisku medycznym, która wymaga stałego i prawidłowego kontaktu z drugim człowiekiem, budowania odpowiednich relacji interpersonalnych i wyrozumiałości w różnych sytuacjach.

W cytowanej pracy Zaborniak-Sobczak i wsp. (2012, s. 7) autorki nie stwierdziły różnic w ocenie kompetencji społecznych w zależności od wieku i płci. W badaniach przeprowadzonych przez Rutkowską (2005, s. 14) ciekawa okazała się odnotowana przez autorkę w grupie pielęgniarek zależność posiadanych kompetencji społecznych od wieku. Badane w wieku od 31 do 38 lat odznaczały się wyższymi kompetencjami niż pielęgniarki młodsze lub starsze.

W badaniach własnych wykazano, że staż czy miejsce pracy fizjoterapeutów nie różnicowało istotnie samooceny kompetencji społecznych, co okazało się zgodne z wynikami badań innych autorów (Rutkowska, 2005, s. 12; Zaborniak-Sobczak i wsp., 2012, s. 11). Warto jednak zaznaczyć, że staż pracy jest dość istotnym czynnikiem wpływającym na utrwalanie i naukę różnych umiejętności, w tym interpersonalnych.

Na podstawie danych zebranych w badaniach własnych odnotowano, że wykształcenie fizjoterapeutów nie różnicowało ich samooceny w odniesieniu do poziomu kom-

petencji społecznych, natomiast w badaniach przedstawionych w pracy Zaborniak-Sobczak i wsp. (2012, s. 12) taką różnicę stwierdzono. Może to oznaczać, że kompetencje społeczne kształtują się wraz z rozwojem umiejętności zawodowych oraz licznych sytuacji wymagających odpowiednich zachowań interpersonalnych w pracy z pacjentem w czasie odbywanych praktyk.

Kompetencje społeczne są miarą aktywności zawodowej i gwarancją sukcesu w pracy. Bez nich oraz bez odpowiednich umiejętności interpersonalnych, cech charakteru, właściwego zachowania i podejścia do pacjenta fizjoterapeuta nie miałby szans na prawidłowe wykonywanie swojej profesji. Fizjoterapeuta powinien wykonywać swoje obowiązki zawodowe z pewnością siebie, swoich umiejętności i kompetencji, a także być odważny, wytrwały i odpowiedzialny. Musi mieć odpowiednie kompetencje, co pozwala mu dążyć do samodoskonalenia się, a także umiejętnie budować relacje interpersonalne ze współpracownikami oraz pacjentami. Wysoce rozwinięte kompetencje społeczne są podstawą wykonywania tego zawodu (Hebda i Madejski, 2004, s. 393).

Kompetencje społeczne wiążą się z pewnymi cechami charakteru, takimi jak temperament, czy samoświadomość człowieka, które niewątpliwie mają wpływ na komunikację interpersonalną (Dzierżak, 2009, s. 197). Brak odpowiednich kompetencji społecznych u fizjoterapeutów może mieć negatywny wpływ na jakość i efekt terapii: prowadzą do niezadowolenia pacjenta, a także osłabiają go psychicznie i zniechęcają do współpracy z fizjoterapeutą (Jemioło, 2012, s. 29). Dlatego osoba wykonująca ten zawód powinna mieć takie kompetencje, aby wszelkie polecenia i zalecenia kierowane do pacjenta były dla niego zrozumiałe i aby umiał je prawidłowo wykonywać zarówno podczas terapii, jak i po jej zakończeniu. Takie podstawowe zadanie, a zarazem jedno z najtrudniejszych w procesie usprawniania fizjoterapeutycznego, wymaga od terapeuty odpowiednich kompetencji, umiejętności komunikowania się oraz podstawy wiedzy psychologicznej (Heszen i Sęk, 2007, s. 193).

Podsumowując, należy jeszcze raz podkreślić, że właśnie kompetencje społeczne

są warunkiem koniecznym dla prawidłowego wykonywania pracy fizjoterapeuty, a dla samooceny tych ostatnich niewątpliwie ważna jest świadomość, że dobrze wykonują swój zawód, pomagając tym samym ludziom chorym.

WNIOSKI

1. Fizjoterapeuci wysoko ocenili swoje kompetencje, jednak byli wobec siebie bardziej krytyczni i ich oceny były niższe od wystawianych im przez pacjentów.

2. W grupie fizjoterapeutów mężczyźni wyżej niż kobiety ocenili swoje kompetencje społeczne. Inne czynniki nie różnicowały poziomu oceny poszczególnych skal kompetencji społecznych zarówno w grupie fizjoterapeutów, jak i pacjentów.

BIBLIOGRAFIA

- Brzozowska, E., Andrzejewski, W., Kassolik, K., Wilk, I. (2013). Kompetencje i predyspozycje psychofizyczne do wykonywania zawodu masażysty. *Rehabilitacja w praktyce*, 1, 52–53.
- Czerw, A., Borkowska, A. (2012). Zróżnicowanie struktury wartości realizowanych w pracy wśród pracowników zawodów z misją społeczną. *Czasopismo Psychologiczne*, 18, 204.
- Dzierżak, E. (2009). Komunikacja w relacji lekarz – pacjent a skuteczność leczenia w przebiegu różnych procesów chorobowych. W: K. Janowski, A. Cudo (red.), *Człowiek chory. Aspekty biopsychosocjalne* (s. 194–209). Lublin: CPiPP.
- Goetz, M. (2012). Stres – skąd się bierze? *Emocje*, 4, 6.
- Hebda, P., Madejski, J. (2004). *Zawód z pasją nauka, praca, kariera*. Bielsko-Biała: Park.
- Heszen, I., Sęk, H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: PWN.
- Jemioło, M. (2012). Profesjonalna i skuteczna komunikacja z podopiecznym/pacjentem. *MEDI*, 4(54), 29–33.
- Jones, K., Day, J.D. (1997). Discrimination of two aspects of cognitive-social intelligence from academic intelligence. *Journal of Educational Psychology*, 89, 486–497.
- Krzysztoń, I., Walicka-Cupryś, K. (2016). Fizjoterapeuta jako zawód medyczny, jego kompetencje społeczne na tle innych zawodów medycznych. W: T. Pop (red.), *Rehabilitacja*, (s. 125–137). Rzeszów: Bonus Liber.

- Matczak, A. (2007). Wprowadzenie. W: A. Matczak, *Kwestionariusz Kompetencji Społecznych KKS* (s. 5–14). Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Mikołajewska, E. (2011). Wpływ relacji pacjent–fizjoterapeuta na efekty usprawniania – narracyjny przegląd literatury. *Reh Med*, 15, 35–38.
- Reichmann, W. (2012). Spotkania, rozmowy, psychoedukacja z pacjentami psychiatrycznymi. Konstruowanie długofalowego programu opieki środowiskowej. *Tematy Wspólne*, 1, 18.
- Rusin, M. (2012). Wzór osobowy współczesnego fizjoterapeuty. *Rehabilitacja Medyczna*, 16, 28, 31.
- Rutkowska, K. (2005). Uwarunkowania kompetencji społecznych pielęgniarek – wybrane problemy. *Nasz Głos, Pismo Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Lublin*, 5, 12–15.
- Smolak-Chirkowska, T. (2012). Zaangażowanie w pracę w kontekście dopasowania człowieka do pracy. *Czasopismo Psychologiczne*, 18, 186.
- Smrokowska-Reichmann, A. (2012a). Nasze nieporozumienia powszednie... Błędy komunikacyjne a skuteczność profesjonalnego pomagania. Model optymalnej komunikacji. *Tematy Wspólne*, 2, 4–5.
- Smrokowska-Reichmann, A. (2012b). Technika prowokatywna w pracy socjalnej, poradnictwie i interwencjach psychoterapeutycznych. *Tematy Wspólne*, 10, 18–23.
- Smółka, P. (2008a). Rola metod edukacyjnych w rozwoju kompetencji społecznych. W: M. Dąbrowski (red.), *Kompetencje społeczne: metody pomiaru i doskonalenia umiejętności interpersonalnych* (s. 139–141). Kraków: Wolters Kluwer Polska.
- Smółka, P. (2008b). Uwarunkowania kompetencji społecznych. W: M. Dąbrowski (red.), *Kompetencje społeczne: metody pomiaru i doskonalenia umiejętności interpersonalnych* (s. 39–46). Kraków: Wolters Kluwer Polska.
- Starczyńska, M., Błaszkiwicz, E., Kiebzak, W. (2011). Zawód fizjoterapeuty w opinii grupy zawodowej. *Fizjoterapia Polska*, 3(4), 228.
- Ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty. Dz.U., 2015, poz. 1994.
- Zaborniak-Sobczak, M., Walicka-Cupryś, K., Ćwirlej-Sozańska, A. (2012). Kompetencje społeczne pracowników ochrony zdrowia na przykładzie fizjoterapeutów. *Postępy Rehabilitacji*, 2, 5–12.
- Zembaty, A. (2002). Rodowód fizjoterapii. W: A. Zembaty (red.), *Kinezyterapia I*, (s. 16–18). Kraków: Kasper.

Abstract

Social competence of physiotherapists in the region of Subcarpathia

Background. The aim of the study was to analyse the social competence of physiotherapists in their self-assessment and in their patients' opinion with the consideration of gender, age, educational level, place of work, and seniority. **Material and methods.** The study involved 120 people working in Subcarpathia, including 60 physiotherapists evaluating themselves and 60 patients assessing their physiotherapists. The standardized Social Competence Questionnaire was used to assess the social competence of physiotherapists. For the statistical analysis of differences in the questionnaire results between the physiotherapists' self-assessments and their evaluation made by their patients, the t-Student, U Mann-Whitney, and Kruskal-Wallis tests were applied. The results were considered statistically significant for $p \leq 0.05$. **Results.** The female physiotherapists obtained average results in the self-assessment (sten 5), while the outcomes were high for males (sten 6). In the case of patients' evaluation, both male and female physiotherapists achieved high social competence scores (sten 6). **Conclusions.** The social competence of physiotherapists in the assessment of their patients is very high regardless of gender, age, or education level of the patients. Physiotherapists, particularly women, evaluate their own competence more critically than their patients. Regardless of age, level of education, place of work, and seniority, male physiotherapists highly assess their competence. The level of physiotherapists' social competence is high and patients are satisfied with their therapists' work.

Key words: professional qualification, interpersonal relations, physiotherapists

Praca wpłynęła do Redakcji: 27.07.2017

Po recenzji: 16.11.2017

Zaakceptowano do druku: 29.11.2017

Adres do korespondencji:

Katarzyna Walicka-Cupryś

Wydział Medyczny

Instytut Fizjoterapii

Katedra Rehabilitacji

Uniwersytet Rzeszowski

ul. Rejtana 16 c

35-959 Rzeszów

e-mail: kwcuprys@univ.rzeszow.pl

Jak cytować:

Walicka-Cupryś, K., Smolarz, I. (2017). Kompetencje społeczne fizjoterapeutów z regionu Podkarpacia. *Rozprawy Naukowe AWF we Wrocławiu*, 59, 38–49.