

**Katarzyna Krot**  
*Wydział Zarządzania, Politechnika Białostocka*  
**Iga Rudawska**  
*Wydział Nauk Ekonomicznych i Zarządzania, Uniwersytet Szczeciński*

## **Koncepcja zaufania w relacji lekarz-pacjent w świetle badań jakościowych**

### **TRUST IN DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP IN LIGHT OF QUALITATIVE RESEARCH**

*Zaufanie pomiędzy lekarzem a pacjentem oprócz zdolności do budowania trwałych relacji, modelowania zachowań obu partnerów, ma także wartość terapeutyczną. Mimo coraz szerszego zainteresowania tym zagadnieniem nadal wymaga ono pogłębionych badań. Stąd celem niniejszego artykułu jest stworzenie koncepcji zaufania w relacji lekarz-pacjent w oparciu o wyniki badania jakościowego – analizę treści for internetowych. Okazało się, że zaufanie do lekarza jest efektem przenikania się i nakładania się na siebie dwóch poziomów: zaufania w skali makro i w skali mezo. Zaufanie w skali makro można traktować jako kontekst, w którym „zagnieżdżone” są wymiary zaufania instytucjonalnego. Natomiast zaufanie w skali mezo (instytucjonalne) jest postrzegane przez pryzmat trzech wymiarów: życzliwości, kompetencji i rzetelności.*

### **Wprowadzenie**

Zaufanie w rozmaitych relacjach społeczno-gospodarczych jest obecnie przedmiotem szerokiej debaty. Zaufanie pomiędzy lekarzem a pacjentem oprócz zdolności do budowania trwałych relacji, modelowania zachowań obu partnerów, ma także wartość terapeutyczną<sup>1</sup>. Zaufanie – lub jego brak – jest efektem realnych doświadczeń i kształtuje się w praktyce życia społecznego oraz wymaga stabilnego oparcia w instytucjach<sup>2</sup>. Wyniki badań wskazują, że w Polsce poziom zaufania do lekarzy jest niższy niż w innych krajach europejskich. Jako złożone i wieloaspektowe zagadnienie zaufanie w relacji lekarz-pacjent wymaga pogłębionych badań, które wyjaśnią jego istotę. Stąd celem niniejszego artykułu jest stworzenie koncepcji zaufania w relacji lekarz-pacjent w oparciu o wyniki badania jakościowego – analizę treści for internetowych. Artykuł powstał w ramach grantu naukowego (nr DEC-2011/01/D/HS4/05664) finansowanego przez Narodowe Centrum Nauki.

---

<sup>1</sup> L. Gilson: Trust and the development of health care as a social institution, *Social Science & Medicine*, vol. 56, 2003, s. 1453-1568.

<sup>2</sup> Strategia Rozwoju Kapitału Społecznego 2011-2020, Warszawa 2011.

## Rodzaje zaufania

Zaufanie to integralny element każdej satysfakcjonującej relacji<sup>3</sup>. Luhmann określa zaufanie jako mechanizm redukujący społeczną złożoność.<sup>4</sup> Zaufanie można zdefiniować jako wiarę i oczekiwanie, że partner relacji będzie działał na rzecz wspólnych interesów<sup>5</sup> oraz że żadna ze stron nie będzie nigdy działać na szkodę partnera, wykorzystując jego słabe punkty<sup>6</sup>. Oznacza również chęć inwestowania swoich zasobów w relację z innym podmiotem. Zaufanie wynika z pozytywnych wyobrażeń będących konsekwencją dotychczasowych wzajemnych interakcji<sup>7</sup> oraz oceny stopnia wiarygodności partnera relacji. Zaufanie jest również mechanizmem redukującym oportunistyczne zachowania<sup>8</sup>.

Zaufanie można badać na kilku różnych poziomach, które wzajemnie przenikają się. Jak twierdzi Sztompka w przypadku zaufania można mówić o stopniowo rozszerzających się koncentrycznych kręgach zaufania: od najbardziej konkretnych relacji międzypersonalnych do bardziej abstrakcyjnego odniesienia wobec struktur i instytucji społecznych.<sup>9</sup> Zaufanie wypracowane w relacji z konkretnym lekarzem z czasem będzie się rozciągało na placówkę, w której ten lekarz jest zatrudniony, a w dalszej perspektywie na rolę społeczną lekarza i cały system opieki zdrowotnej. Może również zachodzić zjawisko o przeciwnym kierunku, tzn. zaufanie instytucjonalne do lekarzy będzie wpływać na podejście do konkretnego pracownika placówki opieki zdrowotnej.

Pierwszym rodzajem zaufania jest zaufanie w skali mikro (interpersonalne), czyli zaufanie jednej osoby do drugiej. W skali mikro kreowanie zaufania wynika z indywidualnej dyspozycji partnerów, gotowości do zaufania, osobistych odczuć, jak również poziomu postrzeganego ryzyka i niepewności oraz ewentualnych korzyści i strat wynikających z ustanowieniem zaufania. Zaufanie w skali mikro jest przypisane do jednej konkretnej osoby i nie może być przeniesione na inne osoby, co oznacza, że zaufanie to występuje za każdym razem, kiedy obie strony spotykają się, tzn. nie ma znaczenia różny kontekst tych spotkań, i tym samym zmieniające się role obu partnerów.<sup>10</sup>

Zaufanie w skali mezo (zaufanie instytucjonalne) odnosi się do zaufania w reguły, role i normy niezależne od osób piastujących te role.<sup>11</sup> Zaufanie to jest uzależnione od kontekstu.<sup>12</sup> Zaufanie instytucjonalne jest ogólną postawą będącą wynikiem z jednej strony osobistych, wcześniejszych doświadczeń i kontaktów z

---

<sup>3</sup> R.M. Morgan, S.D. Hunt: The commitment – trust theory of marketing, *Journal of Marketing*, 1994, vol. 58, nr 3, s. 20-38.

<sup>4</sup> Ch. B. Skytt & L. Winther: Trust and local knowledge production: Interorganisational collaborations in the Sønderborg region, Denmark, *Geografisk Tidsskrift-Danish Journal of Geography* 111(1), 2011, s. 27-41.

<sup>5</sup> L. Gilson: op.cit.;

<sup>6</sup> R.M. Morgan, S.D. Hunt: op. cit.

<sup>7</sup> J. Brockner, P.A. Siegel, J.P. Daly, T. Tyler, Ch. Martin: When trust matters: The moderating effect of outcome favorability, *Administrative Science Quarterly*, 1997, vol. 42, s. 558-583.

<sup>8</sup> Ch. B. Skytt & L. Winther: op.cit.

<sup>9</sup> P. Sztompka: *Zaufanie. Fundament społeczeństwa*, Wydawnictwo Znak, Kraków 2007, s. 104.

<sup>10</sup> Ch. B. Skytt & L. Winther: op.cit.

<sup>11</sup> M. L. Smith: Building institutional trust through e-government trustworthiness cues, *Information Technology & People*, Vol. 23 No. 3, 2010, pp. 222-246.

<sup>12</sup> Ch. B. Skytt & L. Winther: op.cit.

reprezentantami określonej instytucji, wykreowanego przez media wizerunku tej instytucji, z drugiej zaś strony efektem obowiązujących norm społecznych.<sup>13</sup>

Zaufanie w skali makro (zaufanie systemowe) to zaufanie do społecznych instytucji lub systemów. Jest to więc oczekiwanie, że osoba zostanie właściwie potraktowana przez system np.: opieki zdrowotnej, jeśli pojawi się taka potrzeba<sup>14</sup>. Zaufanie to jest generalizowaną postawą. Podobnie jak zaufanie instytucjonalne częściowo jest ono efektem indywidualnych kontaktów z przedstawicielami tych instytucji, częściowo zaś efektem wizerunku stworzonego przez media. Wpływa ono natomiast na sposób budowania relacji z przedstawicielami systemu.<sup>15</sup>

Warto zauważyć, że istnieje ścisła zależność pomiędzy poszczególnymi rodzajami zaufania. Zaufanie w skali makro wpływa na zachowania osób w skali mezo i mikro, ale jednocześnie modyfikuje sam system. Natomiast działania na poziomie mikro przeobrażają zaufanie na poziomach wyższych: mezo i makro.<sup>16</sup>

Na powyższe rodzaje zaufania nakłada się podział zaproponowany przez S. Maguire<sup>17</sup>. I tak zaufanie oparte na wiedzy (*knowledge-based trust*) wypływa z trwałego przekonania co do przyszłych kierunków zachowania partnera na bazie doświadczeń z przeszłości. Przewidywany jest brak zachowań oportunistycznych, chyba, że zaufanie zostanie zburzone. Druga jego forma – zaufanie oparte na kalkulacji (*calculus-based trust*) sprowadza się do przyjęcia założenia o przewidywalności zachowania partnera relacji na podstawie kalkulacji kosztów i korzyści z takiego właśnie zachowania w opozycji do alternatywnej ścieżki działania. Zachowanie będzie przewidywalne tak długo, jak partnerzy relacji postrzegają koszty związane ze zmianą zachowania za wyższe od korzyści z tej zmiany wynikających. Ten rodzaj zaufania ma zatem umocowanie w interesie własnym. Organizacje, chcąc zachować dobrą reputację, przestrzegają standardów i ustanowionych norm. Ten kolejny rodzaj zaufania L.G. Zucker nazywa instytucjonalnym<sup>18</sup>. Waga tego rodzaju zaufania rośnie wraz ze stopniem profesjonalizmu organizacji, co w kontekście opieki zdrowotnej ma istotne znaczenie. Ostatni z wyróżnianych przez S. Maguire typów zaufania – zaufanie oparte na identyfikacji (*identification-based trust*) ma swe źródła w internalizacji potrzeb i intencji partnerów transakcji. W takich okolicznościach strony rozumieją, akceptują i popierają swoje potrzeby.

Wszystkie powyżej wymienione rodzaje zaufania występują w relacjach między podmiotami opieki zdrowotnej. Dwa z nich: zaufanie oparte na wiedzy i identyfikacji odnosić można do relacji międzyludzkich (na przykład lekarz-pacjent lub menedżer

---

<sup>13</sup> Por. van der Schee E., Braun B., Calnan M., Schnee M., Groenewegen P.P.: Public trust in health care: A comparison of Germany, The Netherlands, and England and Wales, *Health Policy*, 2007, vol. 81, s. 56-67. Goold S.D., Klipp G.: Managed care members talk about trust, *Social Science & Medicine*, 2002, vol. 54, s. 879-888.

<sup>14</sup> G.F. Straten, R.D. Friele, and P.P. Groenewegen: Public trust in Dutch health care, *Social Science and Medicine*, Vol. 55 No. 2, 2002, pp. 227-34.

<sup>15</sup> E. van der Schee, P. P. Groenewegen and R. D. Friele: Public trust in health care: a performance indicator? *Journal of Health Organization and Management*, Vol. 20 No. 5, 2006, pp. 468-476.

<sup>16</sup> Ch. B. Skytt & L. Winther, op.cit.

<sup>17</sup> B. Meijboom, J. de Haan, P. Verheyen: Networks for integrated care provision: an economic approach based on opportunism and trust, „*Health Policy*” 2004, Vol. 69, s.36.

<sup>18</sup> L.G. Zucker: Production of trust: institutional sources of economic structure, *Research in Organizational Behaviour*, 1986, Vol. 8, s. 53-111.

usługodawcy - administrator płatnika) - mają one bowiem konotacje interpersonalne. Pozostałe dwa dotyczą w większym stopniu poziomu organizacyjnego. Jak wskazują współcześni badacze organizacji: „zaufanie jest niewątpliwie jedną z kluczowych koncepcji w analizie wewnętrznych i zewnętrznych relacji między organizacjami”<sup>19</sup>.

## Metodologia badania

Zaufanie w relacji lekarz-pacjent jest pojęciem trudno mierzalnym i, jak wskazują autorzy, nie istnieje uniwersalna skala umożliwiająca zbadanie zaufania<sup>20</sup>. Dlatego badacze zajmujący się tą problematyką podejmują trud zbudowania własnych skal na podstawie doświadczeń innych, a następnie ich weryfikacji. W efekcie problemy z konceptualizacją tego pojęcia jeszcze bardziej się nasilają. Badanie przeprowadzone na potrzeby niniejszego artykułu miało więc na celu bliższe przyjrzenie się sposobom rozumienia zaufania przez użytkowników systemu ochrony zdrowia właśnie w celu lepszej operacjonalizacji tego pojęcia. Jednak takim nadrzędnym celem było stworzenie koncepcji zaufania w relacji lekarz-pacjent.

Ze względu na w ten sposób sformułowany cel zdecydowano się na realizację badania jakościowego w postaci analizy treści for internetowych, na których poruszane były zagadnienia związane z zaufaniem do lekarzy. Analiza treści jest badaniem zarejestrowanych ludzkich przekazów zawartych w czasopismach, książkach stronach www, listach, w tym elektronicznych itd.<sup>21</sup> Po przeszukaniu zasobów internetowych do badania zakwalifikowano 6 for powstałych w latach 2008- 2012 na następujących stronach:

- [www.gazeta.pl](http://forum.gazeta.pl/forum/w,305,135703266,135703266,Zaufanie_Polakow_do_zawodow_medycznych_jest_nizsze.html); forum służba zdrowia pt. „Zaufanie Polaków do zawodów medycznych jest niższe” – 96 postów  
[http://forum.gazeta.pl/forum/w,305,135703266,135703266,Zaufanie\\_Polakow\\_do\\_zawodow\\_medycznych\\_jest\\_nizsze.html](http://forum.gazeta.pl/forum/w,305,135703266,135703266,Zaufanie_Polakow_do_zawodow_medycznych_jest_nizsze.html)
- [www.gazeta.pl](http://forum.gazeta.pl/forum/w,305,138339236,138339236,Czy_powinnismy_ufac_lekarzom.html?v=2); forum służba zdrowia pt. „Czy powinniśmy ufać lekarzom?” – 12 postów;  
[http://forum.gazeta.pl/forum/w,305,138339236,138339236,Czy\\_powinnismy\\_ufac\\_lekarzom.html?v=2](http://forum.gazeta.pl/forum/w,305,138339236,138339236,Czy_powinnismy_ufac_lekarzom.html?v=2)
- [www.rodzice.pl](http://dziecko-info.rodzice.pl/archive/index.php/t-127998.html), forum pt. „Zaufanie do lekarza”, - 7 postów; <http://dziecko-info.rodzice.pl/archive/index.php/t-127998.html>
- [www.gazeta.pl](http://forum.gazeta.pl/forum/w,567,90026508,90026508,Trace_zaufanie_do_lekarzy.html?v=2); forum eDziecko pt. „Tracę zaufanie do lekarzy” – 31 postów;  
[http://forum.gazeta.pl/forum/w,567,90026508,90026508,Trace\\_zaufanie\\_do\\_lekarzy.html?v=2](http://forum.gazeta.pl/forum/w,567,90026508,90026508,Trace_zaufanie_do_lekarzy.html?v=2)
- [www.rodzice.pl](http://dziecko-info.rodzice.pl/archive/index.php/t-131351.html), forum pt. „Zaufanie do lekarza” – 7 postów; <http://dziecko-info.rodzice.pl/archive/index.php/t-131351.html>
- [www.gazeta.pl](http://forum.gazeta.pl/forum/w,24712,80087278,80087278,Re_temat_zmieniony_ZAUFANIE_DO_LEKARZY.html); forum zdrowie pt. „Zaufanie do lekarzy” – 38 postów;  
[http://forum.gazeta.pl/forum/w,24712,80087278,80087278,Re\\_temat\\_zmieniony\\_ZAUFANIE\\_DO\\_LEKARZY.html](http://forum.gazeta.pl/forum/w,24712,80087278,80087278,Re_temat_zmieniony_ZAUFANIE_DO_LEKARZY.html)

---

<sup>19</sup> Ibidem.

<sup>20</sup> G. Dietz, & D. N., Den Hartog: Measuring trust inside organizations, *Personnel Review*, vol. 35(5), 2006, p. 557-588.

<sup>21</sup> E. Babbie: *Badania społeczne w praktyce*, PWN Warszawa 2005, s. 342.

## Zaufanie pacjentów do lekarzy

### Zaufanie w skali makro (systemowe)

Kontekstem budowania i utrzymywania zaufania instytucjonalnego w relacji lekarz-pacjent są zdarzenia realne i symboliczne zachodzące na powierzchni zjawisk masowych. Zjawiska te mają charakter:

- systemowy, tj. związany z organizacją i funkcjonowaniem systemu opieki zdrowotnej oraz
- makrostrukturalny, tj. odnoszący się do instytucjonalnej podbudowy inicjowania i utrzymywania relacji lekarz-pacjent.

W oba powyższe wymiary zjawisk masowych, prócz pacjenta i lekarza jako reprezentanta usługodawcy, zaangażowana jest trzecia strona – płatnik, odpowiedzialny za finansowanie usług zdrowotnych i świadczeń rzeczowych realizowanych na rzecz podległej populacji.

Zaufanie interpretowane jest pozytywnie jako skłonność jednej strony relacji do zawierzenia intencjom i działaniom drugiej strony w sytuacji niosącej za sobą ryzyko oportunistyczne<sup>22</sup>. Brak zaufania będzie zatem zaprzeczeniem tej skłonności, powstrzymaniem się przed bliską relacją z drugą stroną. W skali makro ujawnić się ono może w wieloraki sposób. Jednym z nich jest „efekt przeniesienia” polegający na utożsamianiu reprezentantów danego mechanizmu (tu: systemu opieki zdrowotnej) z samym mechanizmem. Cechy, atrybuty mechanizmu są wtedy automatycznie przypisywane jego elementom. Przeprowadzone badania jakościowe dobitnie to potwierdzają:

*„[...] jednym z powodów jest zapewne utożsamianie lekarzy z systemem. System jest wyraźnie niedoskonały (choć opinie o tej niedoskonałości są z pewnością znacznie przesadzone), a ludzie przenoszą tą ocenę na funkcjonariuszy systemu - system bowiem do takiej roli sprowadził lekarzy” (pct3).*

*„Osoby wykonujące zawody medyczne chyba niejako z automatu są utożsamiane z całym systemem opieki zdrowotnej w tym kraju, który jaki jest każdy widzi. Myślę, że wielu ludzi zwyczajnie nie rozumie, o co w tym wszystkim biega, z tym całym NFZtem, z Min Zdrowia itp. i swoją frustrację przelewają na owe zawody medyczne” (sabrilla).*

Na podstawie powyższych wypowiedzi można wysunąć wniosek, iż relacja pacjent-lekarz jest uwikłana w kontekst systemowy i społeczny, niejako „zagnieżdżona” a ramach systemu opieki zdrowotnej. Ów kontekst wydaje się niezbędny dla zrozumienia zjawisk, w tym powstawania i kształtowania zaufania instytucjonalnego w omawianej relacji. Oto bowiem system opieki zdrowotnej tworzy zbiór zasad – instytucjonalnych uzgodnień i umów, które determinują wystąpienie określonych predyspozycji (tu: do pojawienia się spoiwa relacji zwanego zaufaniem). Konfiguracja elementów zbioru może być rozumiana wąsko (jako reguły gry) lub szeroko - jako układ formalnych instytucji i struktur organizacyjnych, a nawet polityki. Przeprowadzone badanie jakościowe dowodzi występowania obu podejść. Przykładem pierwszego,

<sup>22</sup> B. Meijboom, J. de Haan, P. Verheyen: op.cit., s. 37.

wąskiego rozumienia jest traktowanie systemu opieki zdrowotnej jako konstrukcji podbudowanej etyczną i moralną warstwą wykonywania zawodów medycznych, która to powinna być wystarczającym wyznacznikiem reguł gry. Takie są oczekiwania pacjentów:

*„Chciałabym, aby większość lekarzy to byli fachowcy z powołania, jak ten powyższy...”* (liczek)

Sami lekarze reprezentują jednak nieco bardziej pragmatyczne spojrzenie:

*„[...] to "powołanie" i jakaś tam siła psychiczna pozwalają wytrzymać takie a nie inne realia i nie zwariować przy okazji. A przysięga? Przysięga przede wszystkim wspomina coś o pomyślności w życiu i czerpaniu z owoców pracy (dziwne, że wszyscy pomijają ten fragment). W dodatku - przyznam szczerze: NIE LUBIMY JEJ. Bo przez wiele, wiele lat była (i jest nadal!) w Polsce wykorzystywana jako tłumaczenie, czemu lekarz ma zarabiać gorzej od robotnika - "przecież gdzie powołanie?!"* (practicant).

Z kolei, inni traktują konfigurację elementów zbioru bardzo szeroko, odwołując się przy tym do rozwiązań systemowych. Przykłady takich wypowiedzi wiążą się najczęściej z rozwiązaniami instytucjonalnymi na poziomie systemu lub jego części:

*„jedyne lekarstwo na dobrą opiekę zdrowotną o całkowita prywatyzacja!!!”* (kazymux).

*„[...] przecież płacisz, to masz prawo wymagać bardziej troskliwej opieki”* (krabe).

Zaufanie instytucjonalne w relacji pacjent-lekarz będzie również pochodną nastawień interpersonalnych do otaczającego świata, w szczególności do drugiego człowieka. Pacjent, mimo odczuwania istnienia pewnych ograniczeń w postaci asymetrii informacji i relacji ustanowionego pełnomocnictwa, może reprezentować postawy i zachowania zorientowane na współdziałanie w relacji, bądź jego brak. Dowodzą temu niektóre wypowiedzi:

*„Mam cudownych lekarzy, z którymi współpracuję - często na zasadach tak partnerskich, że byś się zdziwił. Ale niestety czasem trafiam na mniej cudownego, któremu muszę od początku tłumaczyć i udowadniać, że jestem świadoma podejmowanego ryzyka i swoje pomysły na moje życie może zachować dla siebie. Nie można mówić o współpracy tam gdzie komuś się wydaje, że współpraca jest bezmyślnym podporządkowaniem się decyzjom mającym niewiele wspólnego z aktualnym stanem wiedzy medycznej, za to wiele wspólnego z poczuciem boskości i nieomyślności lekarza”* (wypowiedź kobiety).

*„Stosunek lekarzy do pacjentów wynika także z tego, że wielu z nich (pacjentów) walczy (często dosłownie) zamiast współpracować z lekarzami.”* (niunia).

*„Sądzę, że lekarz też woli pacjenta, który wie czego chce, nawet jeśli ma swoje zdanie”* (prograf).

Usługobiorcy zdają sobie przy tym sprawę z heterogeniczności podejść do pacjentów, zależnych od czynnika ludzkiego, nadal jednak utożsamianego z całą organizacją. Przykład takiej wypowiedzi poniżej:

*„[...]Ale w tym samym systemie funkcjonują placówki i są lekarze, którzy traktują pacjenta jak człowieka. I są placówki gdzie dzięki aroganckiemu podejściu do pacjenta traktuje się go tam po prostu nieludzko.[...] Nawet na tej samej sali pooperacyjnej możesz trafić np. na fachową pielęgniarkę, która przez sam sposób wykonywania obowiązków służbowych sprawia, że czujesz się bezpiecznie i spokojnie. I na tej samej sali w ramach kolejnej zmiany przychodzi ktoś kto łamie zasady a pewnie i szpitalne procedury, a pacjent może sobie na to popatrzeć, w końcu papier zniesie wszystko. Tej drugiej pielęgniarce żadne pieniądze, wyposażenie i procedury nie pomogą w opiece nad pacjentem.” (practicant)*

Powyższe wypowiedzi dowodzą przekonaniu pacjentów, iż jakość usług zdrowotnych i zaufanie budowane w relacji lekarz-pacjent są silnie determinowane indywidualnymi postawami i zachowaniami obu stron relacji.

### **Zaufanie w skali mezo (instytucjonalne)**

Zaufanie jest bardzo ważnym elementem relacji lekarz-pacjent. Pewien poziom zaufania jest niezbędny, aby w ogóle mogło dość do spotkania pacjenta z lekarzem. Jak twierdzi Sztompka zaufanie jest pojęciem z kręgu dyskursu aktywistycznego, tzn. oprócz przekonania oznacza również oparte na nim działanie.<sup>23</sup> Ponadto zaufanie do lekarza decyduje o przebiegu tego spotkania m.in. o jakości komunikacji, współpracy, przestrzeganiu zaleceń lekarskich itp. Jeden z uczestników forum tak o tym mówi:

*[...] zgłaszając się z problemem do lekarza (dowolnej specjalności) automatycznie musimy mu ufać, w przeciwnym razie nie powierzylibyśmy mu zadania zdiagnozowania i wyboru metody leczenia naszej dolegliwości. Nie można pójść do dentysty i mu nie ufać - zaistniałaby logiczna sprzeczność. Podobnie jak ,nie ufając kierowcy autobusu, nie wsiadaliśmy do niego - bojąc się iż nie dowiezie nas bezpiecznie.” (krabe)*

Jednak badanie zrealizowane na potrzeby niniejszego artykułu wskazuje, że uczestnicy forum bazując na swoich doświadczeniach deklarują raczej ograniczone zaufanie do lekarzy:

*„w kontaktach z polską służbą zdrowia obowiązuje zasada ograniczonego zaufania...” (pumpernikiel)*

Powyższa wypowiedź świadczy o występowaniu generalizowanej postawy w stosunku do lekarzy, co wskazuje na instytucjonalny charakter zaufania. Są też tacy, którzy wskazują na całkowity brak zaufania do lekarzy (nieufność), twierdząc, że okazywanie zaufania jest wręcz naiwnością.

*„Ja straciłam zaufanie do lekarzy dość dawno. Z zaburzeniami [...] szukałam lekarza który mi pomoże przez 8 lat !!!! Byli to zarówno ginekolodzy jak i*

<sup>23</sup> P. Sztompka: Zaufanie. Fundament społeczeństwa, Wydawnictwo Znak, Kraków 2007, s. 71.

*endokrynolodzy - gin. , którzy potem okazali się zwykłymi gin. [...] jak mogłam tak bezgranicznie ufać ich słowom. Od tej pory nie wierzę żadnemu lekarzowi, dużo czytam i rozważam zarówno diagnozy lekarzy jak i dawkowanie leków.”(Kinga123)*

*„bezpieczniejsze jest założenie braku zaufania do wszystkich lekarzy.”(milaemalka)*

*„[...] bezgraniczne i ślepe zaufanie do lekarza (zwłaszcza którego nie znamy) uważam za naiwność.” (liczek)*

Pojawiło się także kilka opinii broniących lekarzy i przedstawiających ich w pozytywnym świetle:

*„Dziewczyny/Panie działające na forum -robicie bardzo dużo dobrego, ale trochę pokory wobec dobrych lekarzy i wiedzy medycznej by się przydało.”(Anda)*

*[...] a ja żyję dzięki lekarzom i spotykam wspaniałych ludzi którym będę zawsze wdzięczna, również moja doktor rodzinna oblegana przez pacjentów, bo jest dobra w tym co robi [zołza]*

*„Mam też zaufanie do pewnego chirurga dziecięcego, lekarza pasjonata, który wycinając pacjentowi np. brodawkę, z pasją opowiada o tym, jak ważny jest zdrowy styl życia i dopytuje o pozostałe ewentualne dolegliwości” (liczek)*

Podstawowym oczekiwaniem pacjentów umożliwiającym zrodzenie się zaufania do lekarzy jest, jak powiedziała jedna z forumowiczek, aby lekarze byli „fachowcami z powołania”, zaangażowanymi w opiekę nad pacjentem i holistycznie patrzącymi na chorych.

Dysproporcja pomiędzy deklaracjami mówiącymi o zaufaniu i braku zaufania do lekarzy może wynikać ze skłonności do dzielenia się raczej złymi doświadczeniami niż dobrymi. Może to być również efektem specyfiki medium – forum internetowego, gdzie wypowiadają się osoby pragnące rozładować swoje frustracje i niezadowolenie związane z wizytą w gabinecie lekarskim i znaleźć wsparcie u innych mających podobne doświadczenia.

Najczęściej poruszany w wypowiedziach forumowiczów aspektem zaufania jest życzliwość rozumiana przez pacjentów w bardzo rozmaity sposób m.in. jako przekazywanie informacji o leczeniu, szacunek czy empatia. Ten element relacji z jednej strony jest najłatwiejszy do oceny, z drugiej zaś silnie wpływa na dobre samopoczucie pacjenta. Ponadto zdaniem forumowiczów życzliwe podejście do chorego nie jest uzależnione od sytuacji ekonomicznej placówki, a zależy jedynie od dobrej woli personelu lekarskiego. Jednym z przejawów życzliwości jest przykazywanie informacji o stanie zdrowia i procesie leczenia. Relacja lekarz-pacjent cechuje się asymetrią informacyjną, a przewaga w dostępie do informacji leży po stronie lekarza. To rodzi niepewność wśród pacjentów i dążenie do jej zredukowania. Stąd tak bardzo pacjenci wyczuleni są na informacje otrzymywane od lekarzy. Umiejętność dzielenia się wiedzą przez lekarzy stwarza więc warunki do współpracy, świadomego współdecydowania, podejmowania odpowiedzialności za swoje zdrowie i budowania zaufania. Potwierdzają to uczestnicy forum w swoich wypowiedziach:



*„Dlaczego jeden [lekarz] może opowiedzieć co się wydarzyło na sali operacyjnej, a drugi najpierw traktuje pacjenta jak wariata a informacji udziela dopiero zmuszony publicznie przy swoim przełożonym? Kasa jakaś się tu pojawia? Sprzęt mu był potrzebny?” (practicant)*

*„Wiedziałałam wszystko, co chciałam wiedzieć, byli cierpliwi i odpowiadali na nawet dziwne pytania. Z tego wynika, że raczej mam duże podstawy mieć zaufanie.” (ProGraf)*

*„Ostatnio zawsze czuję niedosyt, jeśli chodzi o odpowiedzi na moje pytania.” (Krabe)*

Forumowicze oczekują od lekarzy informowania na wszystkich etapach procesu leczenia, a brak takich informacji utożsamiają z zaniedbywaniem pacjentów: *„Czuje się nieco zaniedbywana, na moje obawy nie właściwie żadnego odzewu, prócz wpisania dolegliwości do karty...i co z tego.” (ahimsa)*

*„Kazał dzwonić jak cos będzie mnie niepokoić i bez problemu dzwonię do Niego na komórkę jak cos potrzebuje na receptę, albo mam pytanie.” (daglezja)*

Uczestnicy forum podkreślali również, że procesie budowania zaufania istotny jest wzajemny szacunek i empatia. Świadczą o tym takie wypowiedzi jak:

*„Ale w tym samym systemie funkcjonują placówki i są lekarze, którzy traktują pacjenta jak człowieka. I są placówki gdzie dzięki aroganckiemu podejściu do pacjenta traktuje się go tam po prostu nieludzko.” (practicant)*

*„Jeśli nie jesteś zadowolona i czujesz, że nie zajmuje się Tobą dostatecznie dobrze, to zmień lekarza. Przecież płacisz, to masz prawo wymagać bardziej troskliwej opieki.” (Dotach)*

*„Problem często leży w tym, że oczekujesz, że ja jako pacjent mam lekarza szanować za to, że jest lekarzem, a sobie jako lekarzowi dajesz prawo do traktowania mnie jak idiotki, dlatego, że jestem pacjentem.” (0.9\_procent)*

Szacunek to także czas poświęcony pacjentowi wystarczający na dialog, wyjaśnienie wątpliwości chorego. Natomiast pośpiech w trakcie wizyty, ostentacyjne mierzenie czasu, znieczcierpliwienie to przykłady zachowań będących wyrazem braku szacunku do pacjenta.

*„Czy można mieć zaufanie do kogoś, komu płacisz 100 zł za 10 minut i gdy chcesz zadać kolejne pytanie, widzisz znieczcierpliwiony wzrok i powtórzenie kolejnego terminu wizyty?” (liczek)*

Zaufanie do lekarzy często było również określane przez pryzmat zaufania do kompetencji, wiedzy i umiejętności lekarzy. Chodziło tutaj przede wszystkim o odpowiednie przygotowanie do wykonywanych zadań, aktualność wiedzy medycznej oraz trafność diagnoz.

*„Zawiodłem się wielokrotnie na nawet podstawowej wiedzy medycznej wielu lekarzy.” (Pawelciu)*

Uczestnicy forum podkreślali, że raz nadszarpnięte zaufanie do wiedzy i kompetencji lekarskich wywołuje trudności z zaufaniem kolejnym lekarzom. Wywołuje również inne negatywne konsekwencje m.in. brak wiary w zalecenia lekarskie i samodzielnie dawkowanie leków czy modyfikację tych zaleceń.

*„Dopiero po 8 latach pseudoleczenia trafiłam na lekarza który skierował mnie na specjalistyczne badania do kliniki i diagnoza sugerowana przez jednego z wcześniejszych lekarzy zupełnie się nie potwierdziła. Ale na leczenie było za „późno”. Od tej pory nie wierzę żadnemu lekarzowi, dużo czytam i rozważam zarówno diagnozy lekarzy jak i dawkowanie leków.” (haganna)*

*„[...] są lekarze, którzy przez swoją niewiedzę stracili w moich oczach wszystko i nigdy bym nie oddała mojej nerki pod ich pieczę.” (Abi)*

Zdaniem uczestników forum umiejętność postawienia trafnej diagnozy zależy od kompleksowego spojrzenia na chorego i uwzględnienia jego ogólnej sytuacji zdrowotnej w procesie diagnozowania.

*„Osoba, której zawodem jest diagnozowanie i leczenie chorób, nie zadaje sobie często trudu, żeby uważnie przeczytać wyniki badań, żeby sprawdzić dawkowanie leku, żeby potraktować mnie jak człowieka, a nie jak pozycję na liście do odhaczenia. [...] Dlatego dokształcam się w odruchu samoobrony.” (kotbehemot6)*

Z powyżej wypowiedzi wyłania się kolejny aspekt zaufania do lekarza związany z rzetelnością i dbałością w wykonywaniu swoich obowiązków zawodowych. Owa sumienność przejawia się w dogłębnym zapoznaniu się historią choroby i dokumentacją medyczną, pozyskaniu ewentualnych brakujących informacji (przeprowadzenie wywiadu) oraz wykonaniu innych czynności niezbędnych do prawidłowego zdiagnozowania i zaproponowania sposobu leczenia. Niekiedy wymaga to również zaproponowania niestandardowych rozwiązań:

*„Chciałabym spotkać lekarza (a jak dotąd spotkałam dwa razy- okulistę i pediatrę), któremu chciałoby się przełamać rutynę, pomyśleć i przez chwilę skupić się na chorym.” (niunia)*

*„Choć zawiodłam się na wielu lekarzach wreszcie trafiłam na panią doktor, która dla pacjenta ma nie tylko czas, ale przede wszystkim myśli.” (niunia)*

W opinii forumowiczów cechą dobrego lekarza, godnego zaufania jest umiejętność holistycznego spojrzenia na chorego. Takie podejście jest również wyrazem zaangażowania i rzetelności lekarskiej:

*„[Lekarz], który wycinając pacjentowi np. brodawkę, z pasją opowiada o tym, jak ważny jest zdrowy styl życia i dopytuje o pozostałe ewentualne dolegliwości, które może podejrzewać (np. otyłość, kręgosłup, palenie itp..) - patrzy na pacjenta całościowo. Na PACJENTA-CZŁOWIEKA.” (liczek)*

*„Wiedza zdobyta samodzielnie nigdy, moim zdaniem, nie pozwala nam na leczenie się samemu w chorobach tarczycy, bo dobry lekarz patrzy na nas kompleksowo (wyniki, wiek, samopoczucie, inne schorzenia, itp).” (anda)*

Warto zwrócić uwagę, że zawiedzione zaufanie do lekarza skutkuje większą ostrożnością w relacjach z innymi, natomiast zaufanie do lekarza czyni pacjentów niewrażliwymi na różnego rodzaju niedogodności tj. długie kolejki czy długi czas oczekiwania na wizytę, prawdopodobnie również wyższe koszty świadczeń, większa odległość od miejsca zamieszkania i inne.

*„Choć zawiodłam się na wielu lekarzach wreszcie trafiłam na panią doktor, która dla pacjenta ma nie tylko czas, ale przede wszystkim myśli. [...] Do niej są, mimo zapisów, zawsze masakryczne kolejki, bo nie patrzy na zegarek podczas wizyty.”  
(teraz\_asia)*

## Wnioski

Na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego został stworzony model zaufania całkowitego do lekarza, w którym przenikają się i nakładają się na siebie dwa poziomy: zaufanie w skali makro i w skali mezo. Zaufanie w skali makro można traktować jako kontekst, w którym „zagnieżdżone” są wymiary zaufania instytucjonalnego.



Rys. 1 Koncepcja zaufania w relacji lekarz-pacjent  
Fig. 1. The trust in doctor-patient relationship

Źródło: opracowanie własne  
Source: own work

Ten kontekst tworzą uwarunkowania kulturowe przejawiające się ogólnym zaufaniem do innych ludzi, ale również zaufaniem do systemu opieki zdrowotnej czy zaufaniem do zawodów medycznych. Zaufanie w skali makro sprzyja budowaniu więzi strukturalnych w relacji lekarz-pacjent. Zaufanie instytucjonalne natomiast zależy od postaw pacjentów będących efektem z jednej strony kontekstów w skali makro, z drugiej zaś własnych wcześniejszych doświadczeń i przekonań. Zaufanie w skali mezo (instytucjonalne) jest postrzegane przez pryzmat trzech wymiarów: życzliwości, kompetencji i rzetelności. Pierwszy z tych wymiarów, najczęściej wskazywany przez

uczestników forum, jest definiowany jako sposób przekazywania informacji o stanie zdrowia, szacunek oraz empatia. Zaufanie do kompetencji lekarzy przede wszystkim jest rozumiany jako umiejętność trafnego diagnozowania chorób. Natomiast rzetelność to zaangażowanie oraz holistyczne podejście do pacjenta. Warto zauważyć, że erozja zaufania instytucjonalnego niesie za sobą konsekwencje w postaci spadku postrzeganej jakości usług medycznych, ale też powoduje spadek zaufania w skali makro i straty systemowe (m.in. nadkonsumpcja usług medycznych). Natomiast wysoki poziom zaufania instytucjonalnego jest czynnikiem uodparniającym pacjentów na chwilową erozję jakości usługi medycznej.

### **Literatura:**

- Babbie E.: *Badania społeczne w praktyce*, PWN Warszawa 2005, s. 342.
- Brockner J., Siegel P.A., Daly J.P., Tyler T., Martin Ch.: When trust matters: The moderating effect of outcome favorability, *Administrative Science Quarterly*, vol. 42, 1997, s. 558-583.
- Dietz, G., & Den Hartog, D. N.: Measuring trust inside organizations, *Personnel Review*, vol. 35(5), 2006, s. 557-588.
- Gilson L.: Trust and the development of health care as a social institution, *Social Science & Medicine*, vol. 56, 2003, s. 1453-1568.
- Goold S.D., Klipp G.: Managed care members talk about trust, *Social Science & Medicine*, vol. 54, 2002, s. 879-888.
- Meijboom B., de Haan J., Verheyen P.: Networks for integrated care provision: an economic approach based on opportunism and trust, *Health Policy*, Vol. 69, 2004, s.36.
- Morgan R.M., Hunt S.D.: The commitment – trust theory of marketing, *Journal of Marketing*, vol. 58, nr 3, 1994, s. 20-38.
- Skytt Ch. B., Winther L.: Trust and local knowledge production: Interorganisational collaborations in the Sønderborg region, Denmark, *Geografisk Tidsskrift-Danish Journal of Geography* 111(1), 2011, s. 27-41.
- Smith M. L.: Building institutional trust through e-government trustworthiness cues, *Information Technology & People*, Vol. 23 No. 3, 2010, s. 222-246.
- Straten G.F., Friele R.D., and Groenewegen P.P.: Public trust in Dutch health care, *Social Science and Medicine*, Vol. 55 No. 2, 2002, s. 227-34.
- Sztompka P.: *Zaufanie. Fundament społeczeństwa*, Wydawnictwo Znak, Kraków 2007.
- van der Schee E., Braun B., Calnan M., Schnee M., Groenewegen P.P.: Public trust in health care: A comparison of Germany, The Netherlands, and England and Wales, *Health Policy*, vol. 81, 2007, s. 56-67.
- van der Schee E., Groenewegen P. P. and Friele R. D.: Public trust in health care: a performance indicator? *Journal of Health Organization and Management*, Vol. 20 No. 5, 2006, s. 468-476.
- Zucker L.G.: Production of trust: institutional sources of economic structure, *Research in Organizational Behaviour*, Vol. 8, 1986, s. 53-111.

### **Summary**

Trust generated within the doctor-patient relationship can be treated not only as a source of building sustainable relations, modeling behaviors of both partners, but also has therapeutic

value. This issue is gaining more and more interests in the literature, but still needs deeper research. Therefore, the aim of this paper is to construct the model of trust in the doctor-patient relationship based on qualitative research (analysis of Internet forum contents). It turned out that trust in doctors is the result of overlapping of two levels of trust in the macro and meso scale. Trust in the macro can be seen as the context in which the dimensions of institutional trust are "nested". However, trust in the meso scale is seen as three dimensions: benevolence, competence and integrity.

Informacje o autorach:

**Dr Katarzyna Krot**

Politechnika Białostocka

Wydział Zarządzania

Katedra Marketingu i Przedsiębiorczości

ul. Ojca Tarasiuka 2

16-001 Kleosin

tel. (0 85) 746 9808

e-mail: katarzynakrot@gmail.com

**dr hab. Iga Rudawska, prof. US**

Uniwersytet Szczeciński

Wydział Nauk Ekonomicznych i Zarządzania

Katedra Analizy i Strategii Przedsiębiorstw

ul. Mickiewicza 64

71-101 Szczecin

Tel. (91) 444-20-81

e-mail: igita@wneiz.pl