



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
FIZIOTERAPIJA

**UČINEK KLINIČNEGA USPOSABLJANJA NA
KOMUNIKACIJSKE SPRETNOSTI IN
VEŠČINE ŠTUDENTOV FIZIOTERAPIJE –
KVANTITATIVNA RAZISKAVA**

**CLINICAL PRACTICE AND ITS EFFECT ON
THE COMMUNICATION SKILLS OF
PHYSIOTHERAPY STUDENTS – A
QUANTITATIVE STUDY**

Mentorica:izr. prof. dr. Sanela Pivač

Kandidatka: Lucija Pretnar

Jesenice, oktober, 2026

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici izr. prof. dr. Saneli Pivač za usmeritve pri pisanju diplomskega dela. Iskreno se zahvaljujem dr. Moniki Zadnikar, viš. pred., za recenzijo diplomskega dela, dragocene usmeritve in podporo pri zaključevanju študija. Hvaležna sem za ves čas in trud, ki mi ju je namenila, ter za spodbudne besede, ki so mi pri zaključevanju študija veliko pomenile. Zahvaljujem se tudi dipl. slov. Špeli Komac za lektoriranje diplomskega dela.

Posebna zahvala gre mojemu fantu za potrpežljivost, razumevanje in podporo ter moji družini, ki mi je ves čas študija stala ob strani.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Komunikacijske spretnosti in veščine so pomemben del fizioterapevtske obravnave in vzpostavljanja odnosa s pacientom. Klinično usposabljanje študentom omogoča neposreden stik s pacienti ter uporabo in razvoj komunikacijskih spretnosti in veščin v kliničnem okolju.

Cilj: Raziskati učinek kliničnega usposabljanja na razvoj komunikacijskih spretnosti in veščin pri študentih prve stopnje študijskega programa Fizioterapija na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin.

Metode: Uporabili smo kvantitativno metodo raziskovanja ob uporabi spletnega vprašalnika. V raziskavi je sodelovalo 78 študentov prve stopnje študijskega programa Fizioterapija na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin. Za prikaz osnovnih značilnosti podatkov smo uporabili opisno statistiko, za ugotavljanje razlik med skupinami Mann-Whitneyjev U-test, za ugotavljanje povezanosti med spremenljivkami pa Spearmanov koeficient korelacije. Za statistično značilnost smo upoštevali stopnjo statistične pomembnosti na ravni 0,05 in manj.

Rezultati: Ugotovljena je bila statistično značilna razlika v komunikacijskih spretnostih glede na obseg kliničnega usposabljanja, pri čemer so študenti, ki so klinično usposabljanje opravili več kot enkrat, dosegli višji skupni rezultat komunikacijskih spretnosti ($p = 0,008$). Študenti so visoko ocenili izboljšanje verbalne in neverbalne komunikacije, med elementoma empatične komunikacije je izstopalo aktivno poslušanje. Statistično značilna razlika je bila ugotovljena tudi pri samozavesti glede na obseg kliničnega usposabljanja ($p = 0,001$). Samozavest pri komunikaciji je bila najmočnejše pozitivno povezana z večjo samostojnostjo pri delu ($p < 0,001$).

Razprava: Ugotovitve kažejo na pomembno vlogo kliničnega usposabljanja pri razvoju komunikacijskih spretnosti in veščin ter samozavesti študentov fizioterapije. Pri tem so pomembni obseg kliničnega usposabljanja, samostojnost pri delu ter podpora in povratne informacije mentorjev. Pri načrtovanju kliničnega usposabljanja bi bilo smiselno študentom omogočiti čim več neposrednega dela s pacienti ter postopnega prevzemanja samostojnosti in odgovornosti.

Ključne besede: pacienti, mentorstvo, klinično okolje, samozavest

SUMMARY

Theoretical Background: Communication skills and competences are important in physiotherapy treatment and in establishing relationships with patients. Clinical training enables students direct patient contact and allows them to develop communication skills and competences in the clinical setting.

Goals: The aim was to investigate the effect of clinical training on communication skills and competences in undergraduate physiotherapy students from the Angela Boškin Faculty of Health Care.

Methods: A quantitative online questionnaire study included 78 undergraduate physiotherapy students from the Angela Boškin Faculty of Health Care. Descriptive statistics were used for basic data characteristics, the Mann-Whitney U test was used for differences between groups, and Spearman's correlation coefficient for associations between variables. Statistical significance was set at $p \leq 0.05$.

Results: A statistically significant difference in communication skills was found for the extent of clinical training, with students who had completed clinical training more than once achieving a higher overall communication skills score ($p = 0.008$). Students rated improvements in verbal and non-verbal communication highly, while active listening stood out among the elements of empathic communication. A significant difference in self-confidence according to the extent of clinical training was also identified ($p = 0.001$). Self-confidence in communication was most strongly positively associated with greater independence at work ($p < 0.001$).

Discussion: The findings indicate that clinical training plays an important role in the development of communication skills and competences, and in the self-confidence of physiotherapy students. The extent of clinical training, independence at work, as well as support and feedback from mentors are important in this process. When planning clinical training, it would be beneficial to provide many opportunities for direct patient work and for enabling students to gradually assume greater independence and responsibility.

Key words: patients, mentorship, clinical environment, self-confidence

KAZALO

1 UVOD	1
2 TEORETIČNI DEL	3
2.1 OPREDELITEV IN POMEN KOMUNIKACIJE	3
2.1.1 Komunikacijske spretnosti in veščine	4
2.2 KOMUNIKACIJA V FIZIOTERAPIJI	5
2.2.1 Pomen komunikacije v fizioterapevtski obravnavi	6
2.3 KLINIČNO USPOSABLJANJE ŠTUDENTOV FIZIOTERAPIJE	7
2.3.1 Namen in pomen kliničnega usposabljanja	7
2.3.2 Vloga kliničnega mentorja	8
2.3.3 Izzivi študentov v kliničnem okolju	9
2.4 KOMUNIKACIJSKE SPRETNOSTI IN VEŠČINE ŠTUDENTOV FIZIOTERAPIJE V KLINIČNEM OKOLJU	10
2.4.1 Samozavest in samostojnost študentov pri komunikaciji	12
2.4.2 Dejavniki, ki vplivajo na razvoj komunikacijskih spretnosti	13
3 EMPIRIČNI DEL	15
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	15
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	15
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	15
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov	16
3.3.2 Opis merskega instrumenta	16
3.3.3 Opis vzorca	17
3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	19
3.4 REZULTATI	20
3.5 RAZPRAVA	27
3.5.1 Omejitve raziskave	31
3.5.2 Doprinos za stroko ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo	32
4 ZAKLJUČEK	33
5 LITERATURA	35
6 PRILOGE	
6.1 MERSKI INSTRUMENT	

KAZALO TABEL

Tabela 1: Zanesljivost merskega instrumenta	17
Tabela 2: Spol anketiranih študentov	18
Tabela 3: Starosti anketiranih študentov	18
Tabela 4: Letnik študija anketirancev	19
Tabela 5: Način študija	19
Tabela 6: Število opravljenih kliničnih usposabljanj	20
Tabela 7: Predhodni stik s pacienti v kliničnem okolju.....	20
Tabela 8: Ocena komunikacijskih spretnosti in izkušenj med kliničnim usposabljanjem	21
Tabela 9: Komunikacijske spretnosti glede na obseg kliničnega usposabljanja	23
Tabela 10: Področja komunikacije glede na prvo mesto izboljšanja komunikacijskih spretnosti po kliničnem usposabljanju.....	23
Tabela 11: Ocena izboljšanja verbalne in neverbalne komunikacije ter elementov empatične komunikacije	24
Tabela 12: Samozavest študentov pri komunikaciji s pacienti in dejavniki, povezani z njo	25
Tabela 13: Samozavest pri komunikaciji s pacienti glede na obseg kliničnega usposabljanja	26
Tabela 14: Povezanost samozavesti pri komunikaciji z dejavniki kliničnega usposabljanja	26
Tabela 15: Situacije, ki so študentom pomagale izboljšati komunikacijske spretnosti in veščine	27

SEZNAM KRAJŠAV

FZAB Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin

1 UVOD

Komunikacija je vez med pridobivanjem informacij in njihovim sporočanjem drugim ljudem. Učinkovitost prenosa in sprejemanja informacij odraža raven posameznikovih komunikacijskih spretnosti. Po definiciji Oxfordskega slovarja je komunikacija izmenjava informacij med posamezniki ali skupinami. Med seboj komunicirajo vsa živa bitja, načini sporazumevanja pa se razlikujejo (Alnaser, 2020).

Komunikacija je sestavni del delovanja zaposlenih v mnogih poklicih, zlasti v zdravstvu in socialnem varstvu. Vsak človek v procesu komunikacije želi biti slišan in razumljen. Znati komunicirati pomeni prilagoditi način sporazumevanja konkretni situaciji, sogovorniku in zastavljenemu cilju ter vse to vpeti v kontekst temeljnih etičnih načel. Pacienti, ki se soočajo z boleznijo ali drugimi življenjskimi stiskami, potrebujejo podporo iz osebnega in tudi iz zdravstvenega okolja. V takšnih okoliščinah lahko fizične, kognitivne ali čustvene ovire otežijo sporazumevanje, zato morajo zdravstveni delavci znati te ovire prepoznati in jim prilagoditi svojo komunikacijo. Profesionalen in sočuten odnos lahko pomembno prispeva k pacientovemu občutku varnosti, razumevanja in povezanosti ter h krepitvi volje do življenja (Mošmondor & Fale, 2022).

Učinkovita izmenjava informacij med zdravstvenimi delavci in pacienti je zelo pomembna, saj lahko pomembno prispeva k boljši prognozi, učinkovitejši terapiji in večjemu zadovoljstvu pacientov, hkrati pa zmanjšuje stroške zdravstvene oskrbe. Nasprotno lahko slaba ali nepravilna komunikacija privede do povečanega tveganja za napake ter napačnega razumevanja diagnoze, poteka terapije ali prejetih navodil ob odpustu iz bolnišnice oz. ambulantni fizioterapiji (Solvang & Fougner, 2023). Pacienti pogosto ocenjujejo kakovost zdravstvene obravnave glede na to, kako dobro jih zdravnik oziroma fizioterapevt posluša, kakšna je njegova neverbalna komunikacija ter ali upošteva njihove skrbi, želje in mnenja. Kakovost obravnave se ocenjuje tudi glede na natančnost razlage diagnoze in zdravljenja ter glede na to, v kolikšni meri so pacienti vključeni v sprejemanje odločitev o svoji oskrbi oz. zdravljenju (Alnaser, 2020).

Klinično usposabljanje predstavlja edinstveno učno izkušnjo, saj se študenti srečajo z resničnimi kliničnimi situacijami in pacienti. V primerjavi s poučevanjem v učilnici je klinično okolje manj predvidljivo. Izkušnje študentov med kliničnim usposabljanjem se zato lahko razlikujejo (Milanese, et al., 2013).

Z diplomskim delom smo raziskali, kakšen učinek ima klinično usposabljanje na razvoj komunikacijskih spretnosti in veščin študentov fizioterapije. Med kliničnim usposabljanjem študenti pridobivajo praktične izkušnje ter razvijajo sposobnost ustreznega komuniciranja v različnih situacijah. Raziskava omogoča vpogled, kako študenti ocenjujejo svoje komunikacijske spretnosti ter v kolikšni meri njihov razvoj povezujejo z izkušnjami, pridobljenimi med kliničnim usposabljanjem.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 OPREDELITEV IN POMEN KOMUNIKACIJE

Komunikacija je proces ustvarjanja pomena, ki vključuje izmenjavo idej in medsebojno interakcijo posameznikov. Opredelimo jo lahko tudi kot proces prenosa sporočil in informacij od ene osebe do druge. Poteka v družbenem okolju, pri čemer v komunikacijskem procesu sodelujeta pošiljatelj in prejemnik. Med njima poteka izmenjava različnih signalov, ki se lahko izražajo z besedami, glasom in govorico telesa ali drugimi elementi. Komunikacija ni le izmenjava informacij, temveč tudi vzpostavljanje medsebojnega razumevanja med sodelujočimi. Pomemben del komunikacijskega procesa je tudi povratna informacija, s katero se prejemnik odzove na prejeto sporočilo (Ratna, 2019).

Neverbalna komunikacija omogoča predajanje sporočil brez neposredne uporabe besed, pri čemer imajo pomembno vlogo obrazna mimika, govorica telesa in značilnosti glasu (Hall, et al., 2019). Med neverbalne načine komunikacije sodijo tudi geste, očesni stik in dotik, pri govoru pa se neverbalni elementi lahko izražajo z intonacijo, ritmom in tempom govora (Venu & Reddy, 2016).

Verbalna komunikacija temelji na uporabi besed, govora in jezika ter omogoča izmenjavo informacij s sogovornikom. Pri pogovoru je mogoč takojšen odziv sogovornika, s čimer pridobimo povratno informacijo glede razumevanja sporočenega sporočila. Verbalno komunikacijo pogosto spremljajo tudi neverbalni elementi, ki lahko prispevajo k boljšemu razumevanju sporočila (Fatimayin, 2018).

Na področju zdravstva ima komunikacija pomembno vlogo, saj omogoča izmenjavo informacij med udeleženci zdravstvene obravnave. Zdravstvenim delavcem omogoča ustrezno izvajanje oskrbe pacientov, pri čemer so pomembne natančnost, temeljitost in pravočasnost sporočenih informacij. Ustrezna komunikacija je pomembna tudi za učinkovito delovanje zdravstvenega tima (Alnaser, 2020).

V raziskavi med zdravstvenimi delavci iz sedmih evropskih držav je bilo izboljšanje odnosa med zdravstvenimi delavci in pacienti prepoznano kot eden pomembnih rezultatov uspešne zdravstvene komunikacije (Zota, et al., 2023).

Učinkovita komunikacija je tako pomemben del zdravstvene obravnave, saj omogoča ustrezno izmenjavo informacij med zdravstvenimi delavci in pacienti (Alnaser, 2020).

2.1.1 Komunikacijske spretnosti in veščine

Komunikacijska kompetenca je sposobnost doseganja komunikacijskih ciljev na družbeno ustrezen način. Pri tem vključuje izbiro in uporabo komunikacijskih spretnosti, ki so glede na situacijo učinkovite in primerne. Komunikacijske spretnosti zajemajo verbalno in neverbalno komunikacijo ter jih je mogoče pridobivati postopno z izkušnjami in ponavljajočimi vajami (Kiessling, et al., 2021).

Komunikacijske kompetence fizioterapevtov vključujejo sposobnost pridobivanja informacij, ustreznega svetovanja in podajanja terapevtskih navodil ter vzpostavljanja skrbnega odnosa s pacientom (Urea, 2023). Pri komunikaciji s pacientom je pomembno upoštevati njegove življenjske razmere in individualne značilnosti (Włoszczak-Szubda & Jarosz, 2013). Pomemben del komunikacije s pacientom je empatična komunikacija, ki je usmerjena zlasti v prepoznavanje čustvenih odzivov pacienta in odzivanje nanje. Pri tem ima pomembno vlogo poslušanje, ki ga dopolnjujeta spodbujanje pacienta in sodelovanje z njim pri obravnavi. Izražanje čustev lahko fizioterapevtu omogoča boljše razumevanje pacientovih težav, odzivanje na čustvene situacije pa lahko predstavlja tudi izziv (Chapman, et al., 2022).

Kot že omenjeno sta poslušanje in razumevanje pacientovih želja in pričakovanj pomembna dela komunikacije. Med fizioterapevtsko obravnavo sta enako pomembna kot pogovor o zdravljenju in oskrbi (Urea, 2023). Fizioterapevti lahko paciente spodbujajo h komunikaciji z različnimi tehnikami. Mednje sodijo vprašanja o življenjskem slogu in odprta vprašanja, očesni stik in prikimavanje pa lahko spodbujata, da se pogovor nadaljuje (Chapman, et al., 2022). Pri komunikaciji s pacienti je pomembno, da

fizioterapevt jasno sporoča informacije in preveri, ali jih je pacient razumel. Pri tem lahko pojasni strokovne izraze in povzame pacientovo pripoved (Van der Scheer-Horst, et al., 2023).

Komunikacijske spretnosti so torej skupek sposobnosti, ki omogočajo posamezniku učinkovito in ustrezno sporazumevanje ter prilagajanje komunikacije posamezni situaciji in pacientu. Njihov razvoj je postopen proces, ki poleg teoretičnega znanja zahteva možnosti za praktično uporabo, pridobivanje izkušenj in soočanje z različnimi situacijami na področju komunikacije (Kiessling, et al., 2021).

2.2 KOMUNIKACIJA V FIZIOTERAPIJI

Komunikacija v procesu fizioterapevtske obravnave poteka na različnih ravneh. Vključuje komunikacijo s pacientom in njegovimi svojci ter komunikacijo med člani zdravstvenega tima. Pomembne pa niso le informacije, ki so sporočene svojcem in pacientu, temveč tudi način njihovega sporočanja (Urea, 2023).

Telesna komunikacija je pomemben del interakcije med pacientom in fizioterapevtom zaradi fizične narave poklica. Pacientom omogoča izražanje strinjanja z obravnavo in aktivno sodelovanje med obravnavo, kar je še posebno pomembno v situacijah, ko je verbalna komunikacija otežena. Fizioterapevti lahko s pomočjo telesne komunikacije pacienta ustrezno usmerjajo skozi potek obravnave. Telesna komunikacija ima lahko poleg pozitivnega tudi negativen učinek, kar lahko vodi v nezaupanje pacienta ali občutek pomanjkanja varnosti (Good, et al., 2024).

Miciak, et al. (2019) opisujejo pomen upoštevanja pacienta kot posameznika in ne le njegove vloge v procesu rehabilitacije ter enakopravnega odnosa med fizioterapevtom in pacientom. Fizioterapevtski postopki so pri tem prilagojeni posamezniku, pri čemer so upoštrevane njegove izkušnje. Avtorji izpostavljajo tudi, da je pomembna osebna zavzetost fizioterapevta. Glede na pacientove potrebe in situacijo lahko fizioterapevt obravnavi nameni več časa in energije. Pomembna naloga fizioterapevta je tudi, da

pacientu razloži njegove težave in skupaj z njim oblikuje načrt rehabilitacije. Na ta način je pacient aktivno vključen v proces obravnave.

Pri svojem delu fizioterapevti sodelujejo z različnimi zdravstvenimi delavci. Za dobro sodelovanje so pomembni medsebojno povezovanje članov tima ter poznavanje in razumevanje njihovih vlog. Učinkovita komunikacija med zdravstvenimi delavci je pomembna za zagotavljanje celostne oskrbe pacienta (Champoux, et al., 2025). V raziskavi Seaton, et al. (2024) so fizioterapevti dobro komunikacijo povezovali z boljšim kliničnim delom ter bolj usklajenim in učinkovitim potekom obravnave pacienta. Pomanjkanje komunikacije med člani zdravstvenega tima lahko privede do neusklajenosti pri izvajanju posameznih postopkov in zmede pri pacientu (Seaton, et al., 2024).

2.2.1 Pomen komunikacije v fizioterapevtski obravnavi

Telesna komunikacija ima pomembno vlogo pri prilagajanju fizioterapevtske obravnave. Fizioterapevt z opazovanjem pacientovih odzivov prilagaja svoj terapevtski pristop. Odzivnost na pacientovo telesno govorico lahko pacientu pomaga tudi pri boljšem razumevanju lastnih telesnih odzivov in težav (Good, et al., 2024).

Komunikacijske spretnosti imajo pomembno vlogo pri razvijanju terapevtskega odnosa med fizioterapevtom in pacientom. Pri tem so poleg komunikacijskih spretnosti pomembni tudi pristop in odzivnost fizioterapevta ter aktivno sodelovanje pacienta in fizioterapevta med obravnavo. Ustrezen pristop med procesom obravnave lahko krepi odnos med fizioterapevtom in pacientom ter prispeva k vzpostavljanju pacientovega zaupanja v fizioterapevta (Miciak, et al., 2019). Vzpostavljeno zaupanje je pacientom omogočilo, da so se odprli. Terapevtski odnos se je poglobljal, kadar je bila obravnava za pacienta osebno pomembna in je temeljila na sodelovanju s fizioterapevtom (Jugand, et al., 2026). Kakovosten fizioterapevtski odnos je povezan z večjim zadovoljstvom pacientov, upoštevanjem zdravljenja in pozitivnimi kliničnimi izidi (Miciak, et al., 2019).

2.3 KLINIČNO USPOSABLJANJE ŠTUDENTOV FIZIOTERAPIJE

Študenti v kliničnem okolju razvijajo kompetence in spretnosti, potrebne za nadaljnje poklicno delo. Izziv pri tem predstavlja zagotavljanje kakovostnega kliničnega usposabljanja (Sellberg, et al., 2022). Klinično usposabljanje omogoča študentom, da se srečajo z avtentičnimi situacijami in imajo možnost izkazati svoje kompetence. Klinično okolje je tako za študenta hkrati delovno in učno okolje (Patton, et al., 2018). Praktične izkušnje in stik z različnimi pacienti pomagajo študentom pri oblikovanju lastnega pristopa in prepoznavanju vzorcev. Razvoj kliničnega razmišljanja je odvisen od možnosti, ki jih ponuja klinično okolje, kompleksnosti pacientov, s katerimi se študenti srečujejo, in mentorjev, ki jim dajo možnost prepoznavanja in učenja (Wijbenga, et al., 2019).

Pomembna je tudi refleksija o izkušnjah, pridobljenih med kliničnim usposabljanjem. Klinični mentorji so študente spodbujali k razmišljanju o kliničnih situacijah, pri čemer so na temeljih ponavljajoče se refleksije pridobivali nova spoznanja iz praktičnih izkušenj (Ramakrishnan, et al., 2022).

Klinično usposabljanje je torej pomemben del izobraževanja študentov fizioterapije, saj jim omogoča pridobivanje praktičnih izkušenj, razvoj kompetenc in kliničnega razmišljanja ter refleksijo o pridobljenih izkušnjah. Ob tem se študenti postopno pripravljajo na zahteve, s katerimi se bodo srečevali pri svojem poklicu (Patton, et al., 2018; Wijbenga, et al., 2019; Ramakrishnan, et al., 2022; Sellberg, et al., 2022).

2.3.1 Namen in pomen kliničnega usposabljanja

Teoretično znanje samo po sebi ni dovolj, saj ga morajo študenti znati uporabiti tudi v praksi. Uporaba teorije je pomembna pri izvedbi klinične ocene, diagnosticiranju in izbiri primernih postopkov za reševanje težav pacientov (Ramakrishnan, et al., 2025). Klinično usposabljanje študentom omogoča spoznavanje vsakodnevnega dela fizioterapevta. Ob stiku s pacienti, izvajanju klinične ocene, analizi ugotovitev, prepoznavanju pacientovih

težav in postavljanju ciljev študenti razvijajo sposobnosti reševanja problemov (Ramakrishnan, et al., 2022).

Wojkowski, et al. (2021) so ugotovili, da so se ocene uspešnosti študentov fizioterapije med kliničnim usposabljanjem s časom izboljšale, pri čemer so študenti ob koncu študijskega programa praviloma dosegali raven kompetentnosti, pričakovano ob vstopu na poklicno pot. Avtorji navajajo, da je za razvoj posameznih zahtevnejših kompetenc pomembna zadostna izpostavljenost kliničnim situacijam. Razvoj je potekal različno, saj so študenti na nekaterih področjih pričakovano raven dosegli prej kot na drugih.

2.3.2 Vloga kliničnega mentorja

Mentorstvo je odnos, ki je osredotočen na izmenjavo znanja in pogledov med izkušenimi mentorji in mentoriranci s ciljem spodbujanja poklicnega razvoja (Yoon, et al., 2017).

Klinični mentor je za študente pomemben, saj načrtuje in usmerja njihovo učenje. Prvi vtis oziroma prvo srečanje in uvod sta temelj dobrega odnosa med mentorjem in študentom. Mentorji postavijo jasna navodila ter podajo informacije o oddelku, poteku dela in pacientih na oddelku, da se lahko študenti bolje pripravijo na klinično usposabljanje. Predstavijo jim tudi učne cilje ter se z njimi pogovorijo o morebitnih strahovih, dvomih, izkušnjah in pričakovanjih. Pomembno je zaupanje med mentorjem in študentom. Mentorjeva dostopnost za vprašanja, poslušanje in pogovor pri študentih zmanjšuje negotovost ter pomaga, da se osredotočijo na klinično usposabljanje. Ko se samostojnost študentov poveča, mentorji zmanjšajo neposreden nadzor nad njimi, vendar so jim še vedno na voljo za vprašanja in podporo. Hkrati jih spodbujajo k sprejemanju odločitev in prevzemanju odgovornosti (Sellberg, et al., 2022).

Yoon, et al. (2017) so vlogo mentorstva obravnavali z vidika mentorjev. Ti so svojo vlogo povezovali s pomočjo, podporo ter z vlogo vzornika mentorirancem. Mentorji so navajali, da so z mentoriranjem tudi sami pridobivali novo znanje ter razvijali kritično mišljenje, hkrati pa je mentorstvo prispevalo k njihovem osebni in poklicni razvoju.

Klinični mentorji uporabljajo različne pedagoške pristope in spodbujajo razvoj kliničnega razmišljanja študentov s postavljanjem vprašanj o kliničnih primerih, razpravljanjem o njih in podajanjem povratnih informacij, saj te pomagajo študentom pri prepoznavanju njihovih močnih in šibkih področij (Ramakrishnan, et al., 2025).

Klinični mentor tako s svojim pristopom, podporo in usmerjanjem pomembno prispeva k pridobivanju znanja ter razvoju kompetenc in samostojnosti mentorirancev (Sellberg, et al., 2022; Ramakrishnan, et al., 2025).

2.3.3 Izzivi študentov v kliničnem okolju

Med ovire pri kliničnem razmišljanju spadajo pomanjkljivo znanje in veščine študentov, med drugim tudi omejene sposobnosti klinične ocene. Nasprotno lahko razvoj kliničnega razmišljanja spodbujajo predhodne izkušnje s kliničnega usposabljanja ter raznolikost pedagoških pristopov, ki jih uporabljajo mentorji v kliničnem okolju (Ramakrishnan, et al., 2025).

Field, et al. (2023) so ugotovili, da je zlasti na začetku kliničnega usposabljanja študentom povzročalo težave dokumentiranje, ki je pri njih povzročalo tudi stres. Skrbelo jih je, ali bodo njihovi zapisi dosegli zahtevani standard, poleg tega jim je dokumentacija vzela več časa, kar je skrajšalo čas za delo in interakcijo s pacientom. Stres se je med kliničnim usposabljanjem postopoma zmanjševal, dokumentiranje pa je postalo bolj rutinsko. Študente so skrbela tudi različna pričakovanja mentorjev in zahteve različnih kliničnih okolij, zato so dokumentacijo prilagajali glede na ustanovo in zahteve mentorja. Mentorji so ugotavljali, da so bili študenti bolj pripravljeni na pisno dokumentiranje kot na področju komunikacije. Pri telefonskih pogovorih z zdravnikom ali družinskim članom so se pokazale večje težave oziroma nepripravljenost (Field, et al., 2023). Med kliničnim usposabljanjem se študenti soočajo tudi z negotovostjo in strahom pred napakami, ki bi lahko vplivale negativno na pacienta (Sellberg, et al., 2022).

Izziv za študente med kliničnim usposabljanjem predstavlja tudi razumevanje klinične komunikacije. Pogosto so jo dojemali kot enostranski proces fizioterapevta do pacienta.

Manj pozornosti so namenjali dialogu in odzivu pacienta, pri čemer so pacienta dojemali kot pasivnega prejemnika informacij (Bright, et al., 2018).

Študenti se tako med kliničnim usposabljanjem srečujejo z različnimi izzivi, povezanimi s kliničnim razmišljanjem, dokumentiranjem, komunikacijo ter negotovostjo in strahom pred napakami. Ti izzivi kažejo na pomen pridobivanja kliničnih izkušenj in podpore mentorjev pri učenju v kliničnem okolju (Bright, et al., 2018; Sellberg, et al., 2022; Field, et al., 2023; Ramakrishnan, et al., 2025).

2.4 KOMUNIKACIJSKE SPRETNOSTI IN VEŠČINE ŠTUDENTOV FIZIOTERAPIJE V KLINIČNEM OKOLJU

Študentom fizioterapije lahko v kliničnem okolju predstavlja izziv vzpostavljanje ustreznega odnosa s pacientom, saj so negotovi glede tega, kako svojo strokovno vlogo primerno uravnotežiti s potrebami pacienta, težave pa jim predstavlja tudi določanje primerne bližine in razdalje med seboj in pacientom. Pomembna komunikacijska spretnost študentov je prilagajanje komunikacije posameznemu pacientu. Pri tem upoštevajo raven zdravstvene pismenosti pacienta, kulturne značilnosti in psihosocialne lastnosti pacienta. Kljub zavedanju o pomenu zdravstvene pismenosti pacienta imajo študenti lahko težave pri prilagajanju strokovnega jezika pacientu, zaradi česar sta lahko ovirana pacientovo razumevanje in njegova aktivnost pri obravnavi (Solvang & Fougner, 2023).

Čeprav poznajo koncept vključevanja pacienta, imajo lahko težave pri spodbujanju njegove samostojnosti in aktivnega sodelovanja. V takšnih situacijah se lahko bolj osredotočijo na podajanje strokovnih informacij in prevzamejo izrazitejšo strokovno vlogo (Solvang & Fougner, 2023).

Študenti so klinično usposabljanje prepoznali kot pomembno prelomnico pri razvoju spretnosti, potrebnih za na pacienta osredotočeno obravnavo, saj samo teoretično znanje ni zadostovalo za njihovo uporabo v praksi (Solvang & Fougner, 2023).

Izobraževanje pacientov je pomemben del fizioterapevtske obravnave, pri čemer so pomembne klinične in tudi komunikacijske spretnosti. V raziskavi je bilo ugotovljeno, da so klinični mentorji po izvedenem usposabljanju opazili pri študentih večjo vključenost v izobraževanje pacientov. Mentorji so ugotovili tudi izboljšano kakovost in specifičnost izobraževanja pacientov, pri nekaterih študentih pa tudi beleženje pacientovega razumevanja sporočenih informacij (Forbes, 2017).

Poleg izobraževanja pacientov je pomemben del fizioterapevtske obravnave tudi svetovanje pacientom, pri katerem imajo komunikacijske sposobnosti pomembno vlogo. Študenti fizioterapije so komunikacijo opisovali kot ključno orodje pri podajanju nasvetov. Izpostavili so pomen prilagajanja komunikacije in izbire načina pristopa glede na posameznega pacienta. Zavedali so se, da na učinkovitost svetovanja lahko vplivata njihov pristop in način izražanja, zato so poudarjali pomen samozaveznega podajanja informacij in poslušanja pacienta, kar jim je omogočalo boljše razumevanje njegovih individualnih potreb (Osborn-Jenkins, et al., 2024).

S poslušanjem so pridobili informacije o ciljih pacienta in interesih ter drugih pomembnih informacijah, ki so jih upoštevali pri prilagajanju svetovanja posamezniku. Hkrati so bili pozorni na izbor besed, saj so menili, da lahko neustrezno uporabljeni izrazi vplivajo na pacientova prepričanja in odnos do njegovega zdravstvenega stanja. Pomemben vidik komunikacije so prepoznali tudi v iskrenosti, zlasti v situacijah, ko vseh odgovorov niso poznali. Takšen pristop so povezovali z vzpostavljanjem zaupanja in dobrega odnosa s pacientom (Osborn-Jenkins, et al., 2024).

Študenti fizioterapije so dajali prednost učenju svetovanja med kliničnim usposabljanjem pred učenjem v okviru akademskega programa, in sicer zaradi povratnih informacij, pridobljenih od pacientov. Učenje svetovanja v klinični praksi vključuje tudi razvoj komunikacijskih spretnosti, ki študentom omogočijo individualizirano podajanje informacij glede na posameznega pacienta (Osborn-Jenkins, et al., 2024).

Ugotovitve raziskav omenjenih avtorjev kažejo, da je klinično okolje pomemben prostor za uporabo in razvoj komunikacijskih spretnosti študentov fizioterapije. Neposreden stik

z različnimi pacienti zahteva od študentov, da znanje, ki so ga že pridobili, uporabijo v konkretnih situacijah in pri tem komunikacijo prilagodijo pacientu. Klinično usposabljanje študentom tako omogoča soočanje z različnimi komunikacijskimi situacijami (Solvang & Fougner, 2023) in ima pomembno vlogo pri učenju svetovanja, saj se študenti teh spretnosti učijo zlasti v kliničnem okolju (Osborn-Jenkins, et al., 2024). Klinično usposabljanje tako omogoča povezovanje teoretičnega znanja z njegovo praktično uporabo v komunikaciji s pacienti ter študentom zagotavlja izkušnje, potrebne za nadaljnji razvoj komunikacijskih in praktičnih spretnosti v fizioterapevtski obravnavi (Solvang & Fougner, 2023; Osborn-Jenkins, et al., 2024).

2.4.1 Samozavest in samostojnost študentov pri komunikaciji

Študenti so prepoznali potrebo po samozavestnem podajanju informacij pacientom, pri čemer so menili, da se potrebne spretnosti razvijajo z vajo, časom in pridobivanjem izkušenj. Pri učenju teh spretnosti so pred simulacijo in igro vlog na fakulteti dali prednost kliničnemu usposabljanju. Povratne informacije pacientov so pri tem imele pomembno vlogo, saj so študentom pomagale izboljšati njihovo samozavest in utrditi znanje. Na samozavest študentov so vplivale tudi povratne informacije mentorjev v kliničnem okolju. Pozitivne povratne informacije so samozavest in samoučinkovitost krepile. V nekaterih primerih pa so študenti zaradi ocenjevalne vloge mentorja svetovanje bolj prilagajali pričakovanjem mentorja kot pa potrebam pacienta (Osborn-Jenkins, et al., 2024).

Samostojnost študentov med kliničnim usposabljanjem je povezana tudi s stopnjo odgovornosti, ki jim jo omogočajo klinični mentorji. Mentorji so zahtevnost kliničnih situacij prilagajali sposobnostim študentov. Pri obravnavi pacientov s kompleksnimi potrebami mentorji študentom pogosto niso omogočili samostojnega vodenja obravnave in odločanja, temveč so ohranili nadzor ter jim prepustili posamezne dele ocenjevanja in obravnave. Mentorji so študentom, ki so pri komunikaciji s pacienti izkazovali samozavest in prepričljivost, bolj zaupali, da bodo od pacientov pridobili ustrezne informacije. Študenti so menili, da bi postopno povečevanje odgovornosti in samostojnosti pri obravnavi pacientov z bolj kompleksnimi potrebami koristilo

njihovemu kliničnemu razvoju. Pomanjkanje priložnosti za samostojno obravnavo je pri nekaterih povzročalo zaskrbljenost glede pripravljenosti na večjo odgovornost po zaključku študija (McGivern, et al., 2025).

Razvoj samozavesti in samostojnosti študentov je tako med kliničnim usposabljanjem odvisen od različnih izkušenj, pridobljenih v neposrednem stiku z mentorji in pacienti. Pri tem imajo pomembno vlogo povratne informacije, možnosti za uporabo pridobljenega znanja v praksi ter postopno prevzemanje večje odgovornosti. Ustrezna podpora in pozitivne izkušnje lahko prispevajo h krepitvi samozavesti, postopno omogočanje samostojnega dela pa študentom zagotavlja priložnosti za razvoj večje neodvisnosti pri kliničnem delu (Osborn-Jenkins, et al., 2024; McGivern, et al., 2025).

2.4.2 Dejavniki, ki vplivajo na razvoj komunikacijskih spretnosti

Na razvoj komunikacijskih spretnosti študentov lahko vpliva tudi priprava pred začetkom kliničnega usposabljanja. Dalwood, et al. (2018) so ugotovili, da so študenti fizioterapije vrstniško simulacijo ocenili kot koristno pri pripravi na klinično usposabljanje in izboljšanju komunikacije. Simulacija jim je omogočala prepoznavanje pomanjkljivosti v znanju in spretnostih ter pripravo na interakcije v kliničnem okolju. Kljub temu so študenti kot omejitev izpostavili manjšo avtentičnost situacij, pri katerih so vlogo pacientov prevzeli njihovi vrstniki (Dalwood, et al., 2018). Na avtentičnost simulacijskega okolja opozarjajo tudi Dairo, et al. (2024), saj so v njihovi raziskavi študenti neposredno interakcijo s pacienti prepoznali kot priložnost za razvijanje komunikacijskih spretnosti in kliničnega sklepanja. Komunikacija z neznanci je od študentov zahtevala sprotno odzivanje in prilagajanje ter omogočala pridobivanje podrobnejših informacij in ohranjanje na pacienta osredotočene obravnave (Dairo, et al., 2024).

Na razvoj komunikacije s pacienti lahko vplivajo tudi značilnosti kliničnega učnega okolja. Ugotovljena je bila statistično značilna pozitivna povezanost med kakovostjo kliničnega okolja in odnosom med študentom in pacientom. Študenti so odnos s pacienti ocenili bolje, kadar je mentorstvo med kliničnim usposabljanjem ustrezno podpiralo

njihov profesionalni razvoj. Bolje so ga ocenili tudi študenti, ki so menili, da jih teoretični študij ustrezno podpira pri učenju na kliničnem usposabljanju. Ugotovitve tako kažejo, da so podpora med kliničnim usposabljanjem, kakovost kliničnega učnega okolja in povezovanje teoretičnega znanja s prakso pomembni za oblikovanje odnosa študenta s pacientom (Suikkala, et al., 2021).

Razvoj komunikacijskih spretnosti je tako povezan z različnimi učnimi izkušnjami in pogoji, v katerih poteka njihovo klinično usposabljanje (Dalwood, et al., 2018; Suikkala, et al., 2021; Dairo, et al., 2024).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je bil raziskati pomen kliničnega usposabljanja za razvoj komunikacijskih spretnosti in veščin pri študentih prve stopnje študijskega programa Fizioterapija na FZAB.

Cilji diplomskega dela so:

C1: Ugotoviti pomen kliničnega usposabljanja za razvoj komunikacijskih veščin in spretnosti pri študentih fizioterapije.

C2: Ugotoviti obliko komunikacije (verbalna, neverbalna, empatična), ki se je pri študentih fizioterapije med kliničnim usposabljanjem izboljšala.

C3: Ugotoviti, ali je klinično usposabljanje prispevalo k večji samozavesti študentov fizioterapije pri komunikaciji s pacienti.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

R1: Kakšna je povezava med kliničnim usposabljanjem ter razvojem komunikacijskih veščin in spretnosti pri študentih fizioterapije?

R2: Katera oblika komunikacije (verbalna, neverbalna ali empatična) se je po mnenju študentov fizioterapije izboljšala med kliničnim usposabljanjem?

R3: Kako je klinično usposabljanje pripomoglo k bolj samozavestni komunikaciji s pacienti?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

V raziskavi smo uporabili deskriptivno kvantitativno metodo raziskovanja.

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Diplomsko delo je sestavljeno iz dveh delov. V prvem delu smo opravili pregled znanstvene in strokovne literature, ki smo jo pridobili iz podatkovnih zbirk PubMed, Google Učenjak, CINAHL in PEDro. Pri iskanju literature smo uporabili naslednje ključne besede v slovenskem jeziku: »komunikacija študentov«, »klinično okolje«, »odnos med mentorji/pacienti«, »študenti fizioterapije«; in v angleškem jeziku: »communication«, »clinical training«, »patient/mentor interaction«, »physiotherapy students«. Članki so bili stari do vključno 16 let, vsebinsko ustrezni in prosto dostopni. Ob pomoči spletnega vprašalnika, oblikovanega v orodju 1KA, je raziskava potekala od junija do avgusta 2026. Vprašalnik je bil dostopen vsem študentom fizioterapije na FZAB, od prvega do tretjega letnika prve stopnje visokošolskega študijskega programa fizioterapije.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Za izvedbo raziskave smo uporabili strukturiran spletni vprašalnik, ki smo ga oblikovali na podlagi pregleda literature (Milanese, et al., 2013; Suikkala, et al., 2021; Sellberg, et al., 2022; Solvang & Fougner, 2023; Good, et al., 2024). Vprašalnik je vseboval vprašanja zaprtega tipa z enim ali več možnimi odgovori, trditve, pri katerih so se anketiranci opredelili s petstopenjsko Likertovo lestvico, vprašanje z razvrščanjem ter eno neobvezno vprašanje odprtega tipa. Posamezne vrednosti Likertove lestvice so pomenile: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se strinjam niti se ne strinjam, 4 – se strinjam, 5 – se popolnoma strinjam. Vprašalnik je bil razdeljen na štiri vsebinske sklope. Prvi sklop je zajemal demografske podatke anketirancev (spol, starost, letnik in obliko študija, število opravljenih kliničnih usposabljanj ter predhodni stik s pacienti v kliničnem okolju).

Drugi sklop se je nanašal na učinek kliničnega usposabljanja na komunikacijske spretnosti študentov. Anketiranci so ocenjevali trditve o razvoju verbalne in neverbalne komunikacije, prilagajanju komunikacije pacientu, aktivnem poslušanju, podajanju

informacij, prepoznavanju negotovosti in strahu pacientov ter o povratnih informacijah mentorja.

Tretji sklop je zajemal vprašanja o napredku na področju posameznih oblik komunikacije. Anketiranci so razvrščali oblike komunikacije glede na zaznano izboljšanje po kliničnem usposabljanju, vključeno pa je bilo tudi neobvezno odprto vprašanje o situaciji, ki jim je najbolj pomagala pri izboljšanju komunikacijskih spretnosti.

Četrty sklop je zajemal oceno samozavesti študentov pri komunikaciji s pacienti ter učinek povratnih informacij, podpore, izkušenj in samostojnosti med kliničnim usposabljanjem na samozavest študentov.

Zanesljivost merskega instrumenta smo preverili s Cronbachovim koeficientom alfa, s katerim ugotavljamo notranjo skladnost postavk merskega instrumenta. Višja vrednost koeficienta kaže na večjo notranjo skladnost oziroma zanesljivost merskega instrumenta. Vrednost Cronbachovega koeficienta alfa je znašala 0,871, kar kaže na dobro zanesljivost.

V tabeli 1 je prikazana zanesljivost lestvice komunikacijskih spretnosti, ocenjena s Cronbachovim koeficientom alfa. Bliže je Cronbachov koeficient alfa vrednosti števila 1, boljša je zanesljivost vprašalnika. Zanesljivost instrumenta je zelo dobra, če znaša koeficient 0,80 ali več; zmerna pri vrednosti 0,60–0,80 in slaba pri vrednosti koeficienta manj kot 0,60 ali če ni podatka o zanesljivosti (Ferligoj & Leskošek Kogovšek, 1995 cited in Cencič, 2009, p. 120).

Tabela 1: Zanesljivost merskega instrumenta

Lestvica	Število postavk	Cronbachov koeficient alfa
Komunikacijske spretnosti	9	0,871

3.3.3 Opis vzorca

Raziskava je temeljila na neslučajnostnem namenskem vzorcu študentov prve stopnje visokošolskega študijskega programa Fizioterapija na FZAB. V raziskavo so bili

vključeni študenti prvega, drugega in tretjega letnika rednega in izrednega študija fizioterapije. K sodelovanju v raziskavi je bilo povabljenih 135 študentov. Vprašalnik smo jim poslali v elektronski obliki. Odzvalo se je 92 študentov, kar predstavlja 68,1-odstotno odzivnost. V analizo smo vključili 78 vprašalnikov, kar predstavlja 57,8-odstotno realizacijo vzorca. Delno izpolnjenih vprašalnikov je bilo 14, zato jih pri analizi rezultatov nismo upoštevali. Pri statističnih analizah so bili upoštevani le anketiranci z veljavnimi odgovori na spremenljivke, vključene v posamezno analizo, zato se število vključenih anketirancev med posameznimi analizami razlikuje. Razlike v številu vključenih anketirancev so prisotne pri analizah samozavesti in njene povezanosti z dejavniki kliničnega usposabljanja (tabele 12–14).

Iz tabele 2 je razvidno, da je bilo med anketiranimi študenti 56 (71,8 %) žensk in 22 (28,2 %) moških.

Tabela 2: Spol anketiranih študentov

Spol	f	f %
Ženski	56	71,8
Moški	22	28,2
Skupaj	78	100,0

Legenda: f = frekvenca; f % = relativna frekvenca.

V tabeli 3 je prikazana starost študentov.

Tabela 3: Starosti anketiranih študentov

Starost	f	f %	
Od 19 do 24 let	66	84,6	
Od 25 do 30 let	2	2,6	
Od 31 do 36 let	6	7,7	
37 let ali več	4	5,1	
Skupaj	78	100,0	
Najmanj	Največ	PV	SO
19 let	43 let	23,42	5,30

Legenda: f = frekvenca; f % = relativna frekvenca; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon.

Anketirani študenti so bili stari med 19 in 43 let, njihova povprečna starost je znašala 23,42 leta. Največ anketiranih študentov, 66 (84,6 %), je bilo starih med 19 in 24 let. Najmanj pa je bilo starih med 25 in 30 let, in sicer 2 (2,6 %).

V tabeli 4 je prikazana razporeditev anketiranih študentov glede na letnik študija.

Tabela 4: Letnik študija anketirancev

Letnik študija	f	f %
Prvi letnik	24	30,8
Drugi letnik	22	28,2
Tretji letnik	32	41,0
Skupaj	78	100,0

Legenda: f = frekvenca; f % = relativna frekvenca.

Največ anketiranih študentov je obiskovalo tretji letnik (41,0 %), sledili so študenti prvega letnika (30,8 %) in študenti drugega letnika (28,2 %).

Iz tabele 5 je razvidno, da je večina anketiranih študentov, 52 (66,7 %), obiskovala izredni študij, medtem ko je bilo 26 (33,3 %) študentov rednega študija.

Tabela 5: Način študija

Način študija	f	f %
Redni	26	33,3
Izredni	52	66,7
Skupaj	78	100,0

Legenda: f = frekvenca; f % = relativna frekvenca.

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Pred začetkom raziskave smo pridobili potrebne odobritve Komisije za diplomska in podiplomska zaključna dela FZAB ter Komisije za znanstvenoraziskovalno in razvojno dejavnost FZAB. Raziskava je potekala od 29. 6. 2026 do 30. 8. 2026. Za izvedbo smo uporabili spletni vprašalnik v orodju 1KA. Povezava do vprašalnika je bila poslana študentom prvega, drugega in tretjega letnika rednega in izrednega visokošolskega študijskega programa Fizioterapija (VS).

Anketirancem sta bili zagotovljeni anonimnost in prostovoljnost sodelovanja v raziskavi. Pred začetkom izpolnjevanja vprašalnika so bili seznanjeni z namenom raziskave in navodili za izpolnjevanje. Po zaključku zbiranja podatkov smo vprašalnik zaprli, pridobljene podatke pa izvozili iz spletnega orodja 1KA.

Za obdelavo podatkov smo uporabili programski jezik Python. Za prikaz značilnosti vzorca in rezultatov smo uporabili opisno statistiko, pri čemer smo prikazali frekvenca (f), relativne frekvenca (%), povprečne vrednosti (PV) in standardne odklone (SO). Za primerjavo rezultatov glede na obseg kliničnega usposabljanja smo uporabili Mann-Whitneyjev U-test, povezanost med izbranimi spremenljivkami pa smo preverili s Spearmanovim koeficientom korelacije (ρ). Mejo statistične značilnosti smo določili pri $p < 0,05$. Odgovore na odprto vprašanje smo glede na njihovo vsebino razvrstili v vsebinsko sorodne kategorije ter jih prikazali s frekvenca in relativnimi frekvencami. Rezultate smo prikazali tabelarično in opisno.

3.4 REZULTATI

Rezultati so predstavljeni tabelarično in opisno.

Iz tabele 6 je razvidno, koliko kliničnih usposabljanj so študentje opravili.

Tabela 6: Število opravljenih kliničnih usposabljanj

Število kliničnih usposabljanj	f	f %
1	27	34,6
2–3	2	2,6
3 ali več	49	62,8
Skupaj	78	100,0

Legenda: f = frekvenca; f % = relativna frekvenca.

Največ anketiranih študentov, 49 (62,8 %), je izbralo odgovor »3 ali več« opravljenih kliničnih usposabljanj. Odgovor »1« je izbralo 27 (34,6 %) študentov, odgovor »2–3« pa 2 (2,6 %) študenta.

V tabeli 7 je prikazana razporeditev anketiranih študentov glede na predhodni stik s pacienti v kliničnem okolju.

Tabela 7: Predhodni stik s pacienti v kliničnem okolju

Predhodni stiki s pacienti	f	f %
Da	30	38,5
Ne	48	61,5
Skupaj	78	100,0

Legenda: f = frekvenca; f % = relativna frekvenca.

Pred začetkom ni imelo stika s pacienti v kliničnem okolju študija 48 (61,5 %) anketiranih študentov, medtem ko jih je 30 (38,5 %) takšen stik že imelo.

V tabeli 8 so prikazane ocene trditev, povezanih s komunikacijskimi spretnostmi in izkušnjami študentov med kliničnim usposabljanjem. Najvišjo povprečno vrednost je dosegla trditev, da lahko profesionalen in sočuten odnos pomembno prispeva k pacientovemu občutku varnosti (PV = 4,81; SO = 0,58), sledila je trditev o prispevku profesionalnega in sočutnega odnosa h krepitvi motivacije za okrevanje (PV = 4,72; SO = 0,62). Visoko sta bila ocenjena tudi pomembnost kliničnega usposabljanja za razvoj komunikacijskih veščin in spretnosti (PV = 4,69; SO = 0,61) ter aktivno poslušanje pacientov (PV = 4,67; SO = 0,64). Najnižjo povprečno vrednost je dosegla trditev o prepoznavanju negotovosti in strahu pri pacientih (PV = 4,06; SO = 0,87).

Tabela 8: Ocena komunikacijskih spretnosti in izkušenj med kliničnim usposabljanjem

Trditev	Popolnoma se ne strinjam f %	Ne strinjam se f %	Niti se strinjam niti se ne strinjam f %	Strinjam se f %	Popolnoma se strinjam f %	PV	SO
Klinično usposabljanje je pomembno za razvoj komunikacijskih veščin in spretnosti.	1 (1,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	20 (25,6)	57 (73,1)	4,69	0,61
Klinično usposabljanje mi je pomagalo izboljšati verbalno komunikacijo s pacienti.	1 (1,3)	3 (3,8)	4 (5,1)	26 (33,3)	44 (56,4)	4,40	0,86
Klinično usposabljanje mi je pomagalo izboljšati neverbalno komunikacijo s pacienti.	1 (1,3)	2 (2,6)	13 (16,7)	27 (34,6)	35 (44,9)	4,19	0,90
V kliničnem okolju sem se naučil/-a bolje prilagoditi komunikacijo posameznemu pacientu.	1 (1,3)	1 (1,3)	3 (3,8)	27 (34,6)	46 (59,0)	4,49	0,75
Pacientom sem ob kliničnem	0 (0,0)	2 (2,6)	4 (5,1)	37 (47,4)	35 (44,9)	4,35	0,70

Trditev	Popolnoma se ne strinjam f %	Ne strinjam se f %	Niti se strinjam niti se ne strinjam f %	Strinjam se f %	Popolnoma se strinjam f %	PV	SO
usposabljanju dal/-a možnost razprave in vprašanj.							
Pacientom sem dajal/-a jasna in kratka sporočila.	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (10,3)	37 (47,4)	33 (42,3)	4,32	0,65
S pacienti sem odprto komuniciral/-a.	1 (1,3)	0 (0,0)	9 (11,5)	30 (38,5)	38 (48,7)	4,33	0,78
Paciente sem aktivno poslušal/-a.	1 (1,3)	0 (0,0)	1 (1,3)	20 (25,6)	56 (71,8)	4,67	0,64
Pri pacientih sem prepoznal/-a negotovost in strah.	0 (0,0)	3 (3,8)	18 (23,1)	28 (35,9)	29 (37,2)	4,06	0,87
Med kliničnim usposabljanjem sem od mentorja dobil/-a povratne informacije o svoji komunikaciji.	0 (0,0)	5 (6,4)	15 (19,2)	23 (29,5)	35 (44,9)	4,13	0,94
Napake so mi predstavljale priložnosti za učenje in izboljšanje komunikacijskih spretnosti.	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (10,3)	35 (44,9)	35 (44,9)	4,35	0,66
Menim, da profesionalen in sočuten odnos lahko pomembno prispeva k pacientovemu občutku varnosti.	1 (1,3)	0 (0,0)	1 (1,3)	9 (11,5)	67 (85,9)	4,81	0,58
Menim, da profesionalen in sočuten odnos lahko pomembno prispeva h krepitvi motivacije za okrevanje.	1 (1,3)	0 (0,0)	1 (1,3)	16 (20,5)	60 (76,9)	4,72	0,62

Legenda: f = frekvenca; f % = relativna frekvenca; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon.

Lestvica: 1 – popolnoma se ne strinjam; 2 – ne strinjam se; 3 – niti se strinjam niti se ne strinjam; 4 – strinjam se; 5 – popolnoma se strinjam.

Tabela 9 prikazuje skupni rezultat komunikacijskih spretnosti študentov glede na obseg kliničnega usposabljanja.

Tabela 9: Komunikacijske spretnosti glede na obseg kliničnega usposabljanja

Obseg kliničnega usposabljanja	f	PV	SO	Mediana	U	p
Enkrat	27	4,17	0,50	4,11		
Več kot enkrat	51	4,45	0,53	4,56	435,5	0,008

Legenda: f = frekvenca; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; U = Mann-Whitneyjeva U-statistika; p = p-vrednost. Statistična značilnost je določena pri $p < 0,05$.

Študenti, ki so klinično usposabljanje opravili več kot enkrat, so komunikacijske spretnosti v povprečju ocenili višje (PV = 4,45; SO = 0,53) kot študenti, ki so klinično usposabljanje opravili enkrat (PV = 4,17; SO = 0,50). Z Mann-Whitneyjevim U-testom smo med skupinama ugotovili statistično značilno razliko (U = 435,5; p = 0,008). Skupni rezultat komunikacijskih spretnosti smo oblikovali na podlagi devetih vsebinsko povezanih postavk vprašalnika, ki so se nanašale na izboljšanje verbalne in neverbalne komunikacije, prilagajanje komunikacije pacientu, omogočanje razprave in vprašanj, jasno podajanje sporočil, odprto komunikacijo, aktivno poslušanje, prepoznavanje negotovosti in strahu ter učenje iz napak.

V tabeli 10 so prikazana področja komunikacije, ki so jih študenti glede na izboljšanje po kliničnem usposabljanju razvrstili po pomembnosti.

Tabela 10: Področja komunikacije glede na prvo mesto izboljšanja komunikacijskih spretnosti po kliničnem usposabljanju

Področje komunikacije	f	f %
Jasno podajanje informacij pacientu	34	43,6
Verbalna komunikacija	27	34,6
Aktivno poslušanje	11	14,1
Govorica telesa	6	7,7
Skupaj	78	100,0

Legenda: f = frekvenca; f % = relativna frekvenca.

Največ študentov, 34 (43,6 %), je na prvo mesto uvrstilo jasno podajanje informacij pacientu, sledila je verbalna komunikacija – 27 (34,6 %) študentov, nato aktivno poslušanje – 11 (14,1 %) študentov, zatem še govorica telesa – 6 (7,7 %) študentov.

V tabeli 11 so prikazane vrednosti verbalne, neverbalne ter empatične komunikacije.

Tabela 11: Ocena izboljšanja verbalne in neverbalne komunikacije ter elementov empatične komunikacije

Trditev	Popolnoma se ne strinjam f %	Ne strinjam se f %	Niti se strinjam niti se ne strinjam f %	Strinjam se f %	Popolnoma se strinjam f %	PV	SO
Klinično usposabljanje mi je pomagalo izboljšati verbalno komunikacijo s pacienti.	1 (1,3)	3 (3,8)	4 (5,1)	26 (33,3)	44 (56,4)	4,40	0,86
Klinično usposabljanje mi je pomagalo izboljšati neverbalno komunikacijo s pacienti.	1 (1,3)	2 (2,6)	13 (16,7)	27 (34,6)	35 (44,9)	4,19	0,90
Paciente sem aktivno poslušal/-a.	1 (1,3)	0 (0,0)	1 (1,3)	20 (25,6)	56 (71,8)	4,67	0,64
Pri pacientih sem prepoznal/-a negotovost in strah.	0 (0,0)	3 (3,8)	18 (23,1)	28 (35,9)	29 (37,2)	4,06	0,87

Legenda: f = frekvenca; f % = relativna frekvenca; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon.

Lestvica: 1 – popolnoma se ne strinjam; 2 – ne strinjam se; 3 – niti se strinjam niti se ne strinjam; 4 – strinjam se; 5 – popolnoma se strinjam.

Študenti so izboljšanje verbalne komunikacije ocenili s povprečno vrednostjo (PV = 4,40; SO = 0,86), prav tako so s povprečno vrednostjo (PV = 4,19; SO = 0,90) ocenili izboljšanje neverbalne komunikacije. Med elementoma empatične komunikacije je višjo povprečno vrednost doseglo aktivno poslušanje pacientov (PV = 4,67; SO = 0,64), medtem ko je prepoznavanje negotovosti in strahu pri pacientih doseglo povprečno vrednost (PV = 4,06; SO = 0,87).

Tabela 12 prikazuje ocene študentov o samozavesti pri komunikaciji s pacienti ter o dejavnikih, povezanih z njo med kliničnim usposabljanjem.

Tabela 12: Samozavest študentov pri komunikaciji s pacienti in dejavniki, povezani z njo

Trditev	Popolnoma se ne strinjam f %	Ne strinjam se f %	Niti se strinjam niti se ne strinjam f %	Strinjam se f %	Popolnoma se strinjam f %	PV	SO
Po kliničnem usposabljanju sem bolj samozavesten/-na pri komunikaciji s pacienti.	2 (2,6)	2 (2,6)	5 (6,5)	25 (32,5)	43 (55,8)	4,36	0,92
Pozitivna povratna informacija mentorja na kliničnem usposabljanju je okrepila mojo samozavest.	1 (1,3)	1 (1,3)	4 (5,1)	30 (38,5)	42 (53,8)	4,42	0,77
Negativna povratna informacija mentorja na kliničnem usposabljanju je povzročila nižjo samozavest.	6 (7,7)	17 (21,8)	20 (25,6)	21 (26,9)	14 (17,9)	3,26	1,21
Podpora in splošno vzdušje med kliničnim usposabljanjem sta vplivala na mojo samozavest pri komunikaciji.	1 (1,3)	1 (1,3)	4 (5,2)	23 (29,9)	48 (62,3)	4,51	0,77
Negativne izkušnje so mojo samozavest zmanjšale.	7 (9,0)	16 (20,5)	19 (24,4)	22 (28,2)	14 (17,9)	3,26	1,23
Samozavest sem okrepil/-a z večjo samostojnostjo pri delu med kliničnim usposabljanjem.	0 (0,0)	1 (1,3)	5 (6,4)	27 (34,6)	45 (57,7)	4,49	0,68

Legenda: f = frekvenca; f % = relativna frekvenca; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon. Pri prvi in četrti trditvi je f = 77, pri preostalih trditvah je f = 78.

Lestvica: 1 – popolnoma se ne strinjam; 2 – ne strinjam se; 3 – niti se strinjam niti se ne strinjam; 4 – strinjam se; 5 – popolnoma se strinjam.

Študenti so najvišje ocenili vpliv podpore in splošnega vzdušja na samozavest pri komunikaciji (PV = 4,51; SO = 0,77) ter krepitev samozavesti z večjo samostojnostjo pri delu (PV = 4,49; SO = 0,68). Visoko je bila ocenjena tudi pozitivna povratna informacija

mentorja (PV = 4,42; SO = 0,77). Študenti so se v veliki meri strinjali tudi, da so po kliničnem usposabljanju bolj samozavestni pri komunikaciji s pacienti (PV = 4,36; SO = 0,92). Nižje so študenti ocenili trditvi, da je negativna povratna informacija mentorja povzročala nižjo samozavest (PV = 3,26; SO = 1,21) in da so negativne izkušnje zmanjšale njihovo samozavest (PV = 3,26; SO = 1,23).

Tabela 13 prikazuje samozavest študentov pri komunikaciji s pacienti glede na obseg kliničnega usposabljanja.

Tabela 13: Samozavest pri komunikaciji s pacienti glede na obseg kliničnega usposabljanja

Obseg kliničnega usposabljanja	f	PV	SO	Mediana	U	p
Enkrat	26	3,96	1,00	4,00	394,0	0,001
Več kot enkrat	51	4,57	0,81	5,00	394,0	0,001

Legenda: f = frekvenca; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; U = Mann-Whitneyjeva U-statistika; p = p-vrednost.

Opomba: Pri eni anketirani osebi odgovor na trditev o samozvesti ni bil podan.

Študenti, ki so klinično usposabljanje opravili več kot enkrat, so svojo samozavest pri komunikaciji s pacienti ocenili višje (PV = 4,57; SO = 0,81) kot študenti, ki so klinično usposabljanje opravili enkrat (PV = 3,96; SO = 1,00). Z Mann-Whitneyjevim U-testom smo med skupinama ugotovili statistično značilno razliko (U = 394,0; p = 0,001).

Tabela 14 prikazuje povezanost samozvesti študentov pri komunikaciji s pacienti z izbranimi dejavniki kliničnega usposabljanja.

Tabela 14: Povezanost samozvesti pri komunikaciji z dejavniki kliničnega usposabljanja

Dejavnik	f	Spearmanov ρ	p
Pozitivna povratna informacija mentorja	77	0,450	< 0,001
Negativna povratna informacija mentorja	77	0,061	0,601
Podpora in splošno vzdušje med kliničnim usposabljanjem	76	0,460	< 0,001
Negativne izkušnje med kliničnim usposabljanjem	77	0,079	0,493
Večja samostojnost pri delu	77	0,553	< 0,001

Legenda: f = frekvenca; ρ = Spearmanov koeficient korelacije; p = p-vrednost.

S Spearmanovim koeficientom korelacije smo ugotovili statistično značilno pozitivno povezanost med samozvestjo in večjo samostojnostjo pri delu (ρ = 0,553; p < 0,001), podporo in splošnim vzdušjem med kliničnim usposabljanjem (ρ = 0,460; p < 0,001) ter

pozitivno povratno informacijo mentorja ($\rho = 0,450$; $p < 0,001$). Povezanost samozavesti z negativno povratno informacijo mentorja ($\rho = 0,061$; $p = 0,601$) in negativnimi izkušnjami ($\rho = 0,079$; $p = 0,493$) pa ni bila statistično značilna.

Tabela 15 prikazuje situacije, za katere so anketiranci navedli, da so jim pomagale pri izboljšanju komunikacijskih spretnosti in veščin.

Tabela 15: Situacije, ki so študentom pomagale izboljšati komunikacijske spretnosti in veščine

Situacija	f	f %
Samostojno in neposredno delo oziroma komunikacija s pacienti	11	39,3
Komunikacija s pacienti v zahtevnejših oziroma specifičnih situacijah	9	32,1
Podajanje navodil in pridobivanje anamneze	4	14,3
Opazovanje komunikacije mentorja in napotki mentorja	3	10,7
Anketiranec se ne spomni posebne situacije	1	3,6
Skupaj	28	100,0

Legenda: f = frekvenca; f % = relativna frekvenca.

Opomba: Odstotki so izračunani glede na 28 anketirancev, ki so vsebinsko odgovorili na neobvezno odprto vprašanje.

Na neobvezno odprto vprašanje je vsebinsko odgovorilo 28 (35,9 %) anketirancev. Najpogosteje so navedli samostojno in neposredno delo oziroma komunikacijo s pacienti ($f = 11$; 39,3 %) ter komunikacijo s pacienti v zahtevnejših oziroma specifičnih situacijah ($f = 9$; 32,1 %). Redkeje so izpostavili podajanje navodil in pridobivanje anamneze ($f = 4$; 14,3 %) ter opazovanje komunikacije mentorja in njegove napotke ($f = 3$; 10,7 %). En anketiranec (3,6 %) se ni spomnil posebne situacije.

3.5 RAZPRAVA

Namen raziskave je bil ugotoviti, kako klinično usposabljanje vpliva na razvoj komunikacijskih spretnosti in veščin študentov fizioterapije na FZAB ter na njihovo samozavest pri komunikaciji s pacienti. V raziskavi smo se osredotočili na razvoj komunikacijskih spretnosti med kliničnim usposabljanjem, posamezne vidike verbalne, neverbalne in empatične komunikacije ter dejavnike, povezane s samozavestjo študentov pri komunikaciji s pacienti. V nadaljevanju razprave smo ugotovitve obravnavali glede na zastavljena raziskovalna vprašanja in jih primerjali z ugotovitvami drugih avtorjev.

S prvim raziskovalnim vprašanjem smo ugotavljali učinek kliničnega usposabljanja na razvoj komunikacijskih spretnosti in veščin študentov fizioterapije.

Rezultati kažejo, da so študenti prispevek kliničnega usposabljanja k razvoju komunikacijskih spretnosti in veščin ocenili pozitivno. Najvišje so ocenili vpliv kliničnega usposabljanja na zagotavljanje občutka varnosti pacienta med komunikacijo, motiviranje pacienta za okrevanje in aktivno poslušanje. Študenti, ki so klinično usposabljanje opravili več kot enkrat, so dosegli višji skupni rezultat komunikacijskih spretnosti kot študenti, ki so ga opravili le enkrat. Razlika med skupinama je bila statistično značilna. Naše ugotovitve so primerljive z ugotovitvami Solvang in Fougner (2023), ki sta ugotovila, da je klinično usposabljanje pomembno okolje za učenje obravnave, osredotočene na pacienta. Pri tem izpostavljata tudi pomen vzpostavljanja partnerstva s pacientom in kliničnega okolja, v katerem poteka učenje. Naši rezultati prav tako nakazujejo pomen kliničnih izkušenj, saj so študenti z večjim obsegom kliničnega usposabljanja dosegli višji skupni rezultat komunikacijskih spretnosti. Ugotovitve Milanese, et al. (2013) kažejo, da so študenti fizioterapije kot najvrednejše učne priložnosti v okviru kliničnega usposabljanja ocenili individualne, na pacienta osredotočene učne aktivnosti, ki so vključevale ustrezno razpravo in takojšnjo povratno informacijo. Pomen neposrednega dela s pacienti se kaže tudi v naši raziskavi, saj so anketiranci pri odprtem vprašanju med situacijami, ki so jim najbolj pomagale izboljšati komunikacijske spretnosti in veščine, najpogosteje navedli samostojno in neposredno delo oziroma komunikacijo s pacienti.

Na podlagi rezultatov lahko sklepamo, da je klinično usposabljanje pomemben del razvoja komunikacijskih spretnosti in veščin študentov fizioterapije. Ugotovljena statistično značilna razlika med študenti glede na obseg kliničnega usposabljanja dodatno nakazuje, da je več kliničnih izkušenj povezanih z višje ocenjenimi komunikacijskimi spretnostmi.

Z drugim raziskovalnim vprašanjem smo ugotavljali, katera oblika komunikacije se je po mnenju študentov izboljšala med kliničnim usposabljanjem.

Študenti so izboljšanje verbalne in neverbalne komunikacije med kliničnim usposabljanjem ocenili visoko, pri čemer je bila nekoliko višje ocenjena verbalna komunikacija. Med elementi empatične komunikacije je bilo najvišje ocenjeno aktivno poslušanje pacientov, nekoliko nižje pa prepoznavanje negotovosti in strahu pri pacientih. Bright, et al. (2018) so ugotovili, da so se študenti fizioterapije v svojih refleksijah osredotočali zlasti na verbalno komunikacijo, medtem ko so bile oblike neverbalne komunikacije, kot sta dotik in tišina, v njihovih refleksijah odsotne. Tudi v naši raziskavi so študenti izboljšanje verbalne komunikacije ocenili višje kot izboljšanje neverbalne komunikacije. Avtorji poudarjajo tudi potrebo po kritičnem razmisleku o poučevanju komunikacije v izobraževanju študentov fizioterapije.

Visoka ocena aktivnega poslušanja v naši raziskavi se povezuje z ugotovitvami Miciak, et al. (2019), ki pri vzpostavljanju terapevtskega odnosa poudarjajo pomen poslušanja pacientove zgodbe, prepoznavanja njegovih potreb in upoštevanja njegovih izkušenj. Avtorji ugotavljajo, da vzpostavljanje povezave s pacientom prispeva k temu, da se pacient počuti slišane, cenjenega in opaženega. Takšen rezultat tudi v naši raziskavi nakazuje, da študenti med kliničnim usposabljanjem razvijajo spretnosti komunikacije, pomembne za vzpostavljanje odnosa s pacientom.

Chapman, et al. (2022) so empatično komunikacijo opredelili kot eno izmed osmih komunikacijskih tem v fizioterapevtski obravnavi kronične bolečine. Pri tem so izpostavili poslušanje ter prepoznavanje in odzivanje na čustvene reakcije pacienta, kar je lahko za fizioterapevta zahtevno. To lahko deloma pojasnjuje naše ugotovitve, saj je bilo prepoznavanje negotovosti in strahu pri pacientih ocenjeno nekoliko nižje kot aktivno poslušanje.

Na podlagi rezultatov lahko sklepamo, da študenti med kliničnim usposabljanjem posamezne vidike komunikacije razvijajo različno. Aktivno poslušanje je posebej izstopalo, visoko sta bili ocenjeni tudi verbalna in neverbalna komunikacija. Nekoliko nižja ocena prepoznavanja negotovosti in strahu pri pacientih pa nakazuje, da je na tem področju še prostor za nadaljnji razvoj komunikacijskih spretnosti.

S tretjim raziskovalnim vprašanjem smo ugotavljali, kako je klinično usposabljanje pripomoglo k bolj samozavestni komunikaciji študentov fizioterapije s pacienti.

Rezultati naše raziskave kažejo, da so se študenti v veliki meri strinjali, da so po kliničnem usposabljanju bolj samozavestni pri komunikaciji s pacienti. Med dejavniki, povezanimi s samozavestjo, so najvišje ocenili podporo in splošno vzdušje med kliničnim usposabljanjem, večjo samostojnost pri delu ter pozitivno povratno informacijo mentorja. Študenti, ki so klinično usposabljanje opravili več kot enkrat, so svojo samozavest pri komunikaciji s pacienti ocenili statistično značilno višje kot študenti, ki so ga opravili enkrat. Med dejavniki kliničnega usposabljanja je bila samozavest pri komunikaciji najmočnejše povezana z večjo samostojnostjo pri delu. Povezanost z negativno povratno informacijo mentorja in negativnimi izkušnjami pa ni bila statistično značilna. Ugotovitve Ramakrishnan, et al. (2022) prav tako poudarjajo pomen povezanosti, samozavesti in samostojnosti v kliničnem okolju, v katerem omogočanje samostojne obravnave pacientov pomaga študentom pri pridobivanju samozavesti. Klinični mentorji so njihovo samostojnost spodbujali z možnostjo sprejemanja lastnih kliničnih odločitev, kar je primerljivo z našimi ugotovitvami, saj je bila samozavest pri komunikaciji najmočnejše pozitivno povezana z večjo samostojnostjo pri delu.

Pomen podpore med kliničnim usposabljanjem izpostavljajo tudi Sellberg, et al. (2022), ki so ugotovili, da so študenti fizioterapije cenili mentorje, ki so jim bili na voljo in s katerimi so lahko vzpostavili odnos. Mentorji so spodbujali njihovo aktivno sodelovanje in samostojnost, študenti pa so si, ob občutku zaupanja, upali povedati svoje mnenje in so lažje postavljali vprašanja. Naša raziskava je pokazala, da sta bila podpora in splošno vzdušje med kliničnim usposabljanjem pozitivno povezana s samozavestjo študentov pri komunikaciji s pacienti.

Povratna informacija mentorjev ima pomembno vlogo pri razvoju študentov. Ramakrishnan, et al. (2022) poudarjajo, da povratna informacija prispeva k razvoju samozavesti in kompetenc ter študentom omogoča prepoznavanje pomanjkljivosti pri njihovem delu in jih usmerja pri nadaljnjem razvoju. Pozitivna povratna informacija je bila tudi v naši raziskavi med višje ocenjenimi dejavniki, povezanimi s samozavestjo pri

komunikaciji s pacienti. Avtorji pri tem opozarjajo tudi na pomen načina podajanja povratne informacije, saj so bili študenti pripravljeni sprejeti tudi negativno povratno informacijo, vendar jim je bilo neprijetno, kadar so jo mentorji podali v prisotnosti pacientov. Način in okoliščine podajanja povratne informacije so zelo pomembni za to, kako jo študenti doživljajo in sprejemajo.

Patton, et al. (2018) ugotavljajo, da na učenje študentov med kliničnim usposabljanjem vpliva več dejavnikov, med drugim klinično okolje, vključevanje v profesionalno prakso, ravnanje kliničnih mentorjev in značilnosti študentov. Klinično usposabljanje je torej okolje, v katerem različni dejavniki skupaj ustvarjajo priložnosti za pridobivanje znanja, spretnosti in izkušenj. To se deloma odraža tudi v naših rezultatih, saj je bila samozavest pri komunikaciji povezana z več dejavniki kliničnega usposabljanja, zlasti s samostojnostjo pri delu, podporo in splošnim vzdušjem ter pozitivno povratno informacijo mentorja.

Ugotovitve kažejo, da razvoj samozavesti pri komunikaciji s pacienti ni povezan samo s pridobivanjem kliničnih izkušenj, temveč tudi z okoliščinami, v katerih poteka klinično usposabljanje. Pomembno vlogo imajo zlasti možnost samostojnega dela, podpora v kliničnem okolju, mentor in ustrezno podajanje povratnih informacij. Rezultati zato poudarjajo pomen kliničnega usposabljanja, ki študentom poleg pridobivanja praktičnih izkušenj omogoča tudi postopno razvijanje samozavesti pri komunikaciji s pacienti.

3.5.1 Omejitve raziskave

Pri raziskavi je treba izpostaviti nekatere omejitve, ki so lahko vplivale na pridobljene rezultate. Ena izmed omejitev je velikost in sestava vzorca, saj so v raziskavi sodelovali le študenti fizioterapije prve stopnje ene visokošolske ustanove. Zaradi tega rezultatov ne moremo posplošiti na širšo populacijo fizioterapije.

Omejitev predstavlja tudi uporaba samoocenjevalnega vprašalnika, saj so študenti komunikacijske spretnosti ocenjevali na podlagi lastnega doživljanja. Njihove ocene zato

ne odražajo nujno dejanske ravni komunikacijskih spretnosti, temveč zlasti njihovo zaznavanje lastnih sposobnosti.

Podatke smo zbirali le v času izvajanja raziskave, zato nismo spremljali razvoja komunikacijskih spretnosti in samozavesti skozi čas. Za natančnejše ugotavljanje sprememb bi bilo smiselno študente spremljati pred začetkom in po zaključku kliničnega usposabljanja.

Dodatna omejitev je izvajanje kliničnega usposabljanja v različnih kliničnih okoljih in pod vodstvom različnih mentorjev. Razlike v okolju, načinu mentoriranja in stikih s pacienti so lahko vplivale na njihovo oceno razvoja komunikacijskih spretnosti in samozavesti.

Omejitev raziskave je tudi obdobje zbiranja podatkov, ki je potekalo med 29. junijem in 30. avgustom ter je sovpadalo s časom poletnih počitnic. To je lahko vplivalo na manjšo odzivnost študentov in posledično na velikost končnega vzorca.

3.5.2 Doprinos za stroko ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo

Ugotovitve raziskave poudarjajo pomen kliničnega usposabljanja pri razvoju komunikacijskih spretnosti in samozavesti študentov fizioterapije. Pri načrtovanju kliničnega usposabljanja bi bilo smiselno študentom omogočiti čim več neposredne komunikacije s pacienti in postopnega prevzemanja samostojnosti pri delu. Pomembno vlogo imajo tudi mentorji, ki študentom zagotavljajo podporo, dajejo povratne informacije ter ustvarjajo prijetno okolje.

V nadaljnjih raziskavah bi bilo smiselno vključiti večji vzorec študentov iz različnih visokošolskih ustanov ter spremljati razvoj komunikacijskih spretnosti in samozavesti skozi čas, na primer pred začetkom in po zaključku kliničnega usposabljanja. Poleg samoocene študentov bi bilo smiselno vključiti tudi oceno mentorjev ali opazovanje komunikacije študentov s pacienti.

4 ZAKLJUČEK

Komunikacijske spretnosti in veščine so pomemben del fizioterapevtske obravnave, saj so fizioterapevti pri svojem delu neposredno v stiku s pacienti. Komunikacija omogoča izmenjavo informacij ter medsebojno razumevanje med fizioterapevtom in pacientom. V fizioterapevtski obravnavi ni pomembna le za sporočanje informacij in navodil, temveč tudi za vzpostavljanje ustreznega odnosa s pacientom. Fizioterapevt mora znati pacientu prisluhniti, prepoznati njegove potrebe in pričakovanja ter mu informacije sporočiti na jasn in razumljiv način. Pri tem so pomembne verbalne in neverbalne komunikacijske spretnosti ter sposobnost empatičnega odzivanja. Ustrezna komunikacija lahko prispeva k vzpostavljanju zaupanja, aktivnemu sodelovanju pacienta in njegovi vključenosti v proces obravnave. Razvoj komunikacijskih spretnosti in veščin je zato pomemben že v času izobraževanja bodočih fizioterapevtov, pri čemer ima pomembno vlogo tudi pridobivanje izkušenj v kliničnem okolju.

Namen raziskave je bil ugotoviti učinek kliničnega usposabljanja na razvoj komunikacijskih spretnosti in veščin študentov visokošolskega študijskega programa Fizioterapija na FZAB.

Ugotovitve kažejo na pomembno vlogo kliničnega usposabljanja pri razvoju komunikacijskih spretnosti študentov fizioterapije. Študenti z večjim obsegom kliničnega usposabljanja so dosegli višji skupni rezultat komunikacijskih spretnosti, kar nakazuje na pomen pridobivanja kliničnih izkušenj.

Med kliničnim usposabljanjem študenti razvijajo različne vidike komunikacije s pacienti. Visoko so ocenili izboljšanje verbalne in neverbalne komunikacije, med elementi empatične komunikacije pa je še posebej izstopalo aktivno poslušanje. Nekoliko nižje je bilo ocenjeno prepoznavanje negotovosti in strahu pri pacientih, kar kaže na možnost nadaljnega razvoja komunikacijskih spretnosti na tem področju.

Z izvedeno analizo smo ugotovili statistično značilno razliko v samozavesti pri komunikaciji glede na obseg kliničnega usposabljanja. Študenti, ki so klinično

usposabljanje opravili več kot enkrat, so svojo samozavest pri komunikaciji ocenili višje kot študenti, ki so ga opravili samo enkrat. Pri tem je bila samozavest najmočnejše povezana z večjo samostojnostjo pri delu. Pozitivna povezanost s samozavestjo je bila ugotovljena tudi pri podpori in splošnem vzdušju med kliničnim usposabljanjem ter pozitivni povratni informaciji mentorja. Povezanost negativne povratne informacije mentorja in negativnih izkušenj s samozavestjo pri komunikaciji ni bila statistično značilna. Ugotovitve tako kažejo, da so pri krepitvi samozavesti študentov poleg kliničnega usposabljanja pomembne izkušnje, ki jih pridobivajo v kliničnem okolju.

Na podlagi ugotovitev lahko zaključimo, da je klinično usposabljanje pomemben del pri pripravi študentov fizioterapije na komunikacijo s pacienti. Pri tem niso pomembne zgolj pridobljene klinične izkušnje, temveč tudi neposreden stik s pacienti, podpora in povratne informacije mentorjev. Klinično usposabljanje tako študentom omogoča, da pridobljeno znanje prenesejo v prakso ter razvijajo spretnosti in pridobivajo samozavest, ki jih bodo potrebovali pri svojem prihodnjem poklicnem delu.

5 LITERATURA

Alnaser, A.F., 2020. Effective communication skills and patient's health. *CPQ Neurology and Psychology*, 3(4), pp. 1-11.

Bright, F.A., Cummins, C., Waterworth, K., Gibson, B.E. & Larmer, P., 2018. Physiotherapy students' conceptualisations of clinical communication: A call to revisit communication in physiotherapy education. *OpenPhysio*, pp. 1-10. 10.14426/art/509.

Cencič, M., 2009. *Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave*. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo.

Champoux, M., Poirier, A. & Hudon, C., 2025. Roles of physiotherapists in primary care teams: a scoping review. *BMJ Open*, 15(2), pp. 1-8. 10.1136/bmjopen-2024-092276.

Chapman, C.R., Woo, N.T. & Maluf, K.S., 2022. Preferred communication strategies used by physical therapists in chronic pain rehabilitation: a qualitative systematic review and meta-synthesis. *Physical Therapy*, 102(9), pp. 1-16. 10.1093/ptj/pzac081.

Dairo, Y.M., Hunter, K. & Ishaku, T., 2024. The impact of simulation-based learning on the knowledge, attitude and performance of physiotherapy students on practice placement. *BMC Medical Education*, 24(1), pp. 1-10. 10.1186/s12909-024-05718-2.

Dalwood, N., Maloney, S., Cox, N. & Morgan, P., 2018. Preparing physiotherapy students for clinical placement: student perceptions of low-cost peer simulation. A mixed-methods study. *Simulation in Healthcare*, 13(3), pp. 181-187. 10.1097/SIH.0000000000000276.

Fatimayin, F.F., 2018. What is communication? In: I.O.A. Daniel, ed. *Communication and Language Skills*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing, pp. 21-41.

Field, L., Gane, E. & Forbes, R., 2023. Clinical documentation during clinical placements: Perspectives of physiotherapy students and clinical educators. *Australian Journal of Clinical Education*, 12(1), pp. 1-22. 10.53300/001c.71404.

Forbes, R., 2017. Enhancing patient education skills of physiotherapy students in a clinical education setting. *Focus on Health Professional Education: A Multi-Professional Journal*, 18(1), pp. 27-41. 10.11157/fohpe.v18i1.205.

Good, C.H., Bright, F.A. & Mooney, S., 2024. The role and function of body communication in physiotherapy practice: A qualitative thematic synthesis. *New Zealand Journal of Physiotherapy*, 52(1), pp. 35-51. 10.15619/nzjp.v52i1.338.

Hall, J.A., Horgan, T.G. & Murphy, N.A., 2019. Nonverbal communication. *Annual Review of Psychology*, 70, pp. 271-294. 10.1146/annurev-psych-010418-103145.

Jugand, A., Miciak, M., Lay, P., Bernstein, M.H. & Druart, L., 2026. Characteristics and Specific Aspects of the Therapeutic Alliance in Physiotherapy Care: A Qualitative Study in France. *Physiotherapy Research International*, 31(4), pp. 1-10. 10.1002/pri.70302.

Kiessling, C., Mennigen, F., Schulte, H., Schwarz, L. & Lutz, G., 2021. Communicative competencies anchored longitudinally—the curriculum “personal and professional development” in the model study programme in undergraduate medical education at the University of Witten/Herdecke. *GMS Journal for Medical Education*, 38(3), pp. 1-17. 10.3205/zma001453.

McGivern, E., Mandrusiak, A., Rahmann, A. & Forbes, R., 2025. “This patient is not appropriate”: Perspectives of physiotherapy students and clinical educators on exposing students to patients with complex needs during clinical practice placements. *Physiotherapy Theory and Practice*, 41(3), pp. 617-632. 10.1080/09593985.2024.2355243.

Miciak, M., Mayan, M., Brown, C., Joyce, A.S. & Gross, D.P., 2019. A framework for establishing connections in physiotherapy practice. *Physiotherapy Theory and Practice*, 35(1), pp. 40-56. 10.1080/09593985.2018.1434707.

Milanese, S., Gordon, S. & Pellatt, A., 2013. Undergraduate physiotherapy student perceptions of teaching and learning activities associated with clinical education. *Physical Therapy Reviews*, 18(6), pp. 439-444. 10.1179/1743288X12Y.0000000060.

Mošmondor, R.V. & Fale, S., 2022. *Kompetence in odgovornosti v fizioterapiji (primer iz prakse). V dan kakovosti*, 91. [pdf] Bolnišnica Topolščica. Available at: <https://www.boltop.si/wp-content/uploads/documents//BOLNI%C5%A0NICA%20TOPOL%C5%A0ICA/KAKOVOST/Dan%20kakovosti/Zbornik%20-%20202.%20Dan%20kakovosti%20BT%20-%2030.9.2022.pdf> [Accessed 19 July 2025].

Osborn-Jenkins, L., Day, E., Payne, H., White, R. & Roberts, L., 2024. Advice-giving skills in pre-registration physiotherapy training. *Physiotherapy Theory and Practice*, 40(10), pp. 2355-2369. 10.1080/09593985.2023.2247485.

Patton, N., Higgs, J. & Smith, M., 2018. Clinical learning spaces: crucibles for practice development in physiotherapy clinical education. *Physiotherapy Theory and Practice*, 34(8), pp. 589-599. 10.1080/09593985.2017.1423144.

Ramakrishnan, S., Gabor, M.G. & Mysore, S.B., 2022. An investigation into the role of clinical education in preparing undergraduate physiotherapy students for professional practice in the Emirate of Abu Dhabi. *Journal for Researching Education Practice and Theory*, 5(1), pp. 3-36.

Ramakrishnan, S., Gabor, M.G., Kamalakannan, S., Bairappareddy, K.C., Shanmugam, S. & Abukari, A., 2025. Barriers and facilitators for physiotherapy students' clinical reasoning skills: a case study. *Research in Post-Compulsory Education*, 30(4), pp. 785-798. 10.1080/13596748.2025.2550851.

Ratna, H., 2019. The importance of effective communication in healthcare practice. *Harvard Public Health Review*, 23, pp. 1-6. 10.54111/0001/W4.

Seaton, J., Jones, A., Johnston, C. & Francis, K., 2024. Physiotherapy private practitioners' opinions regarding interprofessional collaborative practice: A qualitative study. *Journal of Interprofessional Care*, 38(1), pp. 10-21. 10.1080/13561820.2023.2221687.

Sellberg, M., Halvarsson, A., Nygren-Bonnier, M., Palmgren, P.J. & Möller, R., 2022. Relationships matter: a qualitative study of physiotherapy students' experiences of their first clinical placement. *Physical Therapy Reviews*, 27(6), pp. 477-485. 10.1080/10833196.2022.2106671.

Solvang, P.K. & Fougner, M., 2023. Learning from clinical placement experience: how do undergraduate physiotherapy students approach person-centered practice? *Physiotherapy Theory and Practice*, 39(12), pp. 2609-2624. 10.1080/09593985.2022.2089609.

Suikkala, A., Timonen, L., Leino-Kilpi, H., Katajisto, J. & Strandell-Laine, C., 2021. Healthcare student-patient relationship and the quality of the clinical learning environment—a cross-sectional study. *BMC Medical Education*, 21(1), pp. 1-11. 10.1186/s12909-021-02676-x.

Urea, I.R., 2023. *Shaping the Professional Behaviour of Junior Physiotherapists by their Communication Style. Implications on the recovery process of patients*. [pdf] Research Square. Available at: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3403447/v1> [Accessed 8 July 2026].

Van der Scheer-Horst, E., Rutten, G., Stortenbeker, I., Borkent, J., Klein Swormink, W., Das, E., Staal, J.B. & van Lankveld, W., 2023. Limited health literacy in primary care physiotherapy: Does a physiotherapist use techniques to improve communication? *Patient Education and Counseling*, 109(107624), pp. 1-9. 10.1016/j.pec.2023.107624.

Venu, V.P. & Reddy, P.S., 2016. Communication skills. *International Journal for Innovative Research in Science & Technology*, 3(4), pp. 423-427.

Wijbenga, M.H., Bovend'Eerd, T.J.H. & Driessen, E.W., 2019. Physiotherapy students' experiences with clinical reasoning during clinical placements: A qualitative study. *Health Professions Education*, 5(2), pp. 126-135. 10.1016/j.hpe.2018.05.003.

Włoszczak-Szubzda, A. & Jarosz, M.J., 2013. Professional communication competences of physiotherapists—practice and educational perspectives. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 20(1), pp. 189-194.

Wojkowski, S., Norman, K.E., Stratford, P. & Mori, B., 2021. Physiotherapy students' performance in clinical education: An analysis of 1 year of Canadian cross-sectional data. *Physiotherapy Canada*, 73(4), pp. 358-367. 10.3138/ptc-2020-0018.

Yoon, L., Campbell, T., Bellemore, W., Ghawi, N., Lai, P., Desveaux, L., Quesnel, M. & Brooks, D., 2017. Exploring mentorship from the perspective of physiotherapy mentors in Canada. *Physiotherapy Canada*, 69(1), pp. 38-46. 10.3138/ptc.2015-52.

Zota, D., Diamantis, D.V., Katsas, K., Karnaki, P., Tsiampalis, T., Sakowski, P., Christophi, C.A., Ioannidou, E., Darias-Curvo, S., Batury, V.L., Berth, H., Zscheppang, A., Linke, M., Themistokleous, S., Veloudaki, A. & Linos, A., 2023. Essential skills for health communication, barriers, facilitators and the need for training: Perceptions of healthcare professionals from seven European countries. *Healthcare*, 11(14), pp. 1-16. 10.3390/healthcare11142058.

6 PRILOGE

6.1 MERSKI INSTRUMENT

Spoštovani,

v okviru diplomskega dela z naslovom *Učinek praktičnega usposabljanja na komunikacijske kompetence študentov fizioterapije* izvajam raziskavo o vplivu kliničnega usposabljanja na komunikacijske kompetence in samozavest študentov fizioterapije.

Vljudo vas prosim za sodelovanje pri izpolnjevanju anonimnega vprašalnika.

Pridobljeni podatki bodo uporabljeni izključno za namen diplomskega dela.

Vprašalnik je kratek in vam bo vzel le nekaj minut.

Za sodelovanje se vam iskreno zahvaljujem.

1. SKLOP – DEMOGRAFSKI PODATKI

1.) Spol:

1.) ženski

2.) moški

2.) Starost: _____ let

3.) Letnik študija:

a.) 1. letnik

b.) 2. letnik

c.) 3. letnik

4.) Oblika študija

1.) redni študij

2.) izredni študij

5.) Kolikokrat ste že bili na kliničnem usposabljanju?

- 1.) 1-krat
- 2.) 2–3-krat
- 3.) 3-krat ali več

6.) Ali ste pred študijem že imeli stik s pacienti v kliničnem okolju?

- 1.) da
- 2.) ne

2. SKLOP – UČINEK KLINIČNEGA USPOSABLJANJA NA KOMUNIKACIJO

7.) Ocenite, v kolikšni meri se strinjate z naslednjimi trditvami (1 – popolnoma se ne strinjam, 5 – popolnoma se strinjam).

TRDITEV	1	2	3	4	5
a.) Klinično usposabljanje je pomembno za razvoj komunikacijskih veščin in spretnosti.					
b.) Klinično usposabljanje mi je pomagalo izboljšati verbalno komunikacijo s pacienti.					
c.) Klinično usposabljanje mi je pomagalo izboljšati neverbalno komunikacijo s pacienti.					
d.) V kliničnem okolju sem se naučil/-a bolje prilagoditi komunikacijo posameznemu pacientu.					
e.) Pacientom sem ob fizioterapevtski obravnavi dal/-a možnost razprave in vprašanj.					
f.) Pacientom sem dajal/-a jasna in kratka sporočila.					
g.) S pacienti sem odprto komuniciral/-a.					
h.) Paciente sem aktivno poslušal/-a.					
i.) Pri pacientih sem prepoznal/-a negotovost in strah.					
j.) Med kliničnim usposabljanjem sem od mentorja dobil/-a povratne informacije o svoji komunikaciji.					
k.) Napake so mi predstavljale priložnosti za učenje in izboljšanje					

komunikacijskih sposobnosti in spretnosti.					
l.) Menim, da profesionalen in sočuten odnos lahko pomembno prispeva k pacientovemu občutku varnosti.					
m.) Menim, da profesionalen in sočuten odnos lahko pomembno prispeva h krepitvi motivacije za okrevanje.					

3. SKLOP – NAPREDEK NA PODROČJU POSAMEZNIH OBLIK KOMUNIKACIJE

8.) Razvrstite spodnje oblike komunikacije glede na to, kako zelo so se po vašem mnenju izboljšale po končanem kliničnem usposabljanju (1 – najbolj izboljšana, 5 – najmanj izboljšana). (Označite največ 2 možnosti.)

- ☐ Verbalna komunikacija
- ☐ Govorica telesa
- ☐ Empatična komunikacija
- ☐ Jasno podajanje informacij pacientu
- ☐ Aktivno poslušanje

8.1.) Opišite, katera situacija vam je najbolj pomagala izboljšati komunikacijske veščine in spretnosti (neobvezno):

4. SKLOP – OCENA SAMOZAVESTI IN PREJETIH POVRATNIH INFORMACIJ

9.) Ocenite naslednje trditve.

(1 – popolnoma se ne strinjam, 5 – popolnoma se strinjam)

TRDITEV	1	2	3	4	5
a.) Po kliničnem usposabljanju sem bolj samozavesten/-na pri komunikaciji s pacienti.					
b.) Pozitivna povratna informacija mentorja na kliničnem					

usposabljanju je okrepila mojo samozavest.					
c.) Negativna povratna informacija mentorja na kliničnem usposabljanju je povzročila nižjo samozavest.					
d.) Podpora in splošno vzdušje med prakso sta vplivala na mojo samozavest pri komunikaciji.					
e.) Negativne izkušnje so mojo samozavest zmanjšale.					
f.) Samozavest sem okrepil/-a z večjim samostojnim delom na kliničnem usposabljanju.					