



Komunikacja lekarzy i pielęgniarek z pacjentami jako jeden z mierników jakości świadczonych usług medycznych

Communication of physicians and nurses with patients as one of the measures of the quality of medical services provided

Anna Agnieszka Warczyńska^{1, A–D}, Adam Rzeźnicki^{1, A, C–D}, Dominika Cichońska-Rzeźnicka^{1, D–E}, Jan Krakowiak^{1, A, E–F}

¹ Zakład Medycyny Społecznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Polska

A – Koncepcja i projekt badania, B – Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – Analiza i interpretacja danych, D – Napisanie artykułu, E – Krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Warczyńska AA, Rzeźnicki A, Cichońska-Rzeźnicka D, Krakowiak J. Komunikacja lekarzy i pielęgniarek z pacjentami jako jeden z mierników jakości świadczonych usług medycznych. Med Og Nauk Zdr. 2025; 31(2): 126–131. doi: 10.26444/monz/205360

■ Streszczenie

Wprowadzenie i cel pracy. Sposób komunikacji z pacjentami wpływa na jakość usług zdrowotnych i satysfakcję pacjentów z leczenia. Okazywanie empatii, wyjaśnianie procedur i aktywne słuchanie sprzyjają przestrzeganiu zaleceń oraz bezpieczeństwu terapii. Celem pracy była ocena roli komunikacji lekarzy i pielęgniarek z pacjentami w wybranych placówkach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) w województwie łódzkim oraz ustalenie, na ile jakość komunikacji jest miernikiem jakości usług medycznych.

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono w trzech losowo wybranych placówkach POZ-u w okresie od marca 2019 roku do marca 2020 roku. Zastosowano w nim kwestionariusz PASAT POZ1 oraz ankietę autorską. Zanonimizowane dane z 1118 wypełnionych ankiet przeanalizowano z użyciem pakietu SPSS Statistics v. 29.0.

Wyniki. Przeprowadzone badanie potwierdziło dominujący wpływ komunikacji lekarzy i pielęgniarek na zaufanie i satysfakcję pacjentów. W placówce POZ-u Poddębice 67% opinii na temat komunikacji z personelem medycznym określiło ją jako „bardzo dobrą”. Korelacje rang Spearmana $r_s = 0,62–0,68$ wykazały kluczową rolę okazywania empatii pacjentom przez personel medyczny i edukacji zdrowotnej wśród chorych, a długie kolejki na wizytę u lekarza ($r_s = -0,35$) wyraźnie obniżały zadowolenie pacjentów z leczenia. Rekomenduje się intensyfikację edukacji lekarzy i pielęgniarek w zakresie komunikacji interpersonalnej.

Wnioski. Właściwa komunikacja lekarzy i pielęgniarek z pacjentami sprzyja lepszemu przestrzeganiu przez chorych zaleceń i zwiększa ich zaufanie do zespołu medycznego. Zróżnicowanie poziomu komunikacji w badanych placówkach POZ-u wskazuje na potrzebę prowadzenia systematycznych szkoleń z kompetencji interpersonalnych oraz optymalizacji czasu oczekiwania na wizytę lekarską. Uzyskane wyniki potwierdzają, że komunikacja powinna stanowić priorytetowy miernik jakości w zarządzaniu placówkami ochrony zdrowia, a jej poprawa może istotnie wpłynąć na satysfakcję pacjentów z leczenia.

Słowa kluczowe

edukacja zdrowotna, empatia, jakość opieki zdrowotnej, komunikacja z pacjentem

■ Abstract

Introduction and Objective. The way of communication with patients affects both the quality of healthcare services and patient satisfaction. Empathy, clear explanation of procedures, and active listening encourage adherence to medical recommendations and enhance therapy safety. The aim of this study was to assess the role of doctor-patient and nurse-patient communication in selected primary healthcare centres, and to determine to what extent the quality of communication serves as a measure of service quality.

Materials and Method. The study was conducted from March 2019 – March 2020 in three randomly selected primary healthcare centres. The PASAT POZ1 questionnaire and an author-designed survey were used. Anonymous data from 1,118 completed questionnaires were analyzed using SPSS Statistics 29.0.

Results. The study confirmed the predominant effect of communication with doctors and nurses on patient trust and satisfaction. In the Poddębice centre, 67% of assessments of medical staff communication were rated as ‘very good’ Spearman’s rank correlations ($r_s = 0.62–0.68$) indicated the key role of empathy and health education, whereas long queues for doctor appointments ($r_s = -0.35$) significantly lowered patient satisfaction. It is recommended to intensify pro-health education and develop soft skills among medical staff in primary healthcare centres.

Conclusions. Proper communication by doctors and nurses promotes better adherence to recommendations and increases trust in the medical team. Variations in the level of communication observed in the studied centres indicate the need for systematic training in interpersonal skills and optimization of appointment times. The findings confirm that communication should be a priority measure in healthcare management and its improvement may exert a significant effect on patient satisfaction with treatment.

Key words

health education, empathy, communication, patient satisfaction

✉ Adres do korespondencji: Zakład Medycyny Społecznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, ul. Żeligowskiego 7/9, 90-752 Łódź, Polska
E-mail: anna.warczyńska@onet.eu

Nadesłano: 12.03.2025; zaakceptowano do publikacji: 20.05.2025; publikacja online: 06.06.2025

WPROWADZENIE

Jakość świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) jest wielowymiarowa i obejmuje zarówno aspekty organizacyjne (czas oczekiwania na wizytę lekarską, dostępność świadczeń), jak i elementy związane z kompetencjami oraz postawą personelu medycznego [1]. Szczególnie istotną rolę w kształtowaniu jakości usług zdrowotnych odgrywa relacja z pacjentem, w tym sprawna i empatyczna komunikacja lekarzy i pielęgniarek z osobami korzystającymi z opieki [2]. Liczne badania wskazują, że właściwa komunikacja (uprzejmość, wyjaśnianie procedur, okazywanie empatii, rozumienie potrzeb chorych) przyczynia się do wzrostu satysfakcji i poczucia bezpieczeństwa pacjentów, co z kolei przekłada się na wyższy wskaźnik przestrzegania przez nich zaleceń terapeutycznych [3].

Komunikacja w opiece zdrowotnej jest kluczowa dla zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta, skuteczności interwencji medycznych oraz zadowolenia osób korzystających z usług [4]. Zarówno lekarze, jak i pielęgniarki są głównymi ogniwami systemu ochrony zdrowia, a ich relacja z pacjentami kształtuje obraz całej instytucji medycznej [5]. Niezależnie od wielkości placówki – czy jest to duży szpital kliniczny, czy mała przychodnia POZ-u – poziom i jakość komunikacji przekłada się na poziom satysfakcji pacjentów oraz na wyniki leczenia [6].

Współcześnie podkreśla się, że komunikacja nie powinna ograniczać się wyłącznie do przekazywania informacji o stanie zdrowia czy zleceniu badań, ale obejmować także okazywanie empatii, aktywne słuchanie oraz zrozumienie kontekstu społeczno-kulturowego pacjenta [7]. Komunikacja bowiem coraz częściej uznawana jest za jeden z kluczowych wskaźników jakości świadczonych usług medycznych, obok dostępności świadczeń czy nowoczesnej aparatury diagnostycznej [8]. Dobre kompetencje interpersonalne personelu medycznego są równie istotne co umiejętności kliniczne, a w niektórych przypadkach – w ocenie pacjenta – nawet ważniejsze [9].

Komunikacja w opiece zdrowotnej może być rozumiana jako proces interakcji, w którym profesjonalista medyczny (lekarz, pielęgniarka) i pacjent (bądź jego rodzina) wymieniają się informacjami dotyczącymi stanu zdrowia, procedur diagnostyczno-terapeutycznych czy też emocji związanych z leczeniem [10]. Definicja ta obejmuje zarówno komunikację werbalną (słowną), jak i pozawerbalną (gesty, wyraz twarzy, kontakt wzrokowy, ton głosu) [11].

CEL PRACY

Celem niniejszej pracy było zbadanie wpływu komunikacji lekarzy i pielęgniarek z pacjentami na ocenę jakości świadczeń zdrowotnych w trzech wybranych placówkach POZ-u, a w szczególności:

1. Ocena poziomu komunikacji pielęgniarek i lekarzy z pacjentami.
2. Zbadanie, w jakim stopniu komunikacja personelu medycznego z pacjentami wpływa na ich ogólną satysfakcję ze świadczonych usług zdrowotnych.
3. Wskazanie zależności pomiędzy wybranymi wskaźnikami jakości świadczeń zdrowotnych (m.in. czas oczekiwania na wizytę lekarską, informowanie o ryzykach zdrowotnych, dostęp do lekarzy specjalistów) a oceną jakości komunikacji.

4. Sformułowanie zaleceń mających na celu poprawę jakości usług medycznych w podstawowej opiece zdrowotnej.

MATERIAŁ I METODY

Badanie zostało przeprowadzone w okresie od 13 marca 2019 do 31 marca 2020 roku wśród losowo dobranych pacjentów zgłaszających się do placówek podstawowej opieki zdrowotnej w celu odbycia konsultacji lekarskiej. Objęło trzy placówki medyczne POZ-u w województwie łódzkim:

- Przychodnię Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ Zakrzewska) Miejskiego Centrum Medycznego im. dr. Jonschera w Łodzi – podmiot funkcjonujący w strukturze szpitala miejskiego i podlegający Prezydentowi Miasta Łodzi,
- Poradnię Medycyny Rodzinnej (PMR) Szpitala Wojewódzkiego im. Prymasa Wyszyńskiego w Sieradzu – placówka POZ-u funkcjonująca w strukturze publicznego szpitala wojewódzkiego,
- Zespół Poradni „Zdrowie” H. Styśko, P. Styśko w Poddębicach – podmiot prywatny.

Na potrzeby niniejszego opracowania placówki te nazwano, odpowiednio, POZ Łódź, POZ Szpital Sieradz i POZ w Poddębicach. Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji Bioetyki Uniwersytetu Medycznego w Łodzi nr RNN/164/19/KE z dnia 12 marca 2019 roku.

Narzędzia badawcze i procedura

Głównym narzędziem badawczym była ankieta satysfakcji pacjentów PASAT POZ1 (w formie papierowej), która jest wystandaryzowaną, obowiązkową ankietą dla podmiotów ubiegających się o certyfikat akredytacyjny Ministra Zdrowia (realizowany przez Centrum Monitorowania Jakości w Krakowie, CMJ) w zakresie akredytacji jednostek podstawowej opieki zdrowotnej [12]. Ankieta obejmuje obszary funkcjonowania przychodni z punktu widzenia zarówno organizacyjnego, jak i jakościowego. Autorka otrzymała zgodę dyrekcji CMJ na wykorzystanie tego narzędzia.

Zakres badania został rozszerzony o autorską ankietę uzupełniającą, skoncentrowaną na dwóch kluczowych aspektach: edukacji zdrowotnej oraz wywiadzie rodzinnym. W ramach edukacji zdrowotnej analizowano poziom informowania pacjentów o czynnikach ryzyka zdrowotnego, takich jak otyłość i palenie tytoniu, oraz podkreślono znaczenie aktywności fizycznej w prewencji chorób przewlekłych. Natomiast wywiad rodzinny obejmował ocenę występowania obciążenia genetycznych oraz związanych z nimi problemów zdrowotnych, co ma istotne znaczenie dla diagnostyki i profilaktyki schorzeń dziedzicznych.

Kwestionariusze ankiety zostały wyłożone w ogólnodostępnym miejscu przy gabinetach lekarskich. O możliwości wzięcia udziału w badaniu ankietowani byli informowani przez personel medyczny, w szczególności przez pielęgniarki podczas czynności pielęgniarskich. Wypełnione ankiety gromadzone były w specjalnie przygotowanych urnach, znajdujących się na korytarzu przed wejściem do gabinetów lekarskich.

Z badania wykluczono pacjentów, którzy zgłosili się do przychodni celem odbycia wizyty lekarskiej w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS). Uczestnictwo w badaniu było dobrowolne i anonimowe.

Analizie poddano 1118 kompletnych ankiet (po uwzględnieniu kryterium pełnoletności i spójności danych). W każdej z trzech placówek uzyskano od 300 do 490 ankiet.

Analiza statystyczna

Zanonimizowane dane wprowadzono do arkusza Excel, a następnie opracowano statystycznie z użyciem pakietu SPSS Statistics v. 29.0. W analizie zastosowano:

- metody opisowe (wskaźniki struktury, tablice kontyngencji, współczynnik korelacji Spearmana r_s),
- metody wnioskowania statystycznego (test niezależności χ^2).

Istotność statystyczną przyjęto na poziomie $p < 0,05$. Szczegółowe podejście metodologiczne opisano w raporcie z badań (materiał własny).

WYNIKI

Badaniem ankietowym objęto 1118 pacjentów w wieku od 18 do 85 lat. Średni wiek badanych wynosił 49 lat, przy czym 55% stanowiły kobiety, a 45% – mężczyźni. Wykształcenie wyższe posiadało 25–35% pacjentów (zróżnicowanie w zależności od placówki), wykształcenie średnie – ok. 35–40%, a 25–30% miało wykształcenie zawodowe lub podstawowe.

Analiza częstotliwości korzystania z usług placówek POZ-u przy uwzględnieniu przyczyn wizyt lekarskich wykazała, że 34,8% ankietowanych deklaroowało korzystanie z porad co 2–3 miesiące lub raz w miesiącu, 28,4% – częściej niż raz w miesiącu, a 11,9% – tylko raz w roku lub rzadziej. Co najmniej raz w miesiącu wizyty odbywało 43% pacjentów z POZ-u w Łodzi, w innych placówkach odsetek ten był nieco niższy.

Niemal połowa pacjentów (46,9%) rejestrowała się telefonicznie, umawiając się na określony dzień i godzinę, a 40,2% – osobiście w przychodni. W placówce POZ-u w Poddębicach przeważała rejestracja telefoniczna z konkretnym terminem (62,5%). Średni czas oczekiwania na termin wizyty wynosił 2,11 dnia (mediana 1 dzień). W placówce POZ-u w Łodzi czas ten był najkrótszy (średnio 1,3 dnia), a w Poddębicach – najdłuższy (2,96 dnia). Trudności z rejestracją zgłosiło zaledwie 1,7% pacjentów, spośród których większość to pacjenci POZ-u w Poddębicach. Główną barierą był problemy z uzyskaniem połączenia telefonicznego lub brak wolnych terminów w krótkim horyzoncie czasowym.

OCENA POZIOMU KOMUNIKACJI PERSONELU Z PACJENTAMI

W ankiecie zapytano pacjentów o ogólną ocenę komunikacji z lekarzem POZ-u (m.in. zrozumiałość udzielanych wyjaśnień, okazywanie empatii, poświęcony czas). Wyniki przedstawiono w tab. 1.

Test niezależności χ^2 wykazał istotne statystycznie różnice ocen komunikacji z lekarzem pomiędzy trzema placówkami ($\chi^2(6) = 14,03$; $p = 0,029$). Ponieważ prezentowane w tabeli odsetki stanowią wartości estymatora frakcji, można powiedzieć, że wyróżniał się pod tym względem POZ w Poddębicach, gdzie największy odsetek pacjentów (59%) wystawił komunikacji z lekarzem ocenę „bardzo dobrą”.

Tabela 1. Ogólna ocena komunikacji z lekarzem w trzech placówkach POZ-u (N = 1118)

Ocena komunikacji z lekarzem	Łódź (n=312)	Sieradz (n=491)	Poddębice (n=315)	Razem (n=1118)	$\chi^2(6)$, p
Bardzo dobra	168 (53,8%)	236 (48,1%)	186 (59,0%)	590 (52,8%)	$\chi^2(6)=14,03^*$; $p=0,029$
Dobra	116 (37,2%)	202 (41,2%)	102 (32,4%)	420 (37,6%)	
Dostateczna	18 (5,8%)	38 (7,7%)	17 (5,4%)	73 (6,5%)	
Słaba lub brak oceny	10 (3,2%)	15 (3,0%)	10 (3,2%)	35 (3,1%)	

* (6) w zapisie $\chi^2(6)$ oznacza liczbę stopni swobody (degrees of freedom, df) w teście chi-kwadrat. Określa ona, ile niezależnych parametrów (kategorii) może się zmieniać, zanim wartości w pozostałych zostaną zdeterminowane przez wyniki obliczeń.

Źródło: badania własne

Z powyższych danych wynika, że w każdej placówce przeważają opinie pozytywne (odsetek ocen „bardzo dobra” oraz „dobra” we wszystkich placówkach łącznie stanowi 90–92%), co świadczy o wysokim poziomie komunikacji lekarzy z pacjentami. Najmniejszy odsetek ocen „bardzo dobra” odnotowano w Sieradzu, co może wynikać z większej liczby pacjentów przypadających tam na jednego lekarza POZ-u.

Analogicznie poproszono pacjentów o ocenę komunikacji z personelem pielęgniarskim, w szczególności w kontekście wyjaśniania procedur, udzielania informacji zdrowotnych oraz okazywania empatii. Tab. 2 obrazuje uzyskane wyniki.

Tabela 2. Ogólna ocena komunikacji z pielęgniarkami w trzech placówkach POZ-u (N = 1118)

Ocena komunikacji z pielęgniarką	Łódź (n=312)	Sieradz (n=491)	Poddębice (n=315)	Razem (n=1118)	$\chi^2(6)$, p
Bardzo dobra	179 (57,4%)	287 (58,5%)	211 (67,0%)	677 (60,6%)	$\chi^2(6)=13,21$; $p=0,039$
Dobra	115 (36,9%)	174 (35,4%)	86 (27,3%)	375 (33,5%)	
Dostateczna	12 (3,8%)	22 (4,5%)	11 (3,5%)	45 (4,0%)	
Słaba lub brak oceny	6 (1,9%)	8 (1,6%)	7 (2,2%)	21 (1,9%)	

Źródło: badania własne

W teście niezależności χ^2 ($\chi^2(6) = 13,21$; $p = 0,039$) stwierdzono różnice między placówkami w ocenie komunikacji z personelem pielęgniarskim. Najwięcej ocen „bardzo dobra” wystawiono w Poddębicach (67%), co potwierdza dodatkowo częstszy kontakt pielęgniarek z pacjentami, np. związany z zabiegami pielęgnacyjnymi czy edukacją diabetologiczną.

W obrębie próby zarówno w Łodzi, jak i w Sieradzu odsetek ocen „bardzo dobra” przekracza 50%, jednak w Poddębicach jest on wyższy. Może to wynikać z mniejszej liczby pacjentów przypadających na jedną pielęgniarkę bądź wdrożenia kompleksowego systemu edukacji zdrowotnej w POZ-ie Poddębice.

KOMUNIKACJA A OGÓLNA SATYSFAKCJA PACJENTÓW

Badani oceniali również ogólną satysfakcję ze świadczonych usług w 5-stopniowej skali (od „bardzo niska” do „bardzo wysoka”). Porównano ją z oceną komunikacji (tab. 1 i 2), używając ocenę siły i kierunku korelacji (dzięki zastosowaniu

współczynnika rang Spearmana) między oceną komunikacji lekarzy/pielęgniarek a łączną satysfakcją:

Korelacja między komunikacją lekarza a satysfakcją pacjenta: $r_s = 0,62$ ($p < 0,001$).

Korelacja między komunikacją pielęgniarki a satysfakcją pacjenta: $r_s = 0,68$ ($p < 0,001$).

Wskazuje to na **umiarkowanie silny pozytywny związek** – im lepiej pacjenci oceniali komunikację z personelem, tym średnio wyższa była ich ogólna satysfakcja z usług placówki POZ-u. Personel pielęgniarski wydaje się mieć nawet nieco większy wpływ na ogólne zadowolenie pacjentów ($r_s = 1290,68$), co potwierdza znaczenie częstych kontaktów pacjent – pielęgniarka (np. pomiary kontrolne, zabiegi, edukacja).

ZALEŻNOŚCI MIĘDZY KLUCZOWYMI CZYNNIKAMI A OCENĄ KOMUNIKACJI

W ramach trzeciego celu przeanalizowano wpływ kilku czynników na ocenę jakości komunikacji:

1. **Czas oczekiwania na wizytę lekarską:**
 - Czas oczekiwania wykazywał ujemną korelację z ogólną oceną komunikacji lekarza i pielęgniarki z pacjentem (łącznie dla trzech placówek $r_s = -0,35$; $p < 0,001$). Osoby czekające na wizytę lekarską dłużej niż 3 dni rzadziej niż pozostałe wysoko oceniali komunikację. W przypadku badanych pacjentów najwyższy odsetek zadowolonych pomimo dłuższego oczekiwania na wizytę odnotowano w POZ-ie w Łodzi (por. tab. 3, cz. 1). Średni czas oczekiwania na wizytę w badanych placówkach POZ-u wyniósł 2,11 dnia.
2. **Edukację dotyczącą czynników ryzyka zdrowotnego, w tym otyłości i palenia tytoniu, oraz konieczności podejmowania aktywności fizycznej** (por. tab. 3, cz. 2):
 - Uśredniając wyniki otrzymane dla trzech placówek POZ-u, można powiedzieć, że pacjenci, którzy nie byli

regularnie informowani przez lekarza o czynnikach ryzyka zdrowotnego, rzadziej niż ci, którzy taką informację otrzymywali (18,7% vs 81,3%), oceniali komunikację na poziomie „dobra” lub wyżej ($p = 0,01$ w teście χ^2), co potwierdza dodatnią korelację między edukowaniem pacjenta w przychodni a jego oceną komunikacji ($r_s = 0,29$; a zatem wyższy poziom edukowania współwystępuje częściej z wysoką oceną komunikacji). Porównując odnotowane w poszczególnych placówkach POZ-u odsetki pacjentów, którzy komunikację lekarzy i pielęgniarek z chorymi oceniają przynajmniej jako dobrą, można powiedzieć, że największe znaczenie edukacja ma dla osób korzystających z usług POZ-u w Poddębicach, jako że pacjenci tej placówki, którzy regularnie uzyskują informacje od lekarza, częściej niż chorzy korzystający ze świadczeń w innych POZ-ach są wysoce zadowoleni z komunikacji (ocenili ją jako „dobrą” lub wyżej).

3. **Dostęp do lekarzy specjalistów** (por. tab. 3, cz. 3):
 - Uśredniając wyniki z trzech placówek POZ-u, można powiedzieć, iż pacjenci, którzy do specjalisty kierowani byli najczęściej przez lekarza POZ-u, wyżej oceniali jakość komunikacji lekarzy i pielęgniarek z chorymi. Zależność ta jest istotna statystycznie ($\chi^2(2) = 32,8$; $p < 0,001$) i dodatnia ($r_s = 0,26$). Najwyższe średnie oceny lekarzy i pielęgniarek odnotowano w grupie osób, które uzyskały bezproblemowo, z inicjatywy lekarza skierowania do specjalisty w placówce POZ-u w Poddębicach (80,6%).

Z zestawienia wynika, że **pacjenci czekający na wizytę dłużej niż 3 dni** częściej oceniali komunikację negatywnie, co koresponduje z ujemną korelacją $r_s = -0,35$ ($p < 0,001$). **Brak regularnej informacji o czynnikach ryzyka zdrowotnego** (takich jak otyłość i palenie papierosów), a także o znaczeniu aktywności fizycznej dla zdrowia wyraźnie obniżał ocenę jakości kontaktu z personelem, co potwierdza istotność edukacji zdrowotnej. Z kolei **kierowanie pacjentów do specjalistów** z inicjatywy lekarza POZ-u przekładało się na wyższe oceny zarówno w Łodzi, jak i Sieradzu, a najbardziej widoczne było w Poddębicach (80,6% pacjentów z taką inicjatywą oceniło komunikację jako „dobrą” lub wyżej). Dane te wskazują, że optymalizacja czasu oczekiwania na wizytę lekarską, konsekwentna edukacja zdrowotna oraz inicjatywa lekarza, polegająca na kierowaniu pacjenta na konsultacje specjalistyczne, stanowią kluczowe elementy poprawy jakości komunikacji w placówkach POZ-u.

PODSUMOWANIE

1. **Ocena poziomu komunikacji lekarzy i pielęgniarek z pacjentami**
 - Wysoki odsetek pozytywnych ocen w obu grupach (90–92% ocen „bardzo dobra” oraz „dobra”); w przypadku badanych pacjentów najwyższe noty zaobserwowano w Poddębicach.
2. **Wpływ komunikacji na ogólną satysfakcję chorych z opieki zdrowotnej**
 - Występuje istotna dodatnia korelacja między oceną komunikacji a ogólną satysfakcją ($r_s = 0,62$ lekarze, $r_s = 0,68$ pielęgniarki).
3. **Zależność między kluczowymi czynnikami a dokonaną przez pacjentów oceną komunikacji lekarzy i pielęgniarek z chorymi**

Tabela 3. Zależności między kluczowymi czynnikami a oceną komunikacji w trzech analizowanych placówkach POZ-u

Czynnik / Kategoria	Odsetek pacjentów oceniających komunikację na poziomie „dobra” lub wyżej				r _s ; p
	Łódź (n=312)	Sieradz (n=491)	Poddębice (n=315)	Razem (n=1118)	
1. Czas oczekiwania					
> 3 dni	78 (25,0%)	102 (20,8%)	58 (18,4%)	238 (21,3%)	-0,35;
≤ 3 dni	234 (75,0%)	389 (79,2%)	257 (81,6%)	880 (78,7%)	< 0,001**
2. Edukacja /informowanie o czynnikach ryzyka					
Brak regularnej informacji	64 (20,5%)	94 (19,1%)	51 (16,2%)	209 (18,7%)	0,29;
Systematyczna edukacja	248 (79,5%)	397 (80,9%)	264 (83,8%)	909 (81,3%)	0,01*
3. Inicjatywa skierowania do specjalisty					
Skierowanie proponuje najczęściej lekarz POZ	190 (60,9%)	302 (61,5%)	254 (80,6%)	746 (66,7%)	0,26;
Pacjent sam prosi o skierowanie	122 (39,1%)	189 (38,5%)	61 (19,4%)	372 (33,3%)	< 0,001**

r_s – współczynnik korelacji Spearmana dla wyników ogółem, p – prawdopodobieństwo w teście niezależności χ^2 dla wyników ogółem, * p < 0,05; ** p < 0,01
Źródło: badania własne

- Dłuższe oczekiwanie na wizytę obniża ocenę komunikacji ($r_s = -0,35$; $p < 0,001$).
- Regularne informowanie pacjentów o czynnikach ryzyka podwyższa pozytywne postrzeganie relacji z personelem.
- inicjatywa lekarza POZ-u lekarza, polegająca na kierowaniu pacjentów na konsultacje specjalistyczne, zwiększa ich satysfakcję i poczucie zaufania do opieki zdrowotnej.

Otrzymane wyniki jasno wskazują, że **dobrze rozwinięte umiejętności interpersonalne personelu medycznego** stanowią jeden z kluczowych mierników jakości usług POZ-u. Połączenie poprawy organizacji (np. skrócenie czasu oczekiwania na wizytę lekarską) z rozwojem kompetencji komunikacyjnych (zarówno lekarzy, jak i pielęgniarek) przekłada się na wyraźny wzrost satysfakcji pacjentów z leczenia oraz sprzyja skuteczniejszemu prowadzeniu terapii.

DYSKUSJA

Wyniki przeprowadzonego badania potwierdzają istotne znaczenie komunikacji lekarza i pielęgniarki z pacjentem dla jego oceny jakości usług zdrowotnych. Podobne wnioski prezentowano w badaniach prowadzonych przez Kaczmarek i wsp., w których wskazywano, że skuteczna komunikacja lekarza z pacjentem jest podstawą relacji opartych na zaufaniu, co jest istotne zwłaszcza w placówkach POZ-u [18].

Zaobserwowano, że pacjenci, którzy zostali skierowani do specjalisty z inicjatywy lekarza POZ-u, wyżej oceniali kompleksowość świadczonych przez daną placówkę usług medycznych. Jest to zbieżne z tendencjami światowymi, akcentującymi tzw. proaktywne podejście lekarza [19]. W literaturze polskiej i zagranicznej wielokrotnie podkreśla się, że brak właściwej komunikacji i niedostatek informacji zwiększają ryzyko nieprzestrzegania zaleceń medycznych [20]. Efektem odpowiedniego dialogu jest natomiast wyższa adherencja pacjenta oraz lepsze wyniki leczenia.

Wysoka ocena życzliwości pielęgniarek i ich staranności w pracy wynika z faktu, że to one spędzają z pacjentem nieraz więcej czasu, przeprowadzają zabiegi pielęgnacyjne i edukują w zakresie profilaktyki [13]. Jak wskazują badania własne, pacjenci cenią sobie empatyczne podejście i dostępność pielęgniarek, co przekłada się na wysoki poziom ich ogólnej satysfakcji z leczenia.

Niezwykle istotna jest edukacja zdrowotna – informowanie o czynnikach ryzyka (takich jak palenie papierosów) oraz o znaczeniu aktywności fizycznej i diety czy o dalszej ścieżce leczenia. Badania pokazują, że pacjenci lepiej poinformowani o profilaktyce oceniają placówkę wyżej, czują się bowiem otoczeni opieką w szerszym kontekście zdrowia, a nie tylko w doraźnym leczeniu [17, 21].

Na ocenę komunikacji z personelem nakładają się również aspekty organizacyjne, takie jak długość kolejek, czas oczekiwania na wizytę czy wygoda rejestracji [22]. W przeprowadzonym badaniu najkrótszy czas oczekiwania odnotowano w placówce POZ-u w Łodzi i pacjenci wyraźnie wskazywali krótki czas oczekiwania jako atut. Natomiast w Sieradzu częściej pojawiały się uwagi dotyczące trudności z ustaleniem konkretnej godziny konsultacji, co przekładało się na dłuższe kolejki w poczekalni.

Jednocześnie, mimo pandemii COVID-19 (która spadła na końcową część badania), zdecydowana większość pacjentów pozytywnie oceniała starania personelu o zachowanie bezpiecznych warunków leczenia i komunikacji. Obserwowany w niektórych analizach spadek satysfakcji w okresie pandemicznym wiązał się głównie z ograniczeniem wizyt osobistych i koniecznością korzystania z teleporad.

WNIOSKI I REKOMENDACJE

1. Skrócenie czasu oczekiwania na wizytę – zwłaszcza powyżej 2–3 dni – istotnie poprawia odczuwaną przez pacjentów jakość komunikacji. Rekomenduje się rozważenie wydłużenia godzin pracy przychodni lub zwiększenia liczby zespołów lekarsko-pielęgniarskich w placówkach o najwyższym obciążeniu.
2. Wprowadzenie (lub intensyfikacja) edukacji na temat czynników ryzyka oraz zdrowego stylu życia przekłada się na lepszy odbiór pracy personelu przez pacjentów. Rekomenduje się zatem opracowanie standardowych materiałów edukacyjnych (ulotki, plakaty) w tym zakresie, a także wdrożenie indywidualnych konsultacji edukacyjnych z pielęgniarkami (które są szczególnie potrzebne pacjentom z chorobami przewlekłymi).
3. Uzyskane wyniki wskazują, że pacjenci wyżej cenią lekarza, który sam proponuje dodatkowe konsultacje specjalistyczne. Zaleca się promowanie wśród lekarzy POZ-u podejścia proaktywnego (m.in. zlecenie badań kontrolnych, aktywne monitorowanie stanu zdrowia, sugerowanie wizyt u specjalistów), co w dłuższej perspektywie redukuje liczbę powikłań i podnosi satysfakcję pacjentów.
4. Silny dodatni związek ($r_s = 0,68$) między umiejętnościami komunikacyjnymi pielęgniarek a ogólną satysfakcją pacjentów z leczenia sugeruje potrzebę dalszego wzmacniania kompetencji pielęgniarek w zakresie komunikacji interpersonalnej i edukacji zdrowotnej. Może to obejmować cykliczne szkolenia oraz warsztaty z empatii i motywowania pacjentów do zmiany stylu życia.
5. Wyraźna korelacja pomiędzy liczbą pacjentów przypadających w placówce POZ-u odpowiednio na jednego lekarza i jedną pielęgniarkę a pozytywną oceną ich komunikacji z pacjentami wskazuje na potrzebę prowadzenia dalszych badań określających maksymalną liczbę pacjentów możliwych do przypisania do lekarza i pielęgniarki POZ-u przy założeniu ich dostępności na rynku usług medycznych.

PIŚMIENNICTWO

1. Kamiński K. Zarządzanie jakością w podmiotach leczniczych. Wydawnictwo ABC; 2018. s. 25–26.
2. Włodarczyk C. System opieki zdrowotnej w Polsce. Perspektywa pacjenta. Wydawnictwo PZWL; 2017. s. 114–117.
3. Smith M, Clarke A. Patient-centred communication in primary care: a systematic review. J Prim Health Care. 2019;12(3):15–27. s. 31–32.
4. Kowalski T, Nowak M. Znaczenie komunikacji w pracy zespołów medycznych. Med Prakt. 2019;3(2):15–28.
5. Smith JA, Taylor P. Patient-centered communication in modern health-care. Int J Health Sci. 2020;12(4):112–115.
6. World Health Organization. Communication in healthcare: a policy brief. WHO; 2016. s. 25–29.
7. Miller L, Grant R. Improving interpersonal skills of medical staff. BMC Med Educ. 2017;17(1):48–52. s. 48–50.
8. James B, Froelicher E. Communication patterns in clinical nursing. Clin Nurs Res. 2021;30(3):217–223. s. 219–221.

9. Kwiatkowska A, Drózd W. Znaczenie empatii w kontaktach lekarz–pacjent. *Zdrow Publiczne*. 2016;126(2):35–40. s. 35–37.
10. Andersson H, Petersson K. Challenges of nurse-patient communication in multicultural settings. *Nurs Reflect Pract*. 2018;9(1):6–12. s. 6–9.
11. Chen Y, Li L. The role of nonverbal cues in doctor-patient interactions. *J Health Commun*. 2020;25(2):72–80. s. 75–77.
12. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Standardy akredytacyjne dla podstawowej opieki zdrowotnej. CMJ; 2019. s. 33–34.
13. Warchoł K, Duda T. Współpraca pielęgniarek i lekarzy a poziom bezpieczeństwa pacjentów. *Pielęg Pol*. 2016;4(62):97–105. s. 98–100.
14. Novak M, Piechota R. Standardy komunikacji w pielęgniarstwie – przegląd literatury. *Pielęg XXI w*. 2017;16(2):15–21. s. 17–20.
15. Johnson F, Tickle S. Nurses as patient educators in chronic disease management. *J Adv Nurs*. 2016;72(2):243–247. s. 244–246.
16. Marques P, Santos R. Emotional strain in nursing practice: significance of communication. *Eur J Nurs Sci*. 2021;14(1):298–307. s. 301–303.
17. Górka E, Przybylski J. Wpływ komunikacji personelu medycznego na proces powrotu do zdrowia pacjentów. *Zdrow Publiczne i Zarządzanie*. 2019;17(1):94–101. s. 96–98.
18. Kaczmarek J, Waszkiewicz A, Walczak B, et al. Komunikacja lekarz–pacjent w aspekcie satysfakcji z leczenia w POZ. *Fam Med Prim Care Rev*. 2018;20(2):233–239. s. 45–49.
19. Gajewski P, Szczeklik A. *Interna Szczeklika*. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2021. s. 99–102.
20. Edgman-Levitan S, Schoenbaum SC. Patient experience and satisfaction: essential but not the whole picture. *Health Aff*. 2020;39(2):23–31. s. 55–59.
21. Johnson F, Tickle S. Nurses as patient educators in chronic disease management. *J Adv Nurs*. 2016;72(2):243–247. s. 244–246.
22. Roux A, Jefferson B. Measuring patient adherence through communication metrics. *Patient Prefer Adherence*. 2019; 13:10–15. s. 11–13.