

Katarzyna Krot\*

## 9. WPLYW ZAUFANIA DO LEKARZY NA PRZESTRZEGANIE ZALECEŃ LEKARSKICH PRZEZ PACJENTÓW

### Streszczenie

*Przestrzeganie zaleceń lekarskich jest uzależnione od wielu czynników. Jednym z nich jest charakter relacji lekarz-pacjent, a zwłaszcza zaufanie do lekarza. Stąd celem niniejszego opracowania jest określenie wpływu zaufania w relacji lekarz-pacjent na przestrzeganie zaleceń lekarskich. W odróżnieniu od dotychczasowych publikacji zaufanie to będzie badane jako pojęcie wielowymiarowe. Wyniki reprezentatywnego badania ankietowego przeprowadzonego wśród 1 000 osób wskazują, że osoby, które przestrzegają zaleceń lekarza jednocześnie deklarują wyższy poziom zaufania w każdym wymiarze, natomiast osoby „samodzielne” zdecydowanie niższy. Różnice w poziomie zaufania są szczególnie istotne w przypadku zaufania do jakości komunikacji.*

### Słowa kluczowe

*zaufanie, przestrzeganie zaleceń lekarskich, relacja lekarz-pacjent*

### Wstęp

Poprawa stopnia przestrzegania zaleceń lekarskich przynosi istotne korzyści kliniczne i ekonomiczne dla pacjentów oraz całego systemu opieki zdrowotnej. Osiągnięcie tego celu nie jest łatwe ze względu na wielość czynników mogących wpływać na zachowania pacjentów. Aby zachęcać pacjentów do postępowania zgodnego z zaleceniami lekarzy, usługodawcy muszą poznać determinanty takiego postępowania oraz zrozumieć bariery utrudniające przestrzeganie wytycznych lekarzy (Krueger, Berger i Felkey 2005; Golin i in. 2002). Liczne badania poświęcone temu zagadnieniu dotyczyły przede wszystkim czynników znajdujących się po stronie pacjenta, tj. cechy społeczno-demograficzne (Golin, DiMatteo i Gelberg 1996), uwarunkowania ekonomiczno-środowiskowe oraz rodzaj choroby (Catz i in. 2000). Zdecydowanie mniej uwagi poświęcano czynnikom znajdującym się po stronie usługodawcy. Jednym z czynników decydujących o postępowaniu pacjentów w zakresie przestrzegania zaleceń jest charakter relacji lekarz-pacjent, w tym zaufanie do lekarza (Elder i in. 2012; Schoenthaler i in. 2014). Mimo złożoności natury zaufania, publikacje przedstawiające to zagadnienie w kontekście przestrzegania zaleceń lekarskich mierzą je w jednowymiarowy sposób (Elder i in. 2012). Stąd celem niniejszego opracowania jest określenie wpływu każdego z wymiarów zaufania w relacji lekarz-pacjent na przestrzeganie zaleceń lekarskich. W rozdziale zostaną zaprezentowane wyniki reprezentatywnych badań ankietowych. Badanie przeprowadzono w ramach realizacji grantu NCN (nr 2011/01/D/HS4/05664).

---

\* Dr, Katedra Marketingu i Przedsiębiorczości, Wydział Zarządzania, Politechnika Białostocka, katarzynakrot@gmail.com.

## 1. Zaufanie do lekarzy

Umiejętności interpersonalne lekarzy są, z perspektywy pacjentów, jednym z kluczowych czynników branych pod uwagę w ocenie działań lekarskich (Anderson i Dedrick 1990; Mead i Bower 2000; Mercer, Watt i Reilly 2001; Assem i Dulewicz 2014). Wśród tych umiejętności wymienić należy wzbudzanie zaufania u chorych (Mechanic i Meyer 2000; Hall i in. 2001; Maynard i Bloor 2003; da Silva, Pizzutti dos Santos i Basso 2015). Zaufanie to wiara i oczekiwanie, że partner relacji będzie działał na rzecz wspólnych interesów (Gilson 2003), oraz że żadna ze stron nie będzie nigdy działać na szkodę partnera, wykorzystując jego słabe punkty (Morgan i Hunt 1994). Oznacza to również chęć inwestowania swoich zasobów w relację z innym podmiotem (Morgan i Hunt 1994; Mohseni i Lindstrom 2007; Söderström, Eriksson i Åhlfeldt 2016).

Świadczenia medyczne są usługami określanymi jako usługi o istotnych konsekwencjach (*high-consequence exchanges*), czyli powiązаныmi z trudnymi wyborami powodującymi stres i silne reakcje emocjonalne (Botti, Orfali i Iyengar 2009; da Silva, Pizzutti dos Santos i Basso 2015). Dlatego też zaufanie w usługach medycznych nabiera szczególnego znaczenia. Dugan, Trachtenberg i Hall (2005) definiują je jako akceptacja zależności przez pacjenta i wiara, że usługodawca/lekarz wykona świadczenie medyczne zgodnie z interesami pacjenta (Hall i in. 2001; Gilson 2003).

Zaufanie jest zagadnieniem wielowymiarowym, na które składają się najczęściej badane wymiary: kompetencje, życzliwość i uczciwość (*competence, benevolence, integrity*) (Mayer, Davis i Schoorman 1995; McKnight, Choudhury i Kacmar 2002; Krot i Rudawska 2013). Zaufanie do kompetencji partnera relacji obejmuje wiarę, że druga strona posiada odpowiednią wiedzę, umiejętności i cechy, które umożliwiają osiągnięcie celu w obrębie określonej dziedziny wiedzy specjalistycznej (Hyun-Jung 2004; White i Hyuan 2012). Zaufanie w wymiarze życzliwości to z kolei stopień, w jakim każda ze stron wierzy, że druga będzie działać we wspólnym interesie, kierując się pozytywnymi motywami, biorąc pod uwagę dotychczasowe wzajemne relacje oraz bez względu na egocentryczne pobudki i chęć zysku (Pavlou 2002; Söderström, Eriksson i Åhlfeldt 2016). Uczciwość jako wymiar zaufania oznacza kierowanie się ogólnie przyjętymi zasadami (Kim i in. 2013; Söderström, Eriksson i Åhlfeldt 2016).

Charakter relacji lekarz-pacjent jest jednym z kluczowych czynników w osiągnięciu zaplanowanych wyników zdrowotnych. Brak zaufania może przyczynić się do niezadowolenia pacjentów oraz poczucia zagrożenia o własne zdrowie (Zineldin 2015). Obecnie pacjenci są coraz lepiej poinformowani i bardziej chętni do uczestniczenia w podejmowaniu decyzji dotyczących ich własnego zdrowia. W efekcie doprowadziło to do większej współzależności między lekarzem i pacjentem, co z kolei oznacza, że zaufanie jest bardziej uzależnione od komunikacji i przekazywanych w trakcie wizyty informacji oraz innych czynników, które uwiarygodniają postępowanie lekarza (Rowe i Calnan 2006; Assem i Dulewicz 2014).

Dlatego, jak wskazują badacze (Thom 2001), konieczne są dalsze badania nad zaufaniem w relacji lekarz-pacjent, aby możliwe było dokonywanie zmian w zachowaniach lekarzy wpływających na poziom zaufania pacjentów (Assem i Dulewicz 2014). Inni badacze sugerują również, że badania nad zachowaniami lekarzy

budującymi zaufanie powinny być powiązane z zachowaniami pacjentów i ich wynikami zdrowotnymi (Krupat i in. 2001).

## 2. Czynniki wpływające na przestrzeganie zaleceń lekarskich

Przestrzeganie zaleceń lekarskich jest rozumiane jako stopień, w jakim zachowania pacjenta dotyczące przyjmowania leków, przestrzegania diety oraz dokonywania innych zmian w stylu życia są zgodne z radami lekarza. Definicja ta zakłada, że zalecenia lekarskie są słuszne i właściwe dla pacjenta i że racjonalne zachowanie pacjenta powinno oznaczać dokładne przestrzeganie tych zaleceń (Roberson 1992).

Jak wskazują wyniki badań, na przestrzeganie zaleceń lekarskich wpływa wiele czynników, które zostały pogrupowane na kilka kategorii: cechy pacjenta (Golin, DiMatteo i Gelberg 1996; Murphy i in. 2000; Roberts 2000), cechy (złożoność) schematu leczenia (Cramer i in. 1989; Turner i in. 2000; Ostrop, Hallett i Gill 2000), charakter relacji lekarz-pacjent (Anderson 1990; Rost 1989; Kaplan, Greenfield i Ware 1989), typ choroby oraz czynniki społeczno-środowiskowe (Catz i in. 2000; Gordillo i in. 1999). Niekiedy jednak wyniki tych badań nie są jednoznaczne ze względu na stosunkowo niskie wartości wskaźników korelacji (Vermeire i in. 2001). Wskazuje się jednak, że starszy wiek, wyższy poziom wykształcenia, wyższy status społeczno-ekonomiczny, a także status emeryta i małżeński pozytywnie wpływają na stopień przestrzegania zaleceń lekarskich (Thomas, Wroth i Pathman 2006). O postępowaniu zgodnie z zaleceniami lekarza decyduje również przystępna forma przekazywania informacji przez lekarza, ciągłość opieki lekarskiej, zadowolenie pacjenta, krótsze przerwy pomiędzy kolejnymi wizytami oraz krótszy czas oczekiwania (Thomas, Wroth i Pathman 2006; Griffith 1990).

Natomiast złożoność wytycznych dotyczących sposobu leczenia, niewystarczająca komunikacja pomiędzy lekarzem a pacjentem są wskazywane jako główne przyczyny nieprzestrzegania zaleceń lekarza, zwłaszcza w grupie starszych pacjentów z zaburzeniami pamięci (Donovan 1995).

Kolejne możliwości poprawy stopnia przestrzegania zaleceń lekarzy tkwią w rodzajach przepisywanych leków, technikach zachęcających pacjentów do przyjmowania właściwych dawek. Wyniki badań jednak jednoznacznie nie potwierdzają skuteczności tego typu zabiegów. Uproszczenie zasad przyjmowania leków, przepisywanie mniejszej ilości leków do jednoczesnego przyjmowania oraz rozwój preparatów dłużej działających (*longeracting*) prowadzi raczej do uproszczenia schematu leczenia, niż do poprawy wskaźników przestrzegania zaleceń (Vermeire i in. 2001).

Czynnikiem, który decyduje o postępowaniu pacjenta zgodnym z wytycznymi lekarza jest relacja jaka nawiąże się pomiędzy nimi w gabinecie lekarskim, choć dość trudno jest zbadać naturę takiej relacji (Vermeire i in. 2001). Chodzi tutaj przede wszystkim o czas trwania i częstotliwość kontaktów oraz jakość tej relacji obejmującej postawę lekarza wobec pacjenta, szacunek w stosunku do obaw chorego, empatię a także sposób przekazywania informacji (DiMatteo 1994).

Ten ostatni czynnik został poddany bardziej szczegółowym badaniom. Okazało się, że przejrzyste przedstawienie zależności pomiędzy leczeniem a chorobą zwiększa prawdopodobieństwo lepszego przestrzegania zaleceń lekarza. Z drugiej jednak strony, opisywanie efektów leczenia może negatywnie wpłynąć na postępowanie pacjenta. Z kolei edukacja chorego mająca na celu lepsze zrozumienie przez chorego

wytycznych dotyczących sposobu leczenia skutkuje dokładniejszym przestrzeganiem zaleceń (Donovan 1995).

Niewątpliwie jednak zmiana charakteru relacji lekarz-pacjent może istotnie wpłynąć na podejście pacjenta do kwestii zdrowotnych, w tym do większej dbałości o zgodność jego zachowań z rekomendacjami lekarza. Wyniki badań wskazują, że konieczne jest odejście od relacji paternalistycznej do partnerskiej, gdzie decyzje dotyczące przebiegu leczenia podejmowane są wspólnie po uprzednim przekazaniu pacjentowi odpowiedniej wiedzy umożliwiającej podjęcie takiej decyzji (Vermeire i in. 2001).

W odpowiedzi na konieczność zmiany paradygmatu relacji lekarz-pacjent, wyniki badania Thoma (2001) podkreślają znaczenie i wpływ zaufania do lekarza na zachowania chorych. Zdaniem tego autora, wyższy poziom zaufania do lekarza powoduje większe prawdopodobieństwo właściwego przyswajania informacji medycznych oraz zgodnego z zalecaniami lekarzy przyjmowania nowych leków i akceptowania sposobów leczenia, a także poddania się diagnostyce medycznej. Krawczyńska (2013) zwraca uwagę na rolę zaufania do lekarza w kreowaniu pozytywnej postawy w stosunku do innowacji medycznych i stopnia wykorzystania ich w procesie leczenia (pomimo informacji o małej skuteczności nowych procedur medycznych).

### **3. Metodyka badania**

Zgodnie z dotychczas przeprowadzonymi badaniami, zaufanie do lekarza jest jednym z czynników wpływających na zakres przestrzegania zaleceń lekarskich przez pacjentów (Thom 2001). Celem niniejszego badania jest więc określenie różnic w poziomie zaufania do lekarzy pomiędzy grupami pacjentów reprezentującymi różne podejście do przestrzegania zaleceń lekarskich. W zdecydowanej większości dotychczasowych publikacji, w których podejmowano tematykę wzajemnych relacji pomiędzy zaufaniem do lekarza a przestrzeganiem zaleceń lekarskich, zaufanie było badane jako konstrukt całościowy bez rozgraniczenia na poszczególne wymiary. W ramach niniejszego opracowania celem jest natomiast – zgodnie z założeniem o istnieniu trzech wymiarów zaufania: kompetencji, uczciwości i życzliwości (Mayer, Davis i Schoorman 1995) – stwierdzenie, który z wymiarów zaufania do lekarzy wpływa silniej na przestrzeganie zaleceń lekarskich.

Twierdzenia wykorzystane w kwestionariuszu, mierzące poszczególne pojęcia (zaufanie, przestrzeganie zaleceń lekarskich) zostały opracowane w oparciu o analizę literaturową (tabela 11). Każde z twierdzeń zostało zaproponowane respondentom w pięciostopniowej skali Likerta. Skale badające poszczególne pojęcia zostały zweryfikowane za pomocą analizy czynnikowej.

Badanie zostało przeprowadzone w 2015/2016 roku metodą CAWI na ogólnopolskiej, reprezentatywnej próbie 1 000 respondentów, którzy deklarowali korzystanie z opieki zdrowotnej w ciągu ostatniego półrocza. Badanie przeprowadzono w ramach realizacji grantu NCN (nr 2011/01/D/HS4/05664). W tabeli 12 przedstawiono charakterystykę próby badawczej.

**Tabela 11. Źródła bibliograficzne**

Pojęcie	Źródła bibliograficzne
Zaufanie w wymiarze „kompetencje lekarza” – 10 twierdzeń	Anderson i Dedrick (1990); Dugan, Hall i Trachtenberg (2005)
Zaufanie w wymiarze „życzliwość” – 15 twierdzeń	Anderson i Dedrick (1990); Dugan, Hall i Trachtenberg (2005)
Zaufanie w wymiarze „uczciwość” – 13 twierdzeń	Anderson i Dedrick (1990); Dugan, Hall i Trachtenberg (2005)
Przestrzeganie zaleceń lekarskich ( <i>Adherence to Refills and Medications scale – ARMS</i> ) – 13 twierdzeń	Kripalani i in. (2009)

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeglądu literatury.

**Tabela 12. Struktura próby badawczej**

Dochody			Płeć		
	Liczba	procent		Liczba	procent
do 1000 zł	79	7,9	kobieta	600	60,0
1001 zł do 1400 zł	91	9,1	mężczyzna	400	40,0
1401 zł do 1800 zł	108	10,8	<b>wiek</b>		
1801 zł do 2000 zł	110	11,0	18-24	76	7,6
2001 zł do 2500 zł	74	7,4	25-34	176	17,6
2501 zł do 3000 zł	122	12,2	35-44	175	17,5
3001 zł do 5000 zł	158	15,8	45-59	287	28,7
powyżej 5000 zł	126	12,6	Powyżej 60	286	28,6
Trudno powiedzieć	44	4,4			
<b>Miejsce zamieszkania</b>			<b>Poziom wykształcenia</b>		
wieś	335	33,5	podstawowe	66	6,6
do 100 tys.	340	34,0	zawodowe	182	18,2
100-499 tys.	183	18,3	średnie	383	38,3
500 tys.	142	14,2	wyższe	369	36,9

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania.

#### 4. Wyniki badania

Zaufanie pacjentów do lekarzy było badane za pomocą twierdzeń przedstawionych respondentom w pięciostopniowej skali od „zdecydowanie zgadzam się” do „zdecydowanie nie zgadzam się”. Początkowo zakładano istnienie trzech wymiarów zaufania do lekarzy, jednak w celu weryfikacji tych założeń zastosowano analizę czynnikową metodą varimax. O przynależności zmiennych do poszczególnych czynników decydowała wartość ładunków czynnikowych. Wartość graniczna ładunku czynnikowego została ustalona na poziomie 0,51. Obok zaufania do kompetencji lekarzy przeprowadzona analiza pozwoliła wyodrębnić cztery dodatkowe wymiary, bardziej szczegółowe w porównaniu do tych, zaproponowanych przez Mayera, Davisa, Schoormana (1995). Według tych autorów zaufanie do życzliwości jest wymiarem obejmującym zarówno życzliwość, pozytywne nastawienie do partnera relacji, jak i przekonanie o działaniu w interesie partnera. W niniejszej analizie wymiary te zostały rozdzielone. Podobnie dzieje się w przypadku zaufania do uczciwości. Zasadność rozdzielania wymiarów: „zaufanie do jakości komunikacji” i „zaufanie do rzetelności i uczciwości” wynika nie tylko z efektów przeprowadzonej analizy czynnikowej, ale również kluczowej roli komunikacji w kontaktach pacjenta z lekarzem.

Tabela 13 przedstawia wyniki analizy rzetelności Alfa Cronbacha zidentyfikowanych wymiarów zaufania. Wskaźniki te osiągnęły satysfakcjonującą wartość wahając się pomiędzy 0,77 a 0,83. W efekcie zaufanie do lekarza okazało się być zagadnieniem pięciowymiarowym:

- zaufanie do kompetencji lekarzy obejmujące przekonanie, że lekarze są profesjonalistami, stawiają trafne diagnozy, przepisują najskuteczniejsze leki, dysponują odpowiednią wiedzą niezbędną do sprawowania opieki nad pacjentami; rzetelność skali – Alfa Cronbacha 0,80,
- zaufanie do życzliwości i wsparcie emocjonalne, czyli przekonanie o otwartości i życzliwości lekarzy w relacji z pacjentami, indywidualnym traktowaniu chorych, dbałości o ich dobre samopoczucie, m.in. przez poświęcenie im odpowiednio dużo czasu; rzetelność skali – Alfa Cronbacha 0,83,
- przekonanie o działaniu w interesie pacjenta, czyli kierowanie się potrzebami chorych, wsłuchiwanie się w potrzeby i preferencje pacjentów; rzetelność skali – Alfa Cronbacha 0,77,
- zaufanie do rzetelności i uczciwości lekarzy, czyli przekonanie, że lekarze robią wszystko, co w ich mocy, żeby pomóc pacjentom, dotrzymują obietnic, są sprawiedliwi i uczciwi oraz zaangażowani w swoją pracę; rzetelność skali – Alfa Cronbacha 0,77,
- zaufanie do jakości komunikacji, czyli przekonanie, że lekarz przekazuje pacjentom wszelkie informacje dotyczące przebiegu leczenia i poświęca na komunikację wystarczająco dużo czasu; rzetelność skali – Alfa Cronbacha 0,83.

**Tabela 13. Wymiary zaufania do lekarza – wyniki analizy czynnikowej**

Wymiary zaufania	Alfa Cronbacha
Zaufanie do kompetencji lekarzy	0,80
Zaufanie do życzliwości i wsparcie emocjonalne	0,83
Przekonanie o działaniu w interesie pacjenta	0,77
Zaufanie do rzetelności i uczciwości lekarzy	0,77
Zaufanie do jakości komunikacji	0,83

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania.

Respondenci deklarują umiarkowany poziom zaufania do lekarzy w każdym z zidentyfikowanych wymiarów (średnia arytmetyczna w żadnym przypadku nie przekracza 3,5 w skali pięciostopniowej). Wśród tych wymiarów zaufania badani najsilniej są przekonani o tym, że lekarze działają w interesie pacjenta (3,49), ponadto o rzetelności i uczciwości lekarzy (3,35) oraz o ich kompetencjach (3,34). Zdecydowanie najniższy poziom zaufania dotyczy życzliwości i wsparcia emocjonalnego ze strony lekarzy.

W kolejnym kroku badani zostali poproszeni o ustosunkowanie się do twierdzeń obrazujących ich podejście do przestrzegania zaleceń lekarskich, przede wszystkim dotyczących przyjmowania leków (w skali od „zdecydowanie zgadzam się” do „zdecydowanie nie zgadzam się”). Respondenci deklarują, że raczej przestrzegają zalecenia lekarskie, choć część z nich twierdzi, że przestrzeganie harmonogramu leczenia bywa kłopotliwe. Największe trudności respondenci mają z przestrzeganiem zaleceń dotyczących zmiany stylu życia, tzn. zmian w diecie czy poziomie aktywności sportowej (średnia arytmetyczna 2,85).

**Tabela 14. Poziom zaufania do lekarzy w poszczególnych wymiarach**

Zmienne	N ważnych	Poziom zaufania
Zaufanie do kompetencji lekarzy	1000	3,34
Przekonanie o działaniu w interesie pacjenta	915	3,49
Zaufanie do życzliwości i wsparcie emocjonalne	1000	2,97
Zaufanie do jakości komunikacji	1000	3,15
Zaufanie do rzetelności i uczciwości lekarzy	1000	3,35

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania.

Ponadto zdarza się badanym zapomnieć przyjąć przepisane leki (średnia arytmetyczna 2,35), nie zrealizować recepty (średnia arytmetyczna 2,35), nie przyjąć leku z innych powodów (średnia arytmetyczna 2,37), a nawet samodzielnie przerwać leczenie (średnia arytmetyczna 2,30).

Respondenci byli pytani o różnorodne zachowania związane z przestrzeganiem lekarskich rekomendacji, przeprowadzona analiza czynnikowa miała więc za zadanie pokategoryzować wielość tych zachowań na w miarę jednolite subkategorie. Analiza czynnikowa została wykonana metodą varimax. O przynależności zmiennych do poszczególnych czynników decydowała wartość ładunków czynnikowych. Dla wyodrębnionej kategorii została zweryfikowana rzetelność, która okazała się być satysfakcjonująca, bowiem Alfa Cronbacha wyniosła 0,64.

Wśród badanych zachowań udało się wyodrębnić kategorię nazwaną jako „samowola” pacjentów, czyli skłonność do samodzielnej zmiany dawki leków (Q6), całkowitego zaprzestania przyjmowania farmaceutyków (Q7), a nawet przerwania leczenia (Q9), a także nieprzestrzegania zaleceń dotyczących zmiany stylu życia (Q12). W tej kategorii mieści się również deklaracja o niezrealizowaniu recepty (Q3).

**Tabela 15. Wyniki analizy czynnikowej**

Zmienne	Czynnik – samowola
Q_3	0,61
Q_6	0,54
Q_7	0,76
Q_9	0,70
Q_12	0,42

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania.

Celem projektu było zbadanie wpływu zaufania (w poszczególnych wymiarach) na poziom samowoli pacjentów. W tym celu najpierw została utworzona zmienna „samowola” będąca sumą twierdzeń wchodzących w skład czynnika „samowola”. Następnie badani zostali podzieleni na dwie skrajne grupy, czyli osoby deklarujące niski i wysoki poziom samowoli, przy czym wartością rozdzielającą obie grupy była średnia arytmetyczna. W ten sposób okazało się, że w próbie ponad połowa badanych (50,6%) deklaruje niski poziom samowoli a 49,4% wysoki (tabela 16).

**Tabela 16. Struktura próby ze względu na poziom „samowoli” w przestrzeganiu zaleceń lekarskich**

Zmienne	Liczba	Procent
Osoby o niskim poziomie samowoli	506	50,60
Osoby o wysokim poziomie samowoli	494	49,40

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania.

W kolejnym kroku, w celu pokazania różnic w poziomie deklarowanego zaufania pomiędzy obiema grupami, wykorzystano test T Studenta dla prób niezależnych. Wyniki porównań przedstawia tabela 17.

**Tabela 17. Różnice w poziomie zaufania do lekarzy – wyniki testu T Studenta**

	Średnia 1	Średnia 2	t	df	p	N ważnych 1	N ważnych 2	Odech. std 1	Odech. std 2
Zaufanie do życzliwości i wsparcie emocjonalne	27,29	26,17	2,81	998	0,0050	506	494	6,40	6,18
Przekonanie o działaniu w interesie pacjenta	21,25	20,61	2,25	913	0,0248	459	456	4,41	4,21
Zaufanie do kompetencji lekarzy	23,81	23,00	2,73	998	0,0064	506	494	4,91	4,38
Zaufanie do jakości komunikacji	22,70	21,45	3,69	998	0,0002	506	494	5,36	5,31
Zaufanie do rzetelności i uczciwości lekarzy	20,46	19,70	2,85	998	0,0044	506	494	4,28	4,11

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania.

Różnice w poziomie zaufania w każdym przypadku są istotne statystycznie ( $p < 0,05$ ). Im niższy poziom zaufania deklaruje badany, tym w większym stopniu samowolnie podejmuje decyzje dotyczące zaleceń lekarskich (tzn. zdarza się mu np.: zmienić dawkę leku, a nawet przerwać leczenie bez konsultacji z lekarzem). Warto zauważyć, że ta zależność jest najsilniejsza w przypadku zaufania do jakości komunikacji, tzn. im mniej informacji w trakcie wizyty zostanie przekazane pacjentowi, im mniej precyzyjne i zrozumiałe są to informacje, tym bardziej „nieposłuszny” i samodzielny jest pacjent.

## Zakończenie

Poprawa stopnia przestrzegania zaleceń lekarskich ma istotne znaczenie z punktu widzenia stanu zdrowia pacjenta, jak i całego systemu opieki zdrowotnej. Dlatego też wielu badaczy poświęciło swoje badania właśnie temu zagadnieniu (Cramer i in. 1989; Vermeire i in. 2001; Golin i in. 2002). Zainteresowanie tym obszarem badawczym wiąże się nie tylko z ewentualnymi konsekwencjami nieprzestrzegania zaleceń, ale również wynika z różnorodności przyczyn „niesubordynacji” pacjentów. Poznanie tych przyczyn pozwoli na przeciwdziałanie niepożądanym zachowaniom. Wydaje się, że część przyczyn postępowania pacjentów tkwi w charakterze relacji lekarz-pacjent, w tym uzależnione jest od poziomu zaufania (Thom 2001).

W polskich warunkach pacjenci deklarują ograniczone zaufanie do lekarzy we wszystkich wymiarach, zwłaszcza dotyczy to komunikacji w relacji lekarz-pacjent oraz przekonania o życzliwości lekarzy.



W niniejszym rozdziale badani pacjenci zostali podzieleni na dwie grupy ze względu na zakres przestrzegania zaleceń lekarza. Jedną z grup to osoby, które wykazują dość duży stopień „samodzielności”, tzn. zmieniają dawki leków, zaprzestają leczenia bez konsultacji z lekarzem, natomiast druga grupa to osoby o zupełnie odmiennym podejściu, tzn. takie, które dość skrupulatnie przestrzegają wytycznych lekarza. Okazało się, że osoby, które przestrzegają zaleceń lekarza jednocześnie deklarują wyższy poziom zaufania w każdym wymiarze, natomiast osoby „samodzielne” zdecydowanie niższy. Różnice pomiędzy obiema grupami widoczne są zwłaszcza w przypadku przekonania, że lekarze przekazują chorym wystarczająco dużo, zrozumiałych informacji o sposobie leczenia oraz zaufania do rzetelności i uczciwości lekarzy. Niski poziom zaufania do lekarza sprawia, że chorzy wątpią w zasadność przepisanych leków, dokonują zmian w sposobie leczenia, a nawet zaprzestają przyjmowania przepisanych farmaceutyków. Nie rozumiejąc powodów, dla których powinni zmienić swój styl życia (np. rozpocząć dietę) ich motywacja do takich zmian jest zbyt niska, aby stała się trwałą zmianą. W efekcie ponownie pojawiają się w gabinecie lekarskim.

## Literatura

- Anderson L. (1989). *Health care communication and selected psychological adherence in diabetes management*. Diabetes Care, vol. 13, 66-77.
- Anderson L.A., Dedrick R.F. (1990). *Development of the trust in physician scale: a measure to assess interpersonal trust in patient-physician relationships*. Psychological Reports, Vol. 67 No. 3f, 1091-1000.
- Assem B.V.D., Dulewicz V. (2014). *Patient satisfaction and GP trustworthiness, practice orientation and performance*. Journal of Health Organization and Management, Vol. 28(4), 532-547.
- Botti S., Orfali K., Iyengar S.S. (2009). *Tragic choices: autonomy and emotional responses to medical decisions*. Journal of Consumer Research, Vol. 36(3), 337-352.
- Catz S., Kelly J., Bogart L., Benotsch E., McAuliffe T. (2000). *Patterns, correlates, and barriers to medication adherence among persons prescribed new treatments for HIV disease*, Health Psychol, vol. 19, 124-133.
- Cramer J., Mattson R.H., Prevey M.L., Scheer R.D., Ouellette V. (1986). *How often is medication taken as prescribed? A novel assessment technique*. JAMA, 261, 3272-3277.
- da Silva M., Pizzutti dos Santos T.C., Basso K. (2015). *Antecedents of the client's trust in low – versus highconsequence decisions*. Journal of Services Marketing, Vol. 29(1), 26-37.
- DiMatteo M.R. (1994). *Enhancing patient adherence to medical recommendations*. JAMA, 271, 79-83.
- Donovan J.L. (1995). *Patient decision making. The missing ingredient in compliance research*. International Journal of Technological Assessment in Health Care, vol 11, 443-455.
- Dugan E., Trachtenberg F., Hall M.A. (2005). *Development of abbreviated measures to assess patient trust in a physician, a health insurer, and the medical profession*. BMC Health Services Research, Vol. 64(5), 1-7.

- Elder K., Ramamonjiravelo Z., Wiltshire J., Piper C., Horn W.S., Gilbert K.L., Hullett S., Allison J. (2012). *Trust, Medication Adherence, and Hypertension Control in Southern African American Men*. American Journal Public Health, 102(12), 2242-2245.
- Gilson L. (2003). *Trust and the development of health care as a social institution*. Social Science & Medicine, vol. 56, 1453-1568.
- Golin C.E., DiMatteo M.R., Gelberg L. (1996). *The role of patient participation in the doctor visit. Implications for adherence to diabetes care*. Diabetes Care, vol. 19, 1153-64.
- Golin C.E., Liu H., Hays R.D., Miller L.G., Beck C.K., Ickovics J., Kaplan A.H., Wenger N.S. (2002). *A prospective Study of Predictors of Adherence to Combination Antiretroviral Medication*. Journal of General Internal Medicine, Vol. 17 (10), 756-765.
- Gordillo V., Del Amo J., Soriano V., Gonzalez-Lahoz J. (1999). *Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy*. AIDS, 13, 1763-1769.
- Griffith S. (1990). *A review of the factors associated with compliance and the taking of prescribed medicines*. British Journal of General Practice, 40, 114-116.
- Hall M.A., Dugan E., Zheng B., Mishra A.K. (2001). *Trust in physicians and medical institutions: what is it, can it be measured, and does it matter?* The Milbank Quarterly, (4), 613-39.
- Hyun-Jung L. (2004). *The role of competence-based trust and organizational identification in continuous improvement*, Journal of Managerial Psychology, Vol. 19(6), 623-639.
- Kaplan S.M., Greenfield S., Ware J. (1989). *Assessing the effects of physician-patient interaction on the outcomes of chronic disease*. Med Care, vol. 27, 110-127.
- Kim P., Cooper C., Dirks K., Ferrin D. (2013). *Repairing trust with individuals vs groups*. Organizational Behaviour and Human Decision Processes, Vol. 120(1), 1-14.
- Krawczyńska A. (2013). *Związek pomiędzy zaufaniem do lekarza a postrzeganą jakością usługi medycznej*. Acta Universitatis Lodzianensis Folia Oeconomica, 287, 145-156.
- Krot K., Rudawska I. (2013). *Koncepcja zaufania w relacji lekarz-pacjent w świetle badań jakościowych*. Zeszyty Naukowe SGGW w Warszawie. Polityki Europejskie, Finanse i Marketing, vol. 59(10), 381-393.
- Krueger K.P., Berger B.A., Felkey B. (2005). *Medication adherence and persistence: A comprehensive review*. Advances in Therapy, Vol. 22, (4), 313-356.
- Krupat E., Bell R.A., Kravitz R.L., Thom D., Azari R. (2001). *When physicians and patients think alike: patient-centered beliefs and their impact on satisfaction and trust*. Journal of Family Practice, Vol. 50(12), 1057-1062.
- Mayer R.C., Davis J.H., Schoorman F.D. (1995). *An integrative model of organizational trust*, Academy of Management Review, Vol. 30(3), 709-734.
- Maynard A., Bloor K. (2003). *Trust and performance management in the medical marketplace*. Journal of the Royal Society of Medicine, Vol. 96(11), 532-539.
- McKnight H., Choudhury V., Kacmar C. (2002). *The impact of initial consumer trust on intentions to transact with a website: a trust building model*. Journal of Strategic Information, Vol. 11(3), 297-323.

- Mead N., Bower P. (2000). *Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature*. *Social Science and Medicine*, Vol. 51(7), 1087-1110.
- Mechanic D., Meyer S. (2000). *Concepts of trust among patients with serious illness*. *Social Science and Medicine*, Vol. 51(5), 657-668.
- Mercer S., Watt G., Reilly D. (2001). *Empathy is important for enablement*. *British Medical Journal*, Vol. 322(729), 865.
- Mohseni M., Lindstrom M. (2007). *Social capital, trust in the health-care system and self-rated health: The role of access to health care in a population-based study*, *Social Science & Medicine*, vol. 64, 1373-1383.
- Morgan R.M., Hunt S.D. (1994). *The commitment – trust theory of marketing*. *Journal of Marketing*, vol. 58(3), 20-38.
- Murphy D., Roberts K., Marelich W., Hoffman D. (2000). *Barriers to antiretroviral adherence among HIV-Infected adults*. *AIDS Patient Care*, vol. 14, 47-58.
- Ostrop N., Hallett K., Gill J. (2000). *Long-term patient adherence to antiretroviral therapy*. *Ann Pharmacother*, vol. 34, 703-9.
- Pavlou P. (2002). *Institution-based trust in inter-organizational exchange relationships: the role of online B2B marketplaces on trust formation*. *Journal of Strategic Information Systems*, vol. 11(3), 215-243.
- Roberson M.H. (1992). *The meaning of compliance: patient perspectives*. *Qualitative Health Research*, vol. 2, 7-26.
- Roberts K.J. (2000). *Barriers to and facilitators of HIV-positive patients' adherence to antiretroviral treatment regimens*. *Aids Patient Care STDS*, vol. 14, 155-68.
- Rost K. (1989). *The influence of patient participation on satisfaction and compliance*. *Diabetes Educ*, vol. 15, 134-138.
- Rowe R., Calnan M. (2006). *Trust relations in health care – the new agenda*, *The European Journal of Public Health*, Vol. 16(1), 4-6.
- Schoenthaler A., Montague E., Manwell L.B., Brown R., Schwartz M.D., Linzer M. (2014). *Patient-Physician Racial/Ethnic Concordance and Blood Pressure Control: The Role of Trust and Medication Adherence*. *Ethnicity & Health*, 19(5), 565-578.
- Söderström E., Eriksson N., Åhlfeldt R.-M. (2016). *Managing healthcare information: analyzing trust*. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 29(7), 786-800.
- Thom D.H. (2001). *Physician behaviors that predict patient trust*. *The Journal of Family Practice*, Vol. 50(4), 323-328.
- Thom D.H., Kravitz R.L., Bell R.A., Krupat E., Azari R. (2002). *Patient trust in the physician relationship to patient request*, *Family Practice*, vol. 19(5), p. 476-83.
- Thomas H., Wroth M.D., Pathman D.E. (2006). *Primary Medication Adherence in a Rural Population: The Role of the Patient-Physician Relationship and Satisfaction with Care*. *Journal of the American Board Family Medicine*, vol. 19(5), 478-486.
- Turner B., Newschaffer C., Zhang D., Cosler L., Hauck W. (2000). *Antiretroviral use and pharmacy-based measurement of adherence in postpartum HIV infected women*. *Med Care*, 38, 911-25.

- White T.B., Hyuan H. (2012). *Building trust to increase purchase intentions: the signalling impact of low pricing policies*. Journal of Consumer Psychology, Vol. 22(3), 384-394.
- Vermeire E., Hearnshaw H., Van Royen P., Denekens J. (2001). *Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review*. Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics, vol 26, 331-342.
- Zineldin M. (2015). *Determinants of patient safety, satisfaction and trust*. Clinical Governance: An International Journal, Vol. 20(2), 82-90.

## **THE IMPACT OF TRUST IN THE DOCTORS ON MEDICAL ADHERENCE BY PATIENTS**

### **Abstract**

*Medication adherence is dependent on many factors. One of them is the nature of the doctor-patient relationship and especially doctor trust. Hence, the purpose of this study is to determine the influence of trust in the doctor-patient relationship on medication adherence. The results of a representative survey carried out among 1,000 people shows that people who follow the doctor's instructions at the same time declare a higher level of trust in each dimension, while those "independent" much lower. Differences in the level of trust is particularly important for trust in the quality of communication.*

### **Keywords**

*trust, medication adherence, doctor-patient relationship*