

MAGDALENA SOBOŃ

Relacja **lekarz–pacjent**

w warunkach dostępu do internetowej informacji o zdrowiu



Relacja lekarz–pacjent
w warunkach dostępu
do internetowej informacji o zdrowiu

UNIWERSYTET SZCZECIŃSKI
ROZPRAWY I STUDIA T. (MCCC) 1226

Magdalena Soboń

**Relacja lekarz–pacjent
w warunkach dostępu
do internetowej informacji o zdrowiu**

Szczecin 2021

Rada Wydawnicza

Barbara Braid, Anna Cedro, Urszula Chęcińska, Rafał Klóska, Maciej Kowalewski
Ewa Mazur-Wierzbicka, Jarosław Nadobnik, Grzegorz Wejman, Renata Ziemińska, Magdalena Zioło
Andrzej Skrendo – przewodniczący Rady Wydawniczej
Elżbieta Zarzycka – dyrektor Wydawnictwa Naukowego

Recenzent

dr hab. Katarzyna Szalonka prof. UWr

Magdalena Soboń ORCID 0000-0002-5584-0985

Redakcja językowa

Wojciech Markowski

Skład komputerowy

Iwona Mazurkiewicz-Jamrozik

Korekta wydawnicza

Ewelina Piotrowska

Projekt okładki

Piotr Kryk



Wersja elektroniczna publikacji dostępna na licencji CC BY-SA 4.0

Projekt sfinansowano w ramach programu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego pod nazwą „Regionalna Inicjatywa Doskonałości” w latach 2019–2022 nr projektu 001/RID/2018/19, kwota finansowania 10 684 000,00 zł

© Copyright by Uniwersytet Szczeciński, Szczecin 2021

DOI 10.18276/978-83-79723-748-3

ISBN 978-83-7972-748-3 (online)

ISBN 978-83-7972-496-3 (print)

ISSN 0860-2751

WYDAWNICTWO NAUKOWE UNIwersytetu SZCZECIŃSKIEGO

Wydanie I | Ark. wyd. 12,0 | Ark. druk. 10,4 | Format 170/240

Spis treści

Wstęp	7
Rozdział 1. Relacja lekarz–pacjent z perspektywy ekonomicznej	15
1.1. Pacjent jako element rynku usług zdrowotnych.....	16
1.2. Zachowania pacjenta w świetle teorii ekonomii.....	19
1.3. Specyfika relacji lekarz–pacjent	22
1.3.1. Więzy i wymiary relacji.....	24
1.3.2. Zaufanie jako zasób relacyjny w zdrowiu.....	26
1.3.3. Asymetria wiedzy i władzy	28
1.3.4. <i>Empowerment</i> i empatia.....	30
1.4. Związki między opartą na wiedzy relacją lekarz–pacjent a kosztami ochrony zdrowia	33
1.5. Modele relacji lekarz–pacjent.....	36
1.5.1. Charakterystyka wybranych teoretycznych modeli relacji lekarz–pacjent.....	37
1.5.2. Nowe zjawiska i problemy w relacji lekarz–pacjent.....	40
1.5.3. Komunikacja w relacji lekarz–pacjent	44
Rozdział 2. Internet jako przestrzeń kształtująca relację lekarz–pacjent	48
2.1. Internet źródłem informacji o zdrowiu	49
2.2. Problematyka jakości internetowej informacji o zdrowiu.....	55
2.3. Postawy i zachowania w kontekście wykorzystywania Internetu jako źródła informacji o zdrowiu.....	57
2.3.1. <i>Health literacy</i> w warunkach dostępu do Internetu.....	58
2.3.2. Postawy wobec Internetu i e-informacji o zdrowiu	60
2.3.3. HIS i czynniki kształtujące wykorzystanie internetowej informacji o zdrowiu.....	63
2.4. Wybrane modele i teorie poszukiwania informacji o zdrowiu online	65
2.4.1. Model przekonań zdrowotnych	66

2.4.2. Teoria uzasadnionego działania i teoria planowanego zachowania	68
2.4.3. Model akceptacji technologii	70
2.4.4. Model poszukiwania informacji o zdrowiu w Internecie według E.K. Yuna	73
2.4.5. Przykłady wykorzystania teorii i modeli poszukiwania online informacji w obszarze zdrowia.....	76
2.5. Wpływ pochodzącej z Internetu informacji o zdrowiu na relację lekarz–pacjent.....	79
 Rozdział 3. Badania empiryczne nad relacją lekarz–pacjent w warunkach dostępu do e-informacji o zdrowiu	83
3.1. Metodyka i zakres badań.....	83
3.1.1. Model koncepcyjny relacji	83
3.1.2. Metoda i narzędzie badawcze.....	90
3.1.3. Charakterystyka badanej zbiorowości.....	93
3.2. Pacjent jako użytkownik e-informacji – determinanty, postawy i zachowania.....	95
3.3. Relacja lekarz–pacjent z perspektywy pacjenta	100
3.4. Relacja lekarz–pacjent z perspektywy lekarza	106
3.5. Model postrzeganej relacji lekarz–pacjent w warunkach dostępu do Internetu jako źródła informacji o zdrowiu	111
3.5.1. Zależności między zmiennymi – wyniki badań empirycznych	111
3.5.2. Komentarz do wyników badania nad modelem relacji	117
 Zakończenie.....	124
 Bibliografia.....	127
Spis rysunków i tabel.....	163

Wstęp

Jeśli pozwolę sobie naprawdę zrozumieć drugą osobę,
mogę zostać zmieniony przez ten fakt.
I wszyscy obawiamy się zmian.
Więc jak mówię, nie jest to prosta rzecz,
pozwolić sobie samemu zrozumieć jednostkę.

Carl Rogers

Wiele obszarów ludzkiego życia zostało odmienionych przez Internet. To elektroniczne medium spowodowało kompletną rekonfigurację komunikacji (Iverson i in., 2008) i wymiany informacji, a w konsekwencji stosunków międzyludzkich, powodując zarówno pozytywne (m.in. Behrens i in., 2007), jak i negatywne skutki (m.in. Shklovski i in., 2004). Internet z jednej strony osłabia kontakty z ludźmi, zwłaszcza z najbliższymi, gdy ludzie surfują po sieci przez długi czas, zaniedbując osobiste więzi, z drugiej – jest wykorzystywany do kontaktów z innymi, ułatwia komunikację, rozszerza i pogłębia relacje.

Pojawia się jednak pytanie, jak dalece Internet będzie przenikał kolejne aspekty życia, czy może są pewne związki, na które nie wpływa on w istotny sposób lub które nie mogą być właściwie przezeń kształtowane. Chodzi o relacje naznaczone więziami opartymi na kwestiach egzystencjalnych i pilności, a nie uczuciach i sympatii. Tego typu związkiem jest relacja lekarz–pacjent, którą cechuje również intymność, poufność i zaufanie (Santana i in., 2011). Ponieważ te cechy są ściśle związane z realnym światem, a nie rzeczywistością wirtualną, rodzi się pytanie o wpływ Internetu na relację lekarz–pacjent, w kontekście którego analizy wymagają m.in.:

- ogólne teorie poszukiwania informacji w Internecie,
- modele relacji między lekarzem a pacjentem,
- rola i wpływ informacji zdrowotnej dostępnej online na analizowaną relację.

Relacje lekarz–pacjent są szeroko studiowanym zagadnieniem w literaturze. Powszechnie znany i popularny w praktyce lekarskiej paternalistyczny model z dominacją autorytarnego podejścia lekarza do pacjenta i bardzo ograniczoną autonomią chorego (Ostrowska, 2006) ustępuje w XXI wieku miejsca modelowi partnerskiemu opartemu na niezależności pacjenta i swobodzie podejmowania przez niego decyzji w zakresie leczenia (Wroński i in., 2009). Przewaga lekarza, wynikająca z posiadanej wiedzy medycznej (Broom, 2005a) oraz konieczności ufania mu w warunkach nierównego dostępu do specjalistycznej informacji (Korzeniowski, 2007), zmniejsza się w wyniku większej aktywności pacjentów oraz pozyskiwania i wykorzystywania w kontaktach z lekarzem e-informacji (Iverson i in., 2008). Poinformowany pacjent zmienia opisywaną relację (m.in. Santana i in., 2011), odgrywając istotną rolę w procesie podejmowania decyzji w zakresie zdrowia i stając się wyzwaniem dla eksperckiej wiedzy lekarza. Żeby jednak zrozumieć specyfikę współczesnych instytucjonalnych relacji lekarz–pacjent, należy postrzegać obie jej strony nie tylko w kontekście społecznym, ale również ekonomicznym, gdzie pacjent–konsument szuka pomocy medycznej u lekarza–dostawcy usługi (Szeszycka, 1999; Nowotarska-Romaniak, 2013).

Pomimo iż Internet przyciąga uwagę jako środek służący poprawie jakości zdrowia, nie jest jasne, jaki jest jego wpływ (jeśli w ogóle istnieje) na zachowania lekarza i pacjenta oraz łączącą ich relację. Brakuje kompleksowego podejścia do problematyki relacji w kontekście dostępu do internetowej informacji o zdrowiu. Fragmentaryczne badania są zazwyczaj skoncentrowane na Internecie jako źródle informacji w zakresie zdrowia w ocenie lekarzy i/lub pacjentów (Gowin i Horst-Sikorska, 2008), częstotliwości użycia Internetu jako źródła tej informacji (Szymczuk i in., 2011), akceptacji internetowej informacji o zdrowiu wśród gospodarstw domowych (Duplaga, 2012) lub na zmianach w modelu relacji lekarz–pacjent w postaci utraty siły oddziaływania lekarza na rzecz większej autonomii pacjenta, podmiotowości i odpowiedzialności (Gałuszka, 2012). Podobnych wycinkowych informacji dostarczają instytuty badawcze, które zajmując się przede wszystkim cechami użytkownika informacji zdrowotnej, rodzajem informacji i częstotliwością, nie pokazują tego, co dzieje się ze znalezioną informacją i jak oddziałuje ona na relacje między lekarzami i pacjentami (m.in. TNS-OBOP, 2008; Gemius, 2009; PBI 2011; Procontent Communication, 2012; Gemius, 2012; Gemius, PBI, 2020). Jednym z wyjątków jest badanie „European survey on e-health – consumer trends” (WHO, 2007). Projekt (Bujnowska-Fedak i in., 2007; Santana i in., 2011) pokazuje m.in. polskich użytkowników internetowej informacji o zdrowiu – nie tylko ich typowe cechy i częstotliwość poszukiwań, ale sposób wyszukiwania, powody i konsekwencje użycia zdobytych informacji w kontaktach z lekarzami.

Z zaprezentowanych rozważań wynikają powody podjęcia się oceny wpływu internetowej informacji o zdrowiu na postrzeganą relację lekarz–pacjent. Badania zaprojektowano tak, aby spojrzeć na aspekty w znacznym stopniu zaniedbane w literaturze, ponieważ:

- znaczna część opracowań dotyczy sytuacji w USA lub Wielkiej Brytanii, a sytuacja w Polsce może być zupełnie inna ze względu na fakt, że regiony i kraje generują pojawiające się różnice,
- większość opracowań dotyczy lekarzy klinicznych i pacjentów z poważnymi przewlekłymi chorobami jak nowotwory czy cukrzyca lub odnoszą się do niepełnosprawności lub innych szczególnych sytuacji,
- zwykle opracowania koncentrują się na szczególnych grupach ludzi (np. ludziach w podeszłym wieku lub dzieciach) zamiast badać całe społeczeństwo,
- większość opracowań skupia się na tym, kto jest użytkownikiem internetowej informacji o zdrowiu oraz jaki rodzaj informacji i kiedy jest wyszukiwany przez pacjentów w Internecie, pomijając zdolność pacjentów do oceny tego typu informacji oraz jej wpływ na relację lekarz–pacjent.

Głównym celem niniejszej pracy jest wykazanie, że informacja pochodząca z Internetu pozwala pacjentom na nawiązanie opartych na wiedzy relacji z lekarzem, a przez to umożliwia kształtowanie bardziej świadomych zachowań pacjentów. Z punktu widzenia ekonomii ważnym aspektem tego zjawiska mogą być niższe koszty dla systemu powodowane mniejszym popytem na usługi medyczne w efekcie spadku zachorowalności pacjentów oraz szybszego procesu zdrowienia (Adinolfi i in., 2016; Goozner, 2016).

Efektem badań jest koncepcyjny model postrzeganej instytucjonalnej relacji lekarz–pacjent w warunkach dostępu do internetowej informacji o zdrowiu. Wyrasta on z krytyki modelu paternalistycznego (Parsons, 1951; Szasz i Hollender, 1956; Freidson, 1960, 1970; Navarro, 1976) skutkującej reorientacją w kierunku wzrostu autonomii pacjenta i budową modelu partnerskiego. Dostępne w Internecie informacje zmieniają tę relację, poszerzając wiedzę, jaką dysponują pacjenci w obszarze zdrowia, i wzmacniając ich pozycję względem lekarza. Pozwala to ustalić znaczenie informacji pozyskanej z Internetu oraz jej wpływ na przywołaną relację wynikającą ze zmiany zachowań pacjentów i lekarzy. Obie strony badanej relacji są, zgodnie z koncepcją modelu relacji opartych na ideologii konsumeryzmu Cassella (1986), uczestnikami rynku usług medycznych – pacjenci są klientami, a lekarze dostawcami na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej.

Z głównego celu badawczego wynikają następujące cele cząstkowe:

- poznanie motywacji, postaw i zachowań pacjentów w zakresie poszukiwania w Internecie informacji o zdrowiu,
- ustalenie, jak internetowa informacja o zdrowiu wpływa na zachowania pacjenta w kontakcie z lekarzem,
- zbadanie, jak lekarze postrzegają korzystanie przez pacjentów z Internetu jako źródła informacji o zdrowiu,
- przeanalizowanie wpływu e-informacji na relację lekarz–pacjent z perspektywy obu stron.

Celom pracy podporządkowane są hipotezy badawcze i układ badania.

Hipotezę stanowi pogląd, iż informacja o zdrowiu dostępna online pozytywnie wpływa na postrzeganą instytucjonalną relację lekarz–pacjent, pomagając zmniejszyć asymetrię informacji w przywołanej relacji i prowadząc do lepszej współpracy i efektów. Powstała ona na bazie przekonania, że siła oddziaływania lekarza w relacji z pacjentami wynika w głównej mierze z wiedzy medycznej, którą dysponuje. Gdy jednak pacjent ma dostęp do informacji, można przyjąć, że różnica poziomu wiedzy zmaleje, a siła oddziaływania pacjenta w stosunku do lekarza wzrośnie.

Hipotezę główną uzupełniają hipotezy pomocnicze:

1. Zachowania pacjenta w zakresie poszukiwania w Internecie informacji o zdrowiu są przede wszystkim determinowane przez postrzeganą użyteczność i łatwość użycia Internetu.
2. Sposób wykorzystania wyszukanej w Internecie informacji o zdrowiu i jej wpływ na zachowania pacjenta zależy od cech i postaw pacjenta.
3. Internetowa informacja o zdrowiu zwiększa siłę oddziaływania pacjenta w relacji z lekarzem.

Zostaną one zweryfikowane przez szczegółowe hipotezy opisujące poszczególne elementy modelu koncepcyjnego od uruchomienia procesu poszukiwania informacji o zdrowiu online po oddziaływanie znalezionych treści na relację lekarz–pacjent.

Istotą projektu jest procedura zmierzająca ostatecznie do odpowiedzi na pytania:

1. Jak silny jest wpływ informacji dotyczących zdrowia na podejmowane przez pacjentów decyzje w zakresie zagadnień medycznych?
2. Jak wygląda model postrzeganej relacji lekarz–pacjent w warunkach dostępu do internetowej informacji na temat zdrowia?

Proces badawczy podzielono na etapy korespondujące z przyjętymi celami badawczymi.

1. **Etap I (teoretyczny)** – krytyczne studia literatury opublikowanej w Polsce i za granicą w dziedzinie ekonomiki zdrowia, zarządzania opieką zdrowotną, marketingu usług zdrowotnych, socjologii i medycyny, których **celem jest konceptualizacja bazowych kategorii podejmowanych zagadnień, wybór i określenie wskaźników i zmiennych, które będą wykorzystywane w kolejnych etapach badań.**

1A – Identyfikacja tła podejmowanych rozważań natury metodologicznej, dotyczących natury i mechanizmu relacji lekarz–pacjent oraz czynników determinujących związków w Polsce i na świecie.

1B – Opis i analiza informacji o zdrowiu dostępnej online, jej jakość, metody oceny i wpływ na relację lekarz–pacjent w świetle osiągnięć socjologii, nauk ekonomicznych i międzynarodowych doświadczeń.

2. **Etap II (metodyczny)** – działania, których **celem jest konstrukcja precyzyjnych narzędzi badawczych służących zebraniu odpowiednich informacji pozwalających wykonać konieczne analizy w kolejnych etapach badań.**

2A – Kwestionariusz adresowany do lekarzy z pytaniami o charakterystykę badanych jednostek, wyszukiwane w Internecie i przynieszone przez pacjentów informacje dotyczące zdrowia oraz ich wpływ na zachowania lekarzy i pacjentów, a także wzajemne relacje.

2B – Kwestionariusz adresowany do pacjentów zawierający pytania o charakterystykę badanych jednostek, zachowania w procesie poszukiwania w Internecie informacji o zdrowiu, efekty poszukiwań i wykorzystania znalezionych informacji oraz ich wpływ na relacje z lekarzami.

3. **Etap III (empiryczny)** – badania ilościowe, których **celem jest zebranie informacji o procesie poszukiwania w Internecie informacji dotyczących zdrowia przez pacjentów, ich wykorzystaniu, a także ocena wpływu pozyskanych informacji na relacje między lekarzami i pacjentami z perspektywy obu stron.**

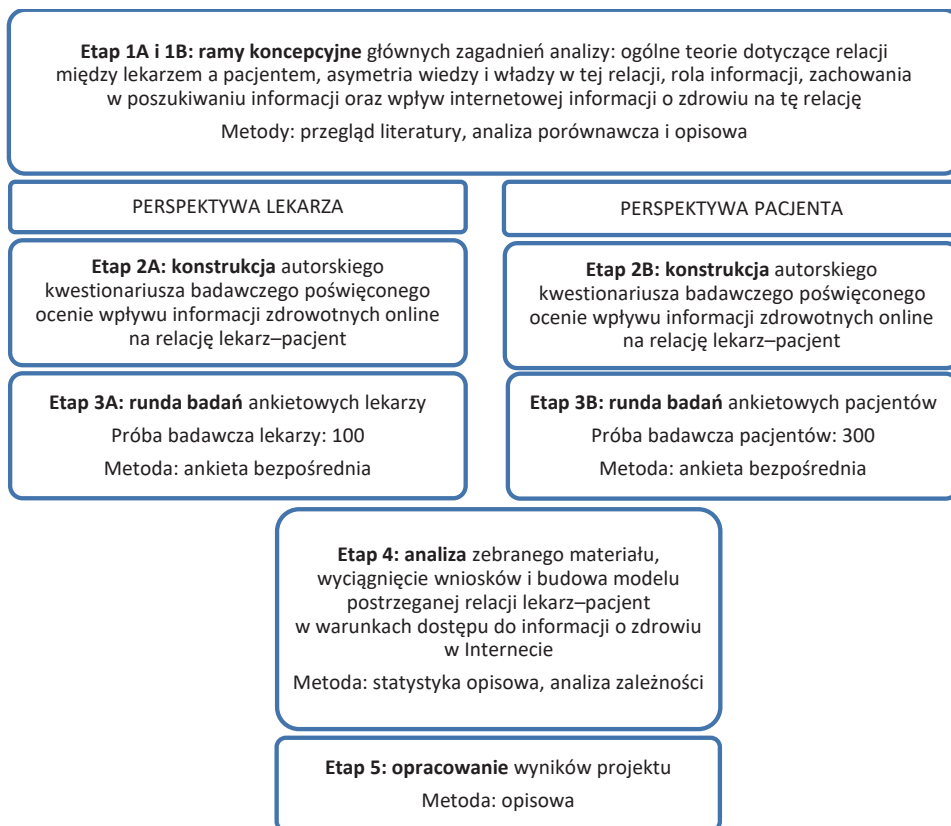
3A – Runda badań bezpośrednich lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

3B – Runda badań bezpośrednich pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej.

4. **Etap IV (statystyczny)** – obróbka statystyczna materiału empirycznego zgodnie z przyjętymi metodami przy użyciu dostępnych pakietów statystycznych – Statistica 13.3, której **celem jest – dzięki ustaleniu, jak internetowa informacja o zdrowiu wpływa na relacje lekarz–pacjent i zmienia ją, oraz co determinuje ten wpływ – budowa modelu relacji w warunkach dostępu do informacji online.**

5. **Etap V (opisowy)** – przygotowanie podsumowania przeprowadzonych badań, biorące pod uwagę osiągnięcia poprzednich etapów badawczych, którego **celem jest upowszechnianie rezultatów badania.**

Sposób realizacji głównych problemów naukowych, celów i metod badawczych przedstawia poniższy schemat:



Przyjętemu celowi pracy i metodyce badawczej podporządkowana została struktura książki. Na zawartość składają się trzy rozdziały. Pierwszy podejmuje zagadnienie relacji lekarz–pacjent z perspektywy ekonomicznej. Rozważania rozpoczynają się od problematyki postrzegania pacjenta jako uczestnika rynku usług zdrowotnych oraz jego zachowań w procesie zaspokajania potrzeb zdrowotnych z perspektywy ekonomii, tzn. zachowań konsumpcyjnych. Opisano nacechowaną rosnącym zaangażowaniem pacjenta współczesną relację lekarz–pacjent przez pryzmat występujących w niej więzi i wymiarów, a także takich charakterystycznych cech jak zaufanie, asymetria informacji czy empatia. Wskazano na związki opartej na wiedzy relacji z efektami w postaci większej sprawności systemu ochrony i zdrowia oraz oszczędności. Opisano wybrane modele relacji lekarz–pacjent, zwracając uwagę na problemy i nowe zjawiska wiążące się

głównie z wykorzystaniem ICT w obszarze zdrowia, a także zmiany zachodzące w kierunku nowoczesnej opieki i skutecznej komunikacji zapewniającej korzyści zarówno pacjentom, jak i lekarzom.

Rozdział drugi poświęcony jest roli Internetu w kształtowaniu współczesnej relacji lekarz–pacjent. To nowoczesne narzędzie komunikacji stanowi przydatne źródło wiedzy o zdrowiu, obciążone jednak problemem związanym z jakością dostępnej w nim informacji. Kolejna część rozdziału zawiera charakterystykę postaw i zachowań pacjenta w kontekście wykorzystywania Internetu jako źródła informacji o zdrowiu ze szczególnym uwzględnieniem pojęć *health literacy* i *health information seeking* wraz z czynnikami je kształtującymi. Całości dopełnia prezentacja wybranych modeli i teorii poszukiwania informacji o zdrowiu (HBM, TRA i TPB, TAM oraz model Yuna) wraz z przykładami ich wykorzystania w badaniach oraz oddziaływaniem pochodzącej z Internetu informacji o zdrowiu na relację lekarz–pacjent.

W rozdziale trzecim zaprezentowano badania empiryczne nad relacją lekarz–pacjent w warunkach dostępu do internetowej informacji o zdrowiu przeprowadzone przy pomocy autorskiego połączenia metod służących opisowi zachowań osób poszukujących w Internecie informacji o zdrowiu z oceną wpływu wyszukanych treści na przywołaną relację. Efektem prac badawczych jest zarówno charakterystyka wykorzystania Internetu jako źródła informacji o zdrowiu, jak i opis badanej relacji w kontekście dostępu do Internetu jako źródła informacji o zdrowiu. Wykorzystanie Internetu obejmuje skłonność pacjentów do korzystania z Internetu dla zdrowia, akceptację Internetu, postawę i intencję behawioralną pacjentów oraz zachowanie w zakresie poszukiwania w Internecie informacji o zdrowiu. W opisie relacji lekarz–pacjent pojawia się postawa pacjenta wobec lekarza, zmiany w relacji w wyniku korzystania przez pacjentów z internetowej informacji o zdrowiu, zachowanie pacjenta w następstwie posiadania informacji oraz reakcja lekarza na korzystanie przez pacjenta z Internetu jako źródła informacji z perspektywy obu stron relacji.

Relacja lekarz–pacjent z perspektywy ekonomicznej

Współczesna ochrona zdrowia ewoluuje. System opieki zdrowotnej przeobraża się pod wpływem zmian zachodzących w otoczeniu, a wraz z nim przemianie ulega relacja lekarz–pacjent (Szewczyk, 2009). Ta specyficzna więź między potrzebującym pomocy pacjentem a posiadającym wiedzę lekarzem powstaje wokół istotnej wartości, jaką jest zdrowie i życie ludzkie (GUS, 2015). Opierając się na tradycyjnym założeniu, że lekarz ma umocowanie do podejmowania decyzji dla dobra pacjenta, więź między nimi dynamicznie przeobraża się w relację charakterystyczną dla typowych usług i coraz bardziej je przypomina (Eysenbach i Köhler, 2002; Anderson i in., 2003).

Postrzeganie relacji lekarz–pacjent jako przedsięwzięcia rynkowego wprowadza do niej kategorie ekonomiczne (Suchecka, 2010; Kotler i in., 2011). Pojawia się kwestia finansowania i zyskowności, co w publicznej ochronie zdrowia przejawia się w postaci skłonności do oszczędności bądź wzmożonego korzystania z publicznych pieniędzy (Getzen, 2000). W przypadku sektora prywatnego zdroworozsądkowe podejście sugeruje, że lekarz jest zainteresowany maksymalizacją dochodów, a pacjent – ograniczaniem wydatków na usługi medyczne i utrzymaniem wysokiego poziomu zdrowia (Gałuszka, 2012). Relacja lekarz–pacjent zamienia się w relację pacjent–usługodawca, której ważnym składnikiem jest sektor farmaceutyczny.

Choć w konsekwencji przemian uprawnienia kadry medycznej mogą być ograniczane, a pacjent coraz częściej może wpływać na lekarza (Schulz i Nakamoto, 2013), głównym celem relacji lekarz–pacjent pozostaje przywrócenie zdrowia pacjentowi. Zmienia się jedynie charakter więzi na zbliżony do rynkowego ze stale zyskującymi na znaczeniu aspektami ekonomicznymi (Rudawska, 2011a), gdzie pacjent jest klientem, a lekarz podmiotem świadczącym usługę medyczną. Z jednej strony, wzrastają wymagania wobec personelu medycznego w obszarze relacji interpersonalnych, rozwija się autonomia pacjenta, postępuje reorientacja w kierunku tworzenia partnerstwa (Soboń,

2018), z drugiej – na stałe zagościły w realiach ochrony zdrowia zagadnienia gospodarowania zasobami zgodnie z zasadami ekonomii.

1.1. Pacjent jako element rynku usług zdrowotnych

Od lat dziewięćdziesiątych XX wieku ochrona zdrowia nabiera coraz wyraźniej charakteru rynkowego. Upowszechnia się pojęcie rynku usług zdrowotnych, obejmujące procesy, które zachodzą między świadczeniodawcami a świadczeniobiorcami usług służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub odrębnych przepisów regulujących zasady ich wykonania (Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r., art. 2, pkt 10).

Nie jest to jednak typowy rynek, gdyż jest on pełen sprzeczności. Z jednej strony, dla części społeczeństwa sprowadzenie usług zdrowotnych do transakcji kupna-sprzedaży nie jest możliwe do zaakceptowania, bo ludzie nie mogą pogodzić się z faktem, że porada medyczna czy leczenie jest towarem dostępnym za określoną cenę dla tych, którzy mają środki finansowe na ich nabycie, a niedostępnym dla tych, którzy nie posiadają ani środków, ani ubezpieczenia czy innych gwarancji prywatnych (Gałuszka, 2013). Z drugiej – doświadczenia innych krajów pokazują, że ochrona zdrowia oparta na wolnych siłach rynkowych nie zaspokaja w pełni potrzeb zdrowotnych obywateli. Pojawia się zatem kwestia organizacji opieki medycznej dla obywateli w następstwie podjęcia decyzji co do charakteru usług medycznych: czy są one darem w myśl zasady egalitaryzmu w dostępie do usług zdrowotnych, czy raczej towarem rynkowym (tabela 1.1).

Tabela 1.1. Konotacje medycyny i opieki zdrowotnej jako daru i towaru

Opieka zdrowotna jako dar	Opieka zdrowotna jako towar
– dar przyjmujemy (nie marudzimy), – porada/diagnoza/leczenie, – pacjent uległy lub roszczeniowy, – posłuszeństwo faktom biologicznym, – lekarz wie najlepiej/wiedza naukowa, – związki między osobami/personalizacja, – powszechne ubezpieczenie zdrowotne, – ograniczanie popytu/racjonowanie, – dominacja publicznej opieki zdrowotnej	– towar kupujemy (możemy wybrzydzać), – usługa medyczna/produkt/sprzedaż, – klient/konsument produktów medycznych, – posłuszeństwo regułom/zasadam rynku, – marketing/ekonomia określa, co się opłaca, – związki między kupującymi/reifikacja, – prywatne/komercyjne ubezpieczenie zdrowotne, – kreowanie popytu przez podaż/konsumeryzm, – komercjalizacja/prywatyzacja opieki zdrowotnej

Źródło: M. Gałuszka, *Medycyna i zdrowie w społeczeństwie konsumpcyjnym: makdonaldyzacja opieki zdrowotnej versus ryzyko zdrowotne*. „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Sociologica” 2013, 45, s. 38.

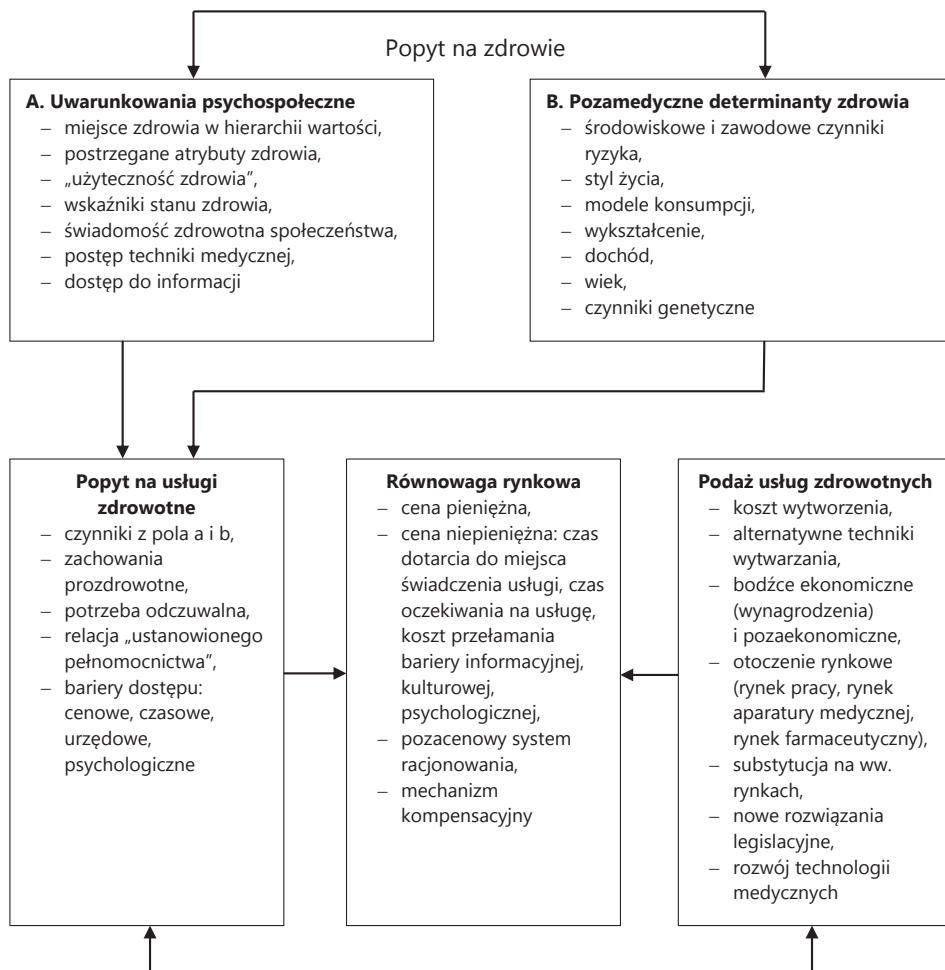
Pacjent na rynku usług zdrowotnych rzadko zgłasza popyt na usługę medyczną dobrej jakości za cenę pokrywaną z własnych środków. Z reguły będąc pacjentem sektora publicznego, akceptuje usługi, jakie wskazuje mu płatnik, którym jest Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) (Szalonka, 2015). W tym momencie jednak zaczynają działać mechanizmy rynkowe, gdyż płatnik, będąc zainteresowany zakupem najtańszych usług przy spełnieniu ustalonych procedur, wywołuje u świadczeniodawców dążenie do minimalizacji kosztów i maksymalizacji korzyści. Przy wysokich stopach zyskowności i rentowności inwestycji w krótkim czasie można się spodziewać napływu kapitału do sektora i większej konkurencji. Można zatem sektor ochrony zdrowia traktować jak rynek.

Specyfika usług zdrowotnych sprawia, że w przypadku ochrony zdrowia nie można skupiać się jedynie na mechanizmach rynkowych, lecz należy również dostrzegać różnice między nimi a innymi dobrami rynkowymi (rysunek 1.1). Popyt nie jest tu bowiem konsekwencją pragnienia zaspokojenia potrzeby, ale koniecznością (Arrow, 1979), a sektor usług zdrowotnych nie spełnia wymogów konkurencji doskonałej ze względu na brak pełnej informacji o usługach, niestabilność popytu i podaży oraz występowanie efektów zewnętrznych. Tutaj potrzeby zdrowotne tworzą potrzebę opieki zdrowotnej, niepewność rodzi konieczność podejmowania ryzyka, braki w zakresie informacji generują nierównowagę rynkową, a subwencje publiczne rozszerzają dostęp do usług (Suchecka, 2010). Poza tym płatnik – trzecia strona rynku, opłacający część kupowanych usług z zakresu ochrony zdrowia – powoduje, że brakuje czynnika bezpośrednio regulującego równowagę pomiędzy popytem a podażą (Rudawska, 2007).

Na takim rynku, na którym bezpośrednie wprowadzenie do ekonomicznego modelu klasycznych założeń racjonalności zachowań jednostek oraz efektywnej alokacji zasobów w praktyce staje się niemożliwe (Wiercińska, 2012), funkcjonuje współczesny pacjent. Czy zatem zasadne jest przypisywanie mu roli klienta lub konsumenta (Mruk, 2013), czy też pozostaje on po prostu pacjentem?

Już w latach sześćdziesiątych ubiegłego wieku noblista Kenneth Arrow (1963) wskazywał różnice między pacjentami a konsumentami. Poza brakiem wiedzy medycznej i typowej dla usług niemożności ich poznania przed skonsumowaniem istotny był brak możliwości samodzielnego wyboru m.in. w konsekwencji niewiedzy pacjentów, czy zachorują i kiedy oraz która z usług będzie w danym przypadku najlepsza. W konsekwencji pacjent generuje popyt, którego specyfika polega na występowaniu nadmiernej jego wielkości, zwanej popytem subiektywnym. Pojawiają się zależności od stylu życia i postępów cywilizacji, sezonowość oraz konieczność wprowadzania ograniczeń w korzystaniu z usług z uwagi na nadmierną ich konsumpcję (Bukowska-Piastczyńska, 2010). Istnieje tu również niedobór podaży, wynikający choćby z niewystarczającej liczby

specjalistów i sposobu organizacji ochrony zdrowia. Stąd powstaje dylemat, czy dostępność porady lekarskiej powinna być dyktowana interesem finansowym świadczeniodawcy czy zgodna z wymaganiami klinicznymi.



Rysunek 1.1. Model relacji popytowo-podażowej w opiece zdrowotnej

Źródło: A. Williams, *Health Economics: The Cheerful Face of the Dismal Science?* [w:] A. Williams (red.), *Health and Economics*, London: Macmillan Press, 1987, za: M. Jaworzyńska, *Równowaga rynkowa na rynku usług zdrowotnych: ujęcie teoretyczne*. „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio H, Oeconomia” 2014, 48 (2), s. 65.

Pomimo specyficznych cech i oczywistego faktu, że dobro chorego jest nadrzędną wartością, obserwacje teoretyczne i empiryczne mechanizmów funkcjonowania ochrony zdrowia pozwalają postawić tezę, że rozwój sektora ochrony zdrowia formułuje reguły rynkowe (Szalotka, 2015). Ekonomia będąca nauką o człowieku w jego społecznych powiązaniach za przedmiot przyjmuje ludzi: ich potrzeby, aspiracje, preferencje, wartości, zachowania, relacje, efekty działania i wiele innych aspektów ludzkiej egzystencji (Wilkin, 2016). Mamy więc do czynienia z pacjentem jako jednostką i pacjentem w jego relacji do usługodawcy, uwikłanym w system organizacyjny, w którym toczy się gra interesów. Ponieważ w praktyce interes pacjenta nie zawsze jest priorytetowy, jego pozycja jako klienta systemu ochrony zdrowia wymaga zdecydowanego wsparcia, a jego rola – popularyzacji (Rudawska, 2014).

1.2. Zachowania pacjenta w świetle teorii ekonomii

Zachowania w ujęciu rynkowym odnoszą się do działań klientów w procesie zakupu oraz bezpośrednio po nim. Według definicji zachowanie to „postępowanie, sprawowanie się, reagowanie na coś w określony sposób” (Światowy, 2006, s. 205), „działania, które mają zrealizować założone przez podmiot cele o różnym charakterze” (Kędzior i Karcz, 1998, s. 10). Zachowania rozumiane jako „ogół działań i percepcji konsumenta składających się na przygotowanie decyzji wyboru produktu, dokonanie owego wyboru oraz jego zakup” (Rudnicki, 2012, s. 18), często wynikają z chęci zaspokojenia określonych potrzeb, a ich kształtowanie może odbywać się przez przetwarzanie informacji, proces decyzyjny i role w nim pełnione (Smyczek i Sowa, 2005).

Zachowania konsumenckie jako podejmowane przez jednostki decyzje o procesach zdobywania dóbr, usług, doświadczeń i pomysłów oraz konsumowania ich i dysponowania nimi (Światowy, 2006), niezależnie od tego, przez kogo i na jakim rynku są realizowane, nie są oczywiste i proste. Nabywca bowiem jednocześnie świadomie i nieświadomie ulega wpływom czynników zarówno hamujących, jak i stymulujących określone zachowanie. Choć ich rozpoznanie wydaje się kluczowe, to ze względu na różny stopień wymierności nie zawsze jest możliwe, a ustalenie wpływu na zachowanie bywa ograniczone.

Uwarunkowania zachowań nabywców są tematem szeroko omawianym w literaturze przedmiotu. Funkcjonuje tu ogólny podział czynników kształtujących zachowania konsumenta na zależne i niezależne od niego. Z jednej strony, chodzi o uwzględnienie

determinant wynikających z cech różnicujących ludzi, a z drugiej – o zróżnicowanie warunków, a więc środowisko. Światowy (2006) nazwała je czynnikami psychicznymi, społecznymi i ekonomicznymi. Rudnicki (2012) użył określeń: czynniki wewnętrzne (psychologiczne, personalno-demograficzne) oraz zewnętrzne (społeczno-kulturowe, ekonomiczne). U Kiezel (2010) pojawia się podział na obiektywne czynniki ekonomiczne i pozaekonomiczne o charakterze zewnętrznym i wewnętrznym oraz subiektywne w postaci motywów, zwyczajów, postrzegania, nawyków, osobowości, postaw i tradycji. Kotler (1999) wyróżnia natomiast czynniki kulturowe (kultura, klasa społeczna), społeczne (grupa odniesienia, rodzina), osobiste (płeć, wiek, zawód) i psychologiczne (motywacja, percepcja, postawy). We współczesnych realiach jednak coraz ważniejszym elementem kształtującym zachowania nabywcze jest Internet. To tu znajdowane są informacje determinujące podejmowane decyzje, kształtowane są postawy, rodzą się motywacje. To element ściśle powiązany z teraźniejszą kulturą, kształtujący jednostkę i społeczeństwo.

Na rynku ochrony zdrowia, będącym zjawiskiem ekstremalnym z punktu widzenia teorii ekonomii, zachowania pacjentów różnią się od tych na rynkach doskonale konkurencyjnych. Możliwość manifestowania postaw konsumenckich jest tu ograniczona. Pole decyzji klienta jest zawężone w związku z koniecznością narzucania bezpiecznych rozwiązań wykonywania usług oraz w następstwie faktu, że większość zachodzących tu procesów ma charakter natychmiastowy (Shortell i Kaluzny, 2001). Zagrożenie zdrowia lub życia ogranicza możliwość świadomych wyborów. Co więcej, świadczenie usług zdrowotnych jest procesem wymagającym stałej interakcji z pacjentem, którego rolą jest nie tylko ocena jakości, lecz także realny na nią wpływ. Co ciekawe, w procesie oceny świadczonej usługi w zasadzie pomijana jest jej jakość techniczna (Hołub, 2001), gdyż pacjent, który nie może jej ocenić z powodu braku wiedzy medycznej, skupia się na jakości postrzeganej (Kautsch, 2010).

W takich okolicznościach zachowania konsumenckie pacjentów rozumiane jako działania w określonych warunkach, polegające na dokonywaniu wyborów w procesie zaspokajania potrzeb (Kiezel, 2004) związanych ze zdrowiem, oznaczają konieczność dostosowania się do tychże specyficznych warunków. Skutkuje to odmiennym sposobem zachowań w stosunku do silnie zróżnicowanych, nie zawsze uświadomionych potrzeb (Golinowska, 2015). U pacjenta brak świadomości potrzeby zdrowotnej nie oznacza w każdym przypadku braku tej potrzeby, co może prowadzić do niezadowolenia z życia przez pogorszenie stanu zdrowia w przyszłości. Poza tym klient, dążąc do maksymalizacji zadowolenia, będzie podejmował działania, które nie zawsze przybiorą obiektywną postać. Określenie użyteczności możliwych rozwiązań nie jest bowiem

łatwe ze względu na niepełną wiedzę medyczną, a większa użyteczność wynikająca częściowo ze źle przyjętych determinant wyboru (np. niskiego kosztu zakupu) może się okazać pozorna (np. komplikacje zdrowotne) (Kautsch, 2010). Mówimy zatem o sytuacji, w której pacjent w niskim stopniu spełnia założenia człowieka racjonalnego (Golinowska, 2015), choć mechanizm zachowań konsumenckich pozostaje wciąż ten sam: maksymalne korzyści przy minimalnym koszcie.

Postawę konsumencką pacjentów można postrzegać w kategorii kontinuum (Krot, 2019). W najwyższym stopniu objawia się ona przy korzystaniu z opieki medycznej w prywatnych gabinetach lekarskich, a w najniższym w specjalistycznych publicznych szpitalach. Poza tym zmiennymi różnicującymi postawy mogą być cechy demograficzne pacjenta czy jego schorzenia, a także zmiany w kierunku zwiększania jego partycypacji w świadczeniu usług związanych ze zdrowiem (Dobska i Rogoziński, 2008). Pacjenci w swoich wyborach biorą pod uwagę różne kryteria. Zauważalna jest ich odmienność przy wyborze usług z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz usług specjalistycznych. W podstawowej opiece to łatwy dostęp do lekarza i lokalizacja są cechami oferty, które w najwyższym stopniu wpływają na wybór placówki opieki zdrowotnej. Podstawowym kryterium wyboru specjalisty jest natomiast fachowość świadczonych usług, gwarantująca właściwe wykonanie zabiegu diagnostycznego lub leczniczego (Rosa i Ostrowska, 2015).

Konsekwencją upowszechniających się postaw konsumenckich są wymagania stawiane usługodawcom na rynku usług zdrowotnych przez współczesnego pacjenta. To oczywiste, że pragnie on uzyskać skuteczną pomoc w możliwie najkrótszym czasie i w jak najlepszych warunkach nie tylko w odniesieniu do wyposażenia czy obowiązujących standardów. Chodzi również o odpowiednie traktowanie ze strony lekarza i innych członków personelu. Z opinią pacjenta należy się liczyć, ponieważ niezadowolenie może mieć negatywne konsekwencje (Kotler i in., 2011). Coraz aktywniejszy pacjent ma prawo pytać o sposób przeprowadzania i zasadność stosowanych procedur, wybierać i oceniać świadczeniodawców.

W ten sposób „pacjent staje się klientem coraz bardziej wymagającym, posiadającym świadomość przynależnych mu praw oraz usług dostępnych w ramach systemu ochrony zdrowia” (Krakowiak i in., 2010, s. 6). Pacjent w konsekwencji zachodzących przemian i procesów w swoich zachowaniach konsumenckich (Szumska, 2016):

- jest osobą, którą cechuje wybieralność, więc może dokonywać wyborów nie zawsze racjonalnych i skutecznych,
- kieruje się nie zawsze słuszną opinią innych pacjentów,
- oczekuje efektu namacalnego i akceptowalnego przez niego wyniku leczenia,

- kieruje się pierwszym wrażeniem przy uznaniu lekarza za profesjonalistę,
- pragnie, by lecząc ciało, personel zajął się również jego potrzebami psychicznymi,
- wysoką jakość rozumie jako profesjonalizm, indywidualne podejście oraz miłą i sympatyczną obsługę,
- niczego nie musi i na ogół wie, że nikt go do niczego nie może zmusić,
- potrafi podejmować decyzje ekonomiczne, kierując się swoimi wyobrażeniami i branymi pod uwagę czynnikami,
- ma swoje upodobania, wymagania, oczekiwania.

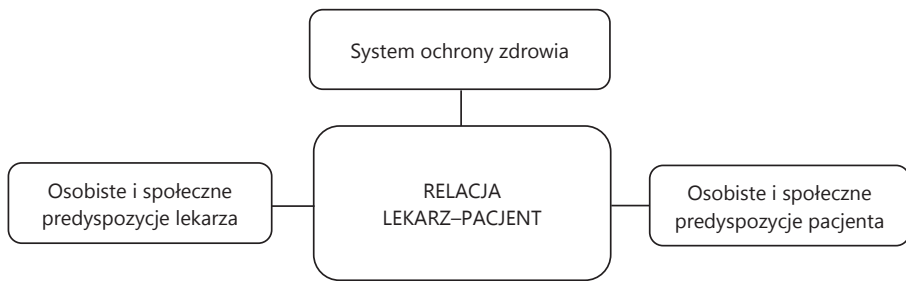
Od strony ekonomii najważniejszy jest więc pacjent i jego zadowolenie, co w praktyce oznacza konieczność traktowania go jak klienta. Z klientem buduje się więź, dbając o atmosferę w relacjach, obdarzając go szacunkiem, przekazując informację o ważnych i przydatnych materiałach edukacyjnych, zapewniając dostęp do parkingu, poczekalni czy szatni, informując o przebiegu leczenia, włączając w to wykorzystywany sprzęt i procedury (Mruk, 2018). Większe zadowolenie pacjentów i ich rodzin to lepsza efektywność leczenia. Zadowolony pacjent chętniej poddaje się terapii, współpracuje z lekarzem, jest skłonny realizować zalecenia prozdrowotne (Winnicki i in., 2016), obdarza medycynę większą sympatią i szacunkiem, wraca do lekarza i poleca jego usługi, bo istnieje efekt lojalności (Kessler i Myłod, 2011). Zadowolony pacjent to usatysfakcjonowane i odnoszące sukcesy zespoły medyczne.

1.3. Specyfika relacji lekarz–pacjent

Relacja definiowana jako „zależność między dwoma lub większą liczbą przedmiotów, pojęć, wielkości danego rodzaju, typu” (SJP, 2012, s. 381) w przypadku ludzi odnosi się do sposobu, w jaki dwie osoby lub grupy osób postrzegają i zachowują się wobec siebie, i łączy się z pojęciem „więzi” i „partnerstwa” (Mitręga, 2005). Relacja to długoterminowe, opierające się na wzajemnym zaufaniu, obopólnie korzystne zależności (Kotler, 1999). Powstające między lekarzem i pacjentem są szczególnym przypadkiem ze względu na specyfikę problematyki zdrowia. Są pochodną czynników kształtujących postawy i zachowania obu stron, a ich budowaniu służą elementy takie jak: produkt, miejsce, cena, promocja, ludzie, proces oraz aspekty fizyczne (Boguszewicz-Kreft, 2009).

Relacja lekarz–pacjent może przybierać różną postać w zależności od osobistych i społecznych predyspozycji lekarza i chorego (charakterystyka społeczno-demograficzna, autorytet zawodu lekarza, konsumpcyjne nastawienie pacjentów, socjalizacja

zawodowa przyszłych lekarzy, przyjęty model medycyny i zdrowia) oraz od czynników ekonomicznych (zmiany w systemie służby zdrowia doprowadzające do rozwoju mechanizmów rynkowych, konkurencja) (Krot, 2013) (rysunek 1.2). Stosunek lekarza do pacjenta zależy od zmiennych osobowościowych, kultury osobistej, wiedzy profesjonalnej i ogólnej, postawy wobec pracy, doświadczenia zawodowego i życiowego, światopoglądu oraz systemu wartości (Wójcik, 2018). Do tego dołączają czynniki ekonomiczne, ustrojowe, socjologiczne, kulturowe i środowiskowe oraz stereotypy zachowań w stosunku do pacjentów.



Rysunek 1.2. Elementy budujące relację lekarza z pacjentem

Źródło: opracowanie własne na podstawie: K. Krot, *Determinanty współczesnego modelu relacji lekarz–pacjent*. „Przedsiębiorczość i Zarządzanie” 2013, 14 (10), s. 350.

Na pacjenta również oddziałuje podobny zestaw zmiennych, wywołując określone zachowania i postawy względem lekarza. W konsekwencji pojawia się mieszanka emocji, postaw, zachowań i interesów, budząca zainteresowanie badaczy reprezentujących różne dziedziny i dyscypliny nauki, podlegająca ciągłym zmianom w czasie. Od starożytnej „przyjaźni lekarskiej” Platona i Arystotelesa oraz szerokiego Hipokratesowego postrzegania pacjenta sięgającego daleko poza jego stan fizyczny (Brzeziński, 2000), poprzez nowożytne relacje lekarz–pacjent często oparte na diagnozie i leczeniu z pominięciem badania przedmiotowego pacjenta (Lebrun, 1997), aż po współczesność, gdy opieka medyczna stała się dostępna, a relacja lekarz–pacjent nabiera zupełnie innego kształtu i charakteru. Szczególną rolę odgrywają tu wiara i zaufanie, wzbudzanie nadziei, empatia, kontakt osobisty wyrażający się troską o pacjenta oraz umiejętność porozumiewania się (Wise, 1996).

1.3.1. Więzi i wymiary relacji

Relacja zachodząca między lekarzem i pacjentem w każdym konkretnym przypadku ma niepowtarzalny charakter, a jej cechy to zmienne występujące z określonym natężeniem (Mitręga, 2004). Dezagregacja złożonego pojęcia relacji pozwala na wyodrębnienie własności stanowiących jej wymiary, będących jednocześnie miernikami siły relacji. Są one zbieżne z wymiarami przypisywanymi relacji przedsiębiorstwa z klientem (B2C) ze względu na postrzeganie lekarza jako podmiotu świadczącego usługi zdrowotne (tabela 1.2).

Tabela 1.2. Najważniejsze zmienne reprezentujące kluczowe cechy relacji – adaptacja na potrzeby relacji lekarz–pacjent

Pojęcie	Definicja
Satysfakcja pacjenta	Sposób, w jaki pacjent ocenia stopień realizacji swoich oczekiwań wobec procesu usługi zdrowotnej
Zaufanie pacjenta	Przekonanie pacjenta, że obietnice uczynione przez lekarza zostaną zrealizowane
Siła relacji	Funkcja jednoczesnego oddziaływania dwóch czynników: opinii pacjenta na temat tego, czy lekarz będzie nadal usługodawcą w przyszłości, oraz skłonności pacjenta do zarekomendowania lekarza krewnym i znajomym
Intensywność interakcji	Funkcja częstotliwości, z jaką w danym okresie pacjent kontaktował się z lekarzem bezpośrednio (<i>face to face</i>), telefonicznie oraz za pomocą Internetu
Czas trwania relacji	Czas liczony od pierwszego kontaktu pacjenta z lekarzem
Zaangażowanie emocjonalne pacjenta	Pozytywne, obojętne lub negatywne emocjonalne nastawienie pacjenta wobec długoterminowego podtrzymywania współpracy z lekarzem
Orientacja sprzedawcy na klienta	Sposób, w jaki klient ocenia, w jakim stopniu pracownicy firmy są zorientowani na długookresowe spełnianie jego potrzeb w odróżnieniu od wywierania nacisku na wysoką sprzedaż w krótkim czasie (orientacji firmy na sprzedaż)
Wiedza profesjonalna sprzedawcy	Sposób, w jaki klient ocenia poziom wiedzy fachowej personelu obsługi oraz zdolności do przekazywania tej wiedzy w trakcie interakcji z nim
Porównawczy poziom odniesienia	Sposób, w jaki klient ocenia prawdopodobieństwa zastąpienia obecnej firmy inną firmą, z którą utrzymywanie transakcji byłoby bardziej korzystne

Źródło: opracowanie własne na podstawie: M. Mitręga, *Wymiary relacji z konsumentem na rynku usług w świetle wyzwań nowej gospodarki*. „Acta Universitatis Lodzensis Folia Oeconomica” 2004, 179, s. 266–267.

Od występowania i natężenia poszczególnych wymiarów zależy kształt relacji, to czy pacjent poczuje się nie tylko zrozumiany i że się nim zaopiekowano, ale również szanowany i dopuszczony do współudziału w procesie diagnostyki i leczenia.

W następstwie wielowymiarowości relacji lekarz–pacjent pojawia się kwestia różnorodności charakteru więzi łączących partnerów interakcji. Charakter tworzących się więzi oddaje istotę relacji (Rudawska i Sagan, 2006) i ma wpływ na jakość świadczonych usług zdrowotnych (Nowakowska, 2015). Więzy należy zatem postrzegać jako element podtrzymujący związek, który buduje bariery wyjścia i wiąże strony (Storbacka i in., 1994), gdyż to one sprawiają, że pojawia się współzależność tam, gdzie wcześniej były tylko pojedyncze zdarzenia.

Bazą tworzenia więzi w relacji są poszczególne jej wymiary, które odzwierciedlają płaszczyzny interakcji między lekarzem i pacjentem. Wymiar techniczny obejmuje czynności medyczne związane z diagnozą i leczeniem, wymiar społeczny – proces komunikacji rozumiany jako sposób prowadzenia rozmowy, wymiar moralny bazuje na zaufaniu ze strony pacjenta, a wymiar poznawczy odnosi się do zaangażowania pacjenta i lekarza w proces usługowy. Zaistnienie relacji w wymiarze technicznym uzależnione jest od występowania więzi formalnych, powstanie zaś relacji na płaszczyźnie społecznej, moralnej i poznawczej zależy od pojawienia się więzi społecznych i strukturalnych (Rosen i Surprenant, 1998). Więzy formalne wpływają na powstanie społecznych, a te na powstanie strukturalnych (Rudawska i Sagan, 2006) (tabela 1.3).

Tabela 1.3. Kategorie więzi w relacji lekarz–pacjent

Kategoria więzi	Subkategoria więzi	Charakterystyka
Formalna	wieź finansowa	oferowanie pacjentom zachęt cenowych
	wieź techniczna	dysponowanie unikalnymi specjalistami i sprzętem
	wieź organizacyjna	dogodna lokalizacja
Społeczna	wieź oparta na wiedzy	kompleksowa opieka zdrowotna
	wieź komunikacyjna	bardzo dobry przepływ informacji
	wieź oparta na indywidualizacji	indywidualizowane podejście do pacjenta
	wieź emocjonalna	troska o zaspokojenie nie tylko zdrowotnych, ale również emocjonalnych potrzeb
	wieź psychologiczna	zmniejszanie stresu u pacjentów
Strukturalna	wzmocnienie (<i>empowerment</i>)	zachęcanie pacjentów do aktywnego angażowania się w proces leczenia
	wieź osobista	przyjacielski i życzliwy stosunek
	wieź symboliczna	reputacja placówki dająca pacjentom poczucie pewności
	wieź ideologiczna	kierowanie się normami etycznymi
	partnerstwo	traktowanie pacjentów jak osób współdecydujących o zdrowiu i leczeniu

Źródło: opracowanie własne na podstawie: I. Rudawska, A. Sagan, *Identyfikacja więzi relacyjnych w sektorze ochrony zdrowia – zastosowanie modelu LVPLS*. „Problemy Zarządzania” 2006, 2 (12), s. 84.

Tak wiele kategorii i subkategorii więzi sprawia, że budowanie współczesnej relacji na rynku usług ochrony zdrowia jest zadaniem skomplikowanym i wymagającym zaangażowania obu jej stron. Każdy element składowy ma znaczenie, bo od niego zależy efekt końcowy w postaci zadowolonych bądź nie stron relacji.

1.3.2. Zaufanie jako zasób relacyjny w zdrowiu

Zaufanie do kogoś to przekonanie, że osoba ta działa w najlepszym interesie innej osoby, to powierzenie się komuś. To wiedza, wiara bądź nadzieja, że czyjeś działania okażą się zgodne z naszym życzeniem (Rotter, 1967). Jest szczególnie potrzebne i ważne, gdy towarzyszy nam niepewność i ryzyko, stając się wówczas warunkiem istnienia relacji nie tylko tych o charakterze interpersonalnym (Krot, 2019). Zaufanie to po prostu niezbędny element życia społeczeństw, „ludzki pomost nad przepaścią niepewności, proteza pozwalająca czuć się pewniej w niepewnym świecie” (Sztompka, 2007, s. 22). Zmniejszając niepewność, mobilizując podmiotowość, zwiększając otwartość i życzliwość wobec innych (Krot, 2019), zaufanie tworzy zaangażowanie w pozytywny rezultat działań.

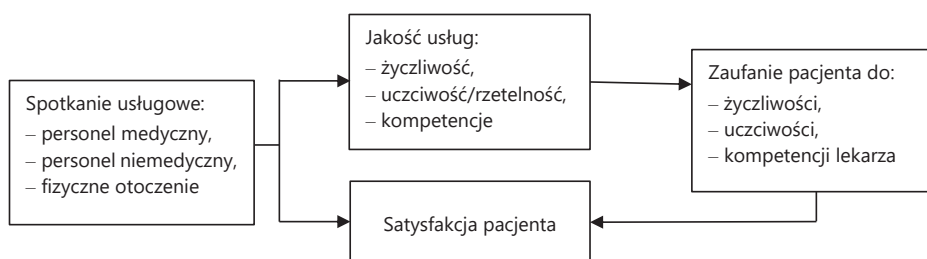
Trudne do precyzyjnego zdefiniowania pojęcie zaufania nacechowane jest różnorodnością interpretacyjną (Mayer i in., 1995; Grudzewski i in., 2007; Krot i Lewicka, 2016; Miłaszewicz, 2016) i wymaga wielowymiarowego postrzegania. Niezależnie jednak od podejścia elementem spajającym są zawsze: niepewność i ryzyko, współzależność i wzajemność, względna przewidywalność i współpraca oraz prawdopodobieństwo uzyskania pozytywnych rezultatów (Krot i Rudawska, 2018).

Sztompka (2007), pisząc o zaufaniu, wspomina o jego różnych obszarach: osobistym (do konkretnych ludzi), pozycyjnym (do określonych ról społecznych, zawodów), instytucjonalnym (do złożonych organizacji) czy systemowym (do całego systemu społecznego i jego uczestników). Wszystkie z nich mogą odnosić się do poszczególnych składowych procesu świadczenia usług zdrowotnych, bo w tym obszarze zaufanie oznacza oczekiwanie, że osoby i instytucje odpowiedzialne za zdrowie pacjentów będą spełniać swoje obowiązki zarówno wobec nich, jak i społeczeństwa (Mechanic, 1998). Wyjątkową rolę odgrywa tu jednak mający profesjonalną wiedzę lekarz, z którym pacjent wchodzi w relacje dotyczące zdrowia – wartości o najwyższej randze w hierarchii (Czapiński i Panek, 2015).

Ponieważ zaufanie jest szczególnie ważne tam, gdzie los jednej ze stron relacji zależy od drugiej, to specyfika usług zdrowotnych powoduje, że zindywidualizowana i intymna relacja między lekarzem i pacjentem jest związkiem opartym właśnie na zaufaniu oraz

zaangażowaniu i niezawodności (Krot i Rudawska, 2017). Jest to konsekwencją niekompetencji pacjenta w sprawach własnego zdrowia, oznaczającą konieczność polegania na profesjonalnie zorganizowanej opiece. Pacjent niemający zazwyczaj ani wiedzy, ani umiejętności, by sobie pomóc, jest skazany na lekarza, któremu musi zawierzyć (Mohseni i Lindstrom, 2007). Oznacza to akceptację działań lekarza ze względu na przekonanie o pozytywnych intencjach, życzliwości, uczciwości i profesjonalizmie (Hall, 2006). Poziom zaufania nie tyle wynika jednak z doświadczenia nabywanego w czasie bezpośrednich kontaktów z konkretnym lekarzem czy wcześniejszych doświadczeń z innymi medykami (Cole i in, 2017), ile z ogólnej postawy pacjenta wobec lekarzy oraz symbolicznych i archetypowych cech lekarza (Mechanic, 1996). Oprócz zaufania o charakterze interpersonalnym w relacji lekarz–pacjent pojawia się więc ogólne zaufanie do lekarzy, zależne „od mediów, oczekiwań społecznych i zaufania do opieki zdrowotnej” (Krot, 2019, s. 75).

Zaufanie, będące niezwykle istotnym zasobem relacyjnym w sektorze zdrowia, było i jest obiektem zainteresowania badaczy (Lee i Lin, 2009; Ehsan i Ashill, 2014; Krot i Rudawska, 2016a; Peters i Youssef, 2016). Jako jeden z podstawowych warunków wymiany między stronami osobowej relacji, jest nie tylko spoiwem w przestrzeni interpersonalnej, ale także źródłem satysfakcji pacjentów (Doney i Cannon, 1997; Reinartz i Kumar, 2000, 2002; Lovelock i Wirtz, 2004; Krot i Rudawska, 2016a) (rysunek 1.3).



Rysunek 1.3. Zależności pomiędzy fundamentalnymi kategoriami w relacji lekarz–pacjent

Źródło: K. Krot, I. Rudawska, *Budowanie satysfakcji pacjenta na podstawie zaufania – studium empiryczne rynku usług medycznych*. „Handel Wewnętrzny” 2016, 4 (363), s. 112.

Oparta na zaufaniu relacja lekarz–pacjent łączy się z określonymi efektami ekonomicznymi. Zaufanie pozwala usługodawcy na stabilizację związków z pacjentami i wzrost konkurencyjności na coraz bardziej wymagającym rynku usług medycznych, a dobra współpraca obu stron relacji warunkuje nie tylko poprawę zdrowia pacjenta, lecz także

niższe koszty systemu. Mniejsza liczba wizyt i ordynowanych leków, krótsza hospitalizacja, rzadziej występujące zjawisko dublujących się lub zbędnych badań i testów to efekt zaangażowania pacjenta ufającego swojemu lekarzowi. Zaufanie sprzyja bowiem poprawie komunikacji między stronami procesu usługowego (Boehm, 2003) i wywołuje efekt terapeutyczny. Zachowanie pacjentów staje się bardziej przewidywalne, a wyniki leczenia poprawiają się. Pacjent lepiej współpracuje i szybciej reaguje na symptomy chorobowe (Thom i in., 2002; Platonova i in., 2008), jest bardziej otwarty (Gruber i Frugone, 2011) i akceptuje informacje przekazywane przez lekarza (Krot, 2013). Relacja oparta na zaufaniu ma zatem zdolność do obniżania kosztów i podnoszenia jakości usług (Chodhury, 2005).

1.3.3. Asymetria wiedzy i władzy

Tradycyjnie relacja lekarz–pacjent uznawana jest za pozbawioną symetrii, opartą na nierówności: z jednej strony, pojawia się pacjent – osoba cierpiąca i potrzebująca pomocy, a z drugiej – sprawujący nad nim władzę lekarz. Interakcję cechuje asymetria tematu – to stan pacjenta, a nie lekarza jest przedmiotem diagnozy oraz asymetria zadań – lekarz diagnozując pacjenta, wypytuje, bada i podejmuje decyzje w celu ustalenia możliwych kierunków działania (Ten Have, 1991). Asymetria objawia się również utratą inicjatywy pacjentów wykazywanej w kwestii doprowadzenia do spotkania (decyzja, z którym lekarzem skonsultować się na jakim etapie choroby) na rzecz lekarza, gdy ten przystępuje do działania (Pilnick i Dingwall, 2011).

W tak rozumianej relacji pojawia się asymetria informacyjna – zjawisko polegające na zróżnicowanym dostępie stron transakcji rynkowych do informacji w zakresie przedmiotu wymiany, jego jakości, skuteczności i przydatności (Getzen, 2000). Nierówny dostęp do niej sprawia, że to lekarz dysponuje specjalistyczną naukową wiedzą na temat leków, zasad ich stosowania, jednostek chorobowych i ich objawów, dostępnych terapii czy skutków nieleczenia dolegliwości, a pacjenci mogą być w stanie opisać swoje objawy, ale nie mają wystarczających informacji, aby powiązać swój stan z określonym działaniem. W związku z tym przyjmuje się, że to lekarz jest silniejszym ogniwem relacji, a konsekwencją dysproporcji posiadanej informacji jest zjawisko asymetrii wiedzy i władzy między stronami relacji.

Dla pozycji władzy lekarza kluczowe znaczenie ma zatem większa wiedza medyczna w porównaniu z pacjentem (Broom, 2005a). Ta postrzegana przewaga może jeszcze rosnąć (Hall i in., 2001), jeśli oprócz braku wiedzy pojawia się pilna potrzeba opieki

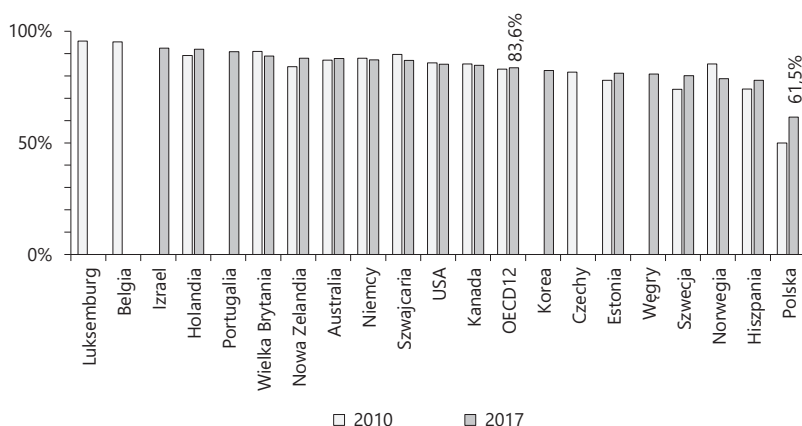
medycznej. Pacjent nie ma innego wyjścia, jak tylko zaufać diagnozie i zaleceniom, bo wyrosłe z potrzeby pomocy zaufanie pozwala mu wierzyć, że lekarz wykorzysta tę wiedzę w jego najlepiej pojętym interesie (Calnan i Rowe, 2005). Jednocześnie to, że lekarz wpływa na pacjenta w kwestiach medycznych (Stoeckle, 1987), nie oznacza *a priori* sytuacji niekorzystnej dla pacjenta. Jak dowodzi Parsons (1951), ta wzajemna relacja implikuje bowiem tzw. funkcjonalny konsensus (Stoeckle, 1987, s. 135) z uzupełniającymi się prawami i obowiązkami lekarza i pacjenta dla przywrócenia zdrowia.

Władza lekarza nie ma jednak charakteru absolutnego i może być ograniczana. Wynika to z faktu, że istnieje związek przyczynowy między wiedzą i władzą (Waitzkin i Stoeckle, 1976; Gaventa i Cornwall, 2001). Ponieważ „władza i wiedza bezpośrednio implikują się wzajemnie” (Foucault, 1977, s. 27), nie ma relacji władzy bez współzależnej natury wiedzy ani wiedzy, która nie zakłada i nie stanowi jednocześnie relacji władzy. Odpowiednio doinformowany pacjent może zatem przejmować część władzy tradycyjnie przypisywanej lekarzowi.

Aby pacjent dysponował większą mocą i autonomią, musi mieć większą wiedzę medyczną. Co więcej, sam dystans między wiedzą ekspercką lekarzy a stosunkowo małą wiedzą pacjentów może właśnie powodować wzmożone poszukiwanie informacji na temat zdrowia. Pojawia się jednak pytanie, czy zdobywana w ten sposób wiedza to wiedza ekspercka czy raczej jedynie ta typowa dla laików. Okazuje się, że wiedza w sensie medycznym niekoniecznie musi ograniczać się do wiedzy profesjonalnej (Pearce, 1993; Popay i in., 2003). Pomimo iż pacjentowi prawdopodobnie brakuje specjalistycznych wiadomości, jest on chociażby wyposażony we własne doświadczenia (Williams i Popay, 1994). Poza tym „ludzie czerpią z wielu różnych aspektów swojego środowiska i życia codziennego, aby konstruować medyczne «prawdy»” (Pearce, 1993, s. 151), a dzisiejsze społeczeństwo, obok opinii ekspertów, zorientowane jest na inne autorytety – przyjaciół, media lub literaturę (Burrows i in., 2000). Otwarta pozostaje jednak kwestia, czy ten rodzaj wiedzy jest stymulantą władzy pacjenta (Prior, 2003; Kivits, 2004a).

Poinformowany pacjent staje się wyzwaniem dla lekarza i jego tradycyjnej roli. Laik rzuca wyzwanie „obiektywnej” i opartej na nauce wiedzy eksperckiej, kwestionuje właściwe zrozumienie problemów zdrowotnych w nowej rzeczywistości (Kivits, 2004a). Ponieważ preferencje dotyczące roli pacjenta w procesie decyzyjnym są bardzo zróżnicowane, o zaangażowaniu pacjenta nie rozstrzyga wykształcenie (Schrijvers, 2016). Ci zaś, którzy przyjmują aktywną postawę, coraz chętniej angażując się w poszczególne etapy świadczenia usługi zdrowotnej, starają się w ten sposób zaspokajać swoje potrzeby zdrowotne w jak najwyższym stopniu (Pacenti i Mancini, 2015).

Istnienie bardziej aktywnego pacjenta przesuwają więc granice władzy lekarza (Freidson, 1960), a wizyta zaczyna przypominać negocjacje. Asymetria informacji pozostaje jednak nadal mniejszym lub większym problemem, i to dla obu stron relacji (Bloom i in., 2008), a pojawiająca się potrzeba dostarczania pacjentom większej ilości informacji medycznych – przyczyniająca się do powstania „poinformowanych pacjentów” (Kivits, 2006), zmienia ich stosunek do lekarza (Hart i in., 2004; Bosslet i in., 2011).



Rysunek 1.4. Angażowanie pacjentów w podejmowanie decyzji dotyczących opieki i leczenia w krajach OECD w latach 2010 i 2017

Źródło: *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing, 2019, s. 147; *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing, 2013, s. 135.

Niestety, jak na standardy obowiązujące w rozwiniętych krajach, polscy pacjenci nie są wystarczająco często włączani w podejmowanie decyzji związanych z opieką medyczną i zdrowiem. Według publikowanych danych (OECD, 2019) zaledwie 61,5% z nich jest angażowanych przez lekarzy we współdecydowanie, podczas gdy średnia dla krajów OECD wynosi 83,6% (rysunek 1.4).

1.3.4. *Empowerment* i empatia

W ostatnich latach coraz mocniej podkreśla się znaczenie odpowiedzialności pacjenta za własne zdrowie. Zjawisko jest powiązane z przekonaniem, że pacjenci mają nie tylko prawo do większej autonomii w podejmowaniu decyzji, ale powinni i coraz częściej chcą aktywnie uczestniczyć w opiece zdrowotnej (Singh i in., 2010; Tariman i in., 2010).

Znajduje to odbicie w relacjach lekarz–pacjent. Uwidaczniająca się tendencja uwzględniania pacjenta i jego rodziny w postępowaniu diagnostycznym, leczniczym oraz zapobiegawczym (Herrin i in., 2016) wiąże się z popularnym w literaturze przedmiotu zjawiskiem zwanym *patient empowerment*. Jego pierwowzorem jest znana w literaturze ekonomicznej koncepcja *empowered consumer*, rozumiana jako „prawdziwe wybory, dokładne informacje, przejrzystość rynku i zaufanie wynikające ze skutecznej ochrony i solidnych praw” (European Commission, 2007, s. 5).

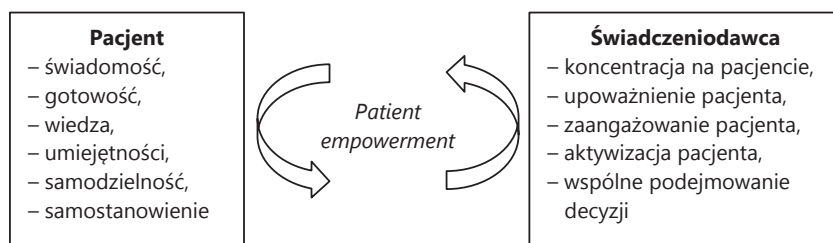
Na rynku usług medycznych *empowerment* pojawił się w latach osiemdziesiątych XX wieku, a popularyzację zawdzięcza tendencji do włączania obywateli w poszczególne aspekty funkcjonowania społeczeństwa i państwa (Schulz i Nakamoto, 2013). Już wcześniej istniało jednak przekonanie, że pacjenci nie muszą być słabą i całkowicie podporządkowaną stroną relacji z lekarzem (Haley, 1963). Nie jest to tylko kwestia przekonania, ale także sposób na wzmacnianie efektów leczenia (Roberts, 1999; Paasche-Orlow i Wolf, 2007). Wyższy poziom *patient empowerment* to lepsze wyniki zdrowotne i samopoczucie (Chen i Li, 2009; Londono i Schultz, 2015), status zdrowotny (Jerofke i in., 2014), jakość życia (Koekenbier i in., 2016). To również korzyści dla systemu ochrony zdrowia – niższe koszty i lepsza efektywność (Adinolfi i in., 2016; Goozner, 2016).

Pojęcie *patient empowerment* jest uważane w literaturze za „pozytywny i pomocny proces, który umożliwia człowiekowi kierowanie swoim życiem, dokonywanie świadomych wyborów i podejmowanie decyzji dotyczących własnego życia” (Grealish i in., 2013, s. 136). „Opiera się na filozofii bycia postrzeganym jako równy, autonomiczny członek zespołu opieki zdrowotnej”, w którym „(...) zrozumienie, uczenie się i troska stanowią możliwości, a także przesłanki uczestnictwa (...)” w leczeniu (Tveiten i in., 2011, s. 23). *Empowerment* obejmuje m.in. umiejętności pacjenta (Bravo i in., 2015; Castro i in., 2016), siłę oddziaływania (Kuokkanen i Leino-Kilpi, 2000; Fumagalli i in., 2015), wiedzę (Bravo i in., 2015), zachowania (Aujoulat i in., 2007; Bravo i in., 2015). Według Agnera i Braun (2018) *empowerment* najczęściej jest kojarzony z kontrolą, psychologicznym radzeniem sobie, legitymizacją, wsparciem, wiedzą i uczestnictwem. W praktyce oznacza odejście od narzucania stylu życia i wydawania nakazów przez lekarza na rzecz zachęcania pacjenta do samodzielnego zwiększania zainteresowania własnym zdrowiem, podejmowania działań profilaktycznych oraz bardziej świadomych wyborów w obszarze zdrowia (Szymczyk i in., 2015).

W następstwie posługiwania się pojęciem *empowerment* zrodziła się koncepcja pacjenta, który w wyniku zdobywania informacji i wiedzy staje się partnerem lekarza. Określa go termin *empowered patient*. Ten „wyedukowany pacjent” (Nazarko-Ludwiczak, 2012) czy „wzmocniony pacjent” to „(...) poinformowany pacjent, który bierze na siebie

jak największą odpowiedzialność za swoje zdrowie” (Taleghani i in., 2014, s. 1). Jako nabywca usług zdrowotnych nie tylko ma świadomość swojego stanu, ale posiada również niezbędną wiedzę i umiejętności, aby dokonywać właściwych wyborów. To osoba umiejąca współpracować z profesjonalistami ochrony zdrowia w procesie zarządzania własną kondycją zdrowotną (Bonsignore i in., 2017).

Aby móc efektywnie realizować koncepcję *patient empowerment*, konieczne jest stworzenie pacjentowi odpowiednich warunków (Rogała, 2020) (rysunek 1.5). Punktem wyjścia jest koncentracja na pacjencie i jego potrzebach, doświadczeniach oraz oczekiwaniach. Niezbędne jest budowanie u pacjentów wiary w umiejętności dbania o zdrowie, wspartej rozwijaniem wiedzy oraz kompetencji zdrowotnych, a także ich aktywizacja (Hibbard i in., 2007) w procesie dbania o siebie. Pacjent stając się partnerem, partycypuje w planowaniu usług zdrowotnych, a decyzje dotyczące jego zdrowia podejmowane są wspólnie z personelem medycznym. Po stronie pacjenta proces ten wymaga świadomości zdrowotnej, wiedzy i określonych umiejętności. Konieczna jest gotowość pacjenta do współodpowiedzialności wynikająca z potrzeby samostanowienia i powiązana z jego samodzielnością (Palumbo, 2017).



Rysunek 1.5. Relacyjna interpretacja koncepcji *patient empowerment*

Źródło: A. Rogała, *Wyzwania realizacji koncepcji patient empowerment w kontekście kompetencji pacjentów*. „e-mentor” 2020, 3 (85), s. 42.

Równolegle do rosnącej aktywności pacjentów w relacjach z lekarzem obserwuje się trend rozwijania zdolności empatycznych u studentów medycyny, rezydentów oraz lekarzy (Osmólska-Bogucka, 2014). Najprostsza postać empatii, rozumiana jako „umiejętność wczuwania się w stan wewnętrzny drugiej osoby” (SJP, 2012, s. 123), uległa przeobrażeniom „(...) w kierunku oceny sytuacji, w jakiej znalazł się inny osobnik i zrozumienia przyczyn, dla których pojawiły się u niego określone emocje” (Kliszcz, 2017, s. 302). Tak rozumiana empatia jest złożonym procesem psychologicznym, zawierającym w sobie

afektywne, kognitywne i behawioralne mechanizmy reagowania na przeżycia, doświadczenia i emocje innych osób (Janczukowicz, 2013). Uznawana jest za jedną z istotnych kompetencji współczesnego lekarza (Riess, 2010).

Empatia nie jest tożsama ze współczuciem ani tym bardziej z litością, lecz przyjmuje wymiar profesjonalnej postawy klinicznej. To podstawa udanego partnerstwa w relacji lekarz–pacjent niezależnie od specjalizacji klinicznej. Należy ją kultywować, aby poczuć się tak, jakby doświadczenie drugiej osoby było własnym. Należy ją rozumieć jako aspekt miłości w znaczeniu niesamolubnej troski o dobro drugiego człowieka (Fromm, 1994).

Umiejętność współodczuwania przynosi wymierne efekty w relacji lekarz–pacjent. Wpływa na zwiększenie skuteczności terapii dzięki krótszemu czasowi trwania choroby, wyższemu poziomowi odpowiedzi immunologicznej oraz przypisywaniu mniejszej rangi chorobie w następstwie wizyty u lekarza o wyższym stopniu empatii (Rakel i in., 2009). Co więcej, dzięki empatii lekarza pacjenci nie tylko częściej i dokładniej przestrzegają zaleceń terapeutycznych, ale pojawia się u nich efekt placebo (Brody, 2000). Empatia kojarzona jest z lepszą komunikacją i zaufaniem. Empatyczny kontakt przynosi korzyści również lekarzowi, który odczuwa większą satysfakcję z pracy i rzadziej zdradza symptomy wypalenia zawodowego (Osmólska-Bogucka, 2014).

Ponieważ brakuje uniwersalnych schematów relacji lekarz–pacjent, dlatego to lekarz decyduje o jej kształcie. Wybiera, „(...) czy być prowadzonym, współtowarzyszyć, czy też prowadzić chorego w procesie leczenia i diagnostyki” (Osmólska-Bogucka, 2014, s. 131) zgodnie z oczekiwaniami pacjenta. By rozpoznać je, niezbędna jest empatia kliniczna wzbogacona zdolnościami interpersonalnymi i komunikacji społecznej, które wciąż można doskonalić i rozwijać.

1.4. Związki między opartą na wiedzy relacją lekarz–pacjent a kosztami ochrony zdrowia

W literaturze można spotkać się z poglądem, że kontekst ekonomiczny opieki zdrowotnej sprowadza relację lekarz–pacjent do przedsięwzięcia *stricte* komercyjnego, w którym usługa zdrowotna to zwykły rynkowy towar (Gałuszka, 2012). Trzeba mieć jednak świadomość, że wprawdzie do opisu relacji wykorzystywane są kategorie ekonomiczne, jak konsument, koszt, zysk, podaż, popyt czy maksymalizacja użyteczności (Suchecka, 2010; Kotler i in., 2011), jednakże nie po to, by powodować jej postrzeganie jedynie

w kategoriach transakcji rynkowej, ale by właściwie zarządzać ochroną zdrowia, która jak każda działalność nierozzerwalnie wiąże się z gospodarowaniem środkami finansowymi.

Finansowanie systemu zdrowotnego determinuje polityka zdrowotna państwa realizowana przez obowiązujące ustawodawstwo. W polskich warunkach ochrona zdrowia opłacana jest głównie z powszechnego systemu ubezpieczeń zdrowotnych, państwo przyjęło bowiem na siebie rolę płatnika finansującego wydatki z podatków obywateli, a od NFZ zależą kontrakty z zakładami opieki zdrowotnej, alokowanie i racjonowanie ograniczonych środków medycznych. Pacjenci są tu zdani na biurokratyczne zarządzanie systemem i niedobory finansów, od czego zależy, czy i w jakim zakresie świadczenie zostanie udzielone (Gałuszka, 2012). Obowiązujące zasady oraz zmieniające się uwarunkowania wywierają wpływ na relację lekarz–pacjent i pełnione przez obie strony role, znajdując również odbicie w dyskusji o kosztach opieki zdrowotnej.

Ponieważ pacjenci mogą dziś z łatwością zdobyć informacje, a w konsekwencji wiedzę na temat własnego stanu zdrowia jeszcze przed spotkaniem z lekarzem (Zhang i in., 2017; Alwi i Murad, 2018), stają się dla medyków partnerem w relacji (Rudawska, 2011b). Co istotne, w określonych okolicznościach informacje zdrowotne zdobyte m.in. z Internetu mogą zarówno przynieść korzyści, jak i generować koszty. Warto zatem spojrzeć na proces pozyskiwania i wykorzystywania informacji o zdrowiu z perspektywy ekonomicznej.

Gdy potencjalni pacjenci będą w stanie sprawdzić i ocenić swoje objawy, korzystając z rzetelnych i weryfikowalnych informacji zdrowotnych, można ograniczyć liczbę niepotrzebnych i nieodpowiednich konsultacji z lekarzami, a zatem zbędne koszty generowane przez tego typu sytuacje (Alwi i Murad, 2018). Z jednej strony, właściwe informacje pozwolą uspokoić pacjenta i zapobiec zbędnym wizytom, dając w tym samym czasie szansę na skorzystanie z opieki bardziej potrzebującym pacjentom, jednocześnie zmniejszając wydatki ze środków publicznych i pozwalając lepiej wykorzystać czas pracy lekarzy. Z drugiej strony, dzięki odpowiednim informacjom pacjent na czas trafi pod opiekę właściwego specjalisty, co skraca czas choroby i minimalizuje liczbę wizyt niezbędnych do finalizacji procesu leczenia. Poza tym leczenie wcześniej poinformowanych pacjentów jest bardziej efektywne pod względem czasu potrzebnego do tego, by podać im podstawowe informacje (Wald i in., 2007). Pojawia się tu jednak pewne niebezpieczeństwo. Obfitość informacji zdrowotnych dostępnych w Internecie może skutkować przesadnymi i nierealistycznymi oczekiwaniami ze strony pacjentów (Kiley, 2003), którym naciskani przez pacjentów lekarze mogą się poddawać, przyczyniając się do nieuzasadnionego wzrostu kosztów leczenia. Podobnie z niebezpieczeństwem wynikającym z rozwijania przez pacjentów „przekonań autodestrukcyjnych (...) i fałszywych poglądów

medycznych, które podważają relacje z lekarzami” (Mittman i Cain, 2001, s. 57). Pacjenci, faworyzując wyszukane treści lub rozwijając przesadne obawy przed nieszkodliwymi objawami i lekami (Goldberg, 2010), w konsekwencji przysparzają pracy lekarzom. Technologia informacyjna może zatem nie tylko wzbogacać poziom wiedzy społeczeństwa, ale „może również okazać się niebezpiecznie dezinformująca” (Mohammed, 2012, s. 34). W tym przypadku więcej informacji może oznaczać mniejszą wiedzę (Mohammed, 2012).

Warunkiem pełni korzyści płynących z kontaktów pacjentów z lekarzami jest stosunkowo ściśle przestrzeganie zaleceń i schematów leczenia (Osterberg i Blaschke, 2005). W związku z tym każde działanie poprawiające zgodność pacjenta z lekarzem należy traktować jako sposób na unikanie poważnych problemów, a w konsekwencji optymalizację wydatków i kosztów. Potencjalne koszty mogą dotyczyć zarówno pacjentów, społeczeństw, jak i pracodawców. W przypadku pacjentów wiąże się z obniżaniem jakości i długości życia, niższymi dochodami z powodu niezdolności do pracy i wyższymi kosztami leczenia. Społeczeństwo ponosi wyższe koszty ubezpieczenia i opieki medycznej, gdyż tacy pacjenci często wymagają droższej i inwazyjnej opieki zdrowotnej. Przedsiębiorcy doświadczają niższej wydajności pracowników (Hausman, 2001). Skutecznym narzędziem może tu być zmniejszanie asymetrii informacji (Laugesen i in., 2015) oraz współpraca i partycypacyjne podejmowanie decyzji (Osterberg i Blaschke, 2005). Do tego potrzebne jest jednak posiadanie przez pacjentów odpowiedniej wiedzy, stanowiącej bazę dyskusji z lekarzem. Wówczas charakter relacji zmienia się na bardziej partnerski, oparty na zaufaniu i lepszej jakości opieki (Wald i in., 2007). Z ekonomicznego punktu widzenia zwiększona satysfakcja pacjentów może również zmniejszyć koszty spowodowane zmianą lekarzy z powodu niezadowolenia (Kim i in., 2004; Roter i Hall, 2006).

Pacjenci wyposażeni w wiedzę czują, że mają większe uprawnienia (Laugesen i in., 2015) oraz są bardziej zaangażowani w zdrowie i podejmowanie decyzji dotyczących zdrowia (Jacobs i in., 2017; Scantlebury i in., 2017). Wyższy poziom *patient empowerment* to nie tylko lepsze wyniki zdrowotne i samopoczucie (Chen i Li, 2009; Londono i Schultz, 2015), ale także korzyści dla systemu ochrony zdrowia – niższe koszty i lepsza efektywność (Adinolfi i in., 2016; Goozner, 2016).

Dyskusja, będąca konsekwencją takiej aktywizacji pacjenta, wymaga jednak od lekarza doskonalenia umiejętności komunikacyjnych, głównie w zakresie omawiania informacji zdrowotnych czerpanych przez pacjentów z Internetu (Murray i in., 2003b). Zmieniający się proces komunikacji, powodując u pacjentów inne odczucia dotyczące istniejącej relacji, może prowadzić do wyższego poziomu satysfakcji (Zolnieriek i DiMatteo, 2009), a co za tym idzie lepszego leczenia. Jakość komunikacji w relacji lekarz–pacjent

przekłada się na liczbę ordynowanych badań diagnostycznych, częstotliwość wizyt czy długość hospitalizacji, a więc oddziałuje na obszar czysto ekonomiczny (Charles i in., 2000, s. 1220).

Jeśli pacjent poszukujący informacji znajdzie treści nierównoważne z diagnozą lub leczeniem, wpłynie to najprawdopodobniej na zmniejszenie jego zadowolenia z wizyty i spadek zaufania do lekarzy – oprócz konfliktu (Tan i Goonawardene, 2017) powstanie problem poszukiwania drugiej opinii, zmiany lekarza, planu leczenia lub samodzielnego leczenia przy wykorzystaniu zaleceń znalezionych w Internecie (Alwi i Murad, 2018). Konsekwencją są oczywiście wyższe koszty dla systemu powodowane kolejnymi zbędnymi wizytami oraz skutkami ryzykownych zachowań pacjentów.

Dodatkowym efektem powiązaniem z odpowiedzialnym stosowaniem właściwych informacji o zdrowiu z Internetu może być również obniżenie kosztów transportu i komunikacji ponoszonych w związku z korzystaniem z opieki zdrowotnej (Alwi i Murad, 2018). Wynika to z mniejszej ilości interakcji pacjentów z lekarzami w następstwie szybciej postępującego leczenia.

Na tle przeprowadzonych rozważań można wysnuć wniosek, że działania pozwalające na wykorzystanie informacji zdrowotnej nie tylko służą nabywaniu wiedzy przez pacjentów i poprawie relacji z lekarzami, ale są również użytecznym narzędziem w kontekście usprawniania systemu opieki zdrowotnej (Or i Karsh, 2009). Powinny więc być promowane jako klucz do poprawy wydajności i jakości opieki, wspierania świadczenia opieki zdrowotnej i osiągnięcia oszczędności kosztów (Buntin i in., 2011; Jones i in., 2014; Leila, 2014).

1.5. Modele relacji lekarz–pacjent

Relacja lekarz–pacjent ulega ciągłym transformacjom pod wpływem zmieniających się przez wieki uwarunkowań medycznych, społecznych i gospodarczych (Krot, 2013; Osmólska-Bogucka, 2014). Początkowo pacjenci byli uważani za mało wykształconych i zbyt nieświadomych, aby podejmować decyzje we własnym imieniu, a lekarze mając tego typu przewagę, czuli się komfortowo, decydując w imieniu swoich pacjentów. Później lekarze zostali oddzieleni od swoich pacjentów pod względem politycznym, ekonomicznym i społecznym, a dystans między nimi się zwiększył (Kaba i Sooriakumaran, 2007). Pozostało niewiele kontaktów społecznych, relacja stała się w zasadzie

bezosobowa i odległa, oparta na negocjacjach i transakcjach finansowych. Współcześnie pojawia się jednak inna, nowa odsłona sojuszu między lekarzem a pacjentem, oparta na współpracy, a nie konfrontacji. Opieka skoncentrowana na pacjencie (Holmström i Röing, 2010) zastępuje jednostronną, zdominowaną przez lekarza relację, a wzajemny szacunek i wspólne podejmowanie decyzji zastępują bierność.

Liczne próby ujęcia relacji lekarz–pacjent w formie modelu podejmowane na gruncie różnych dyscyplin naukowych były i są wynikiem intelektualnego wysiłku teoretyków, zgromadzonych wyników badań, panującej mody lub istniejących paradygmatów medycyny i innych nauk z obszaru zdrowia i choroby (Tobiasz-Adamczyk, 2002). Mimo odmienności wszystkie modele zwracają jednak uwagę na to, że opieka zdrowotna skupia się na przekazaniu choremu specjalistycznej wiedzy, zrozumieniu problemu zdrowotnego, umiejętnościach terapeutycznych i podjęciu decyzji o sposobach leczenia. Różnica polega na tym, że informacje mogą być komunikowane na różne sposoby, z większym lub mniejszym udziałem i zainteresowaniem pacjentów (Gałuszka, 2012). Na podstawie analiz relacji lekarz–pacjent wyróżnia się zatem realne typy relacji, na podstawie zaś obowiązujących norm moralnych, etyki lekarskiej i wskazówek pacjentów konstruuje ich teoretyczne modele.

1.5.1. Charakterystyka wybranych teoretycznych modeli relacji lekarz–pacjent

Większość opisanych w literaturze przedmiotu teoretycznych modeli relacji lekarz–pacjent to modele jednowymiarowe, w praktyce rzadko występujące w czystej postaci. Zazwyczaj bowiem mieszają się one ze sobą, nabierając wielowymiarowego charakteru z jednym dominującym aspektem (Ostrowska, 2006). Każdy z nich wiąże się z innym podejściem lekarza do pacjenta (Cullen, 2005), lecz pośród teoretycznych modeli badacze najczęściej wymieniają dwa: paternalistyczny i partnerski (Kaba i Sooriakumaran, 2007; Ostrowska, 2009; Szewczyk, 2009; Matysiewicz i Smyczek, 2012; Krot, 2013; Osmólska-Bogucka, 2014; Hulewska, 2015; Śliwińska i in., 2015; Czerska, 2016). Dzieje się tak, gdyż w efekcie analiz opisanych cech i charakteru relacji lekarz–pacjent zauważalne są pewne prawidłowości. Można przyjąć, że mamy tu do czynienia ze swoistym kontinuum dwóch skrajnych orientacji – paternalistycznej i partnerskiej – oraz większą lub mniejszą przewagą jednego z tych elementów (Ostrowska, 2006). Kolejne wciąż konstruowane modele uwzględniają coraz szerszy zestaw zmiennych, aby lepiej opisać złożoność

relacji (Ostrowska, 2009). Można je klasyfikować, biorąc pod uwagę poziom siły i kontroli charakterystyczny dla każdej ze stron (tabela 1.4).

Tabela 1.4. Typy relacji lekarz–pacjent

Poziom kontroli ze strony pacjenta	Poziom kontroli ze strony lekarza	
	niski	wysoki
Niski	zaniedbanie	paternalizm
Wysoki	konsumpcjonizm	wzajemność

Źródło: opracowanie własne na podstawie: M. Morgan, *The doctor-patient relationship* [w:] G. Scrambler (red.), *Sociology as applied to medicine*. London: Saunders Elsevier, 2008, s. 61.

Najwcześniejsze modele charakteryzuje autorytaryzm, zwany paternalizmem, definiowany jako „ogół stosunków opartych na zasadach zbliżonych do reguł rządzących życiem rodziny podporządkowanej władzy ojca” (SJP, 2012, s. 342). Oznacza relację, w której jedna strona troszczy się o dobro drugiej bez liczenia się z jej zdaniem. W obszarze zdrowia paternalizm zyskał negatywny wydźwięk w kontekście lekarza dokonującego wyboru terapii w sposób ograniczający lub pomijający zdanie czy decyzję pacjenta (Wroński i in., 2009). Działanie takie jest jednak podejmowane dla dobra pacjenta lub w przypadku konieczności jego ochrony.

W jednym z pierwszych modeli tego typu przedstawionym przez Parsonsa (1951) podział ról jest pochodną umiejętności. W konsekwencji asymetryczności relacji pacjent ma obowiązek podporządkować się decyzjom terapeutycznym zajmującego dominującą pozycję lekarza. To on jest profesjonalistą, ustala i prowadzi terapię, nie uwzględniając zdania pacjenta. Choroba widziana tu przez pryzmat biologii oznacza nacisk na czynności instrumentalne bez przywiązywania wagi do zaspokajania potrzeb emocjonalnych, a pacjent jest „nikim więcej jak przypadkiem chorobowym” (Hołub, 2010, s. 39). Zaletą tego modelu jest podkreślenie wiedzy i doświadczenia lekarza, wadą zaś pominięcie autonomii pacjenta oraz nieuwzględnianie w terapii aspektów pozamedycznych. Aby model funkcjonował, pacjent musi uznać wyższość eksperta, bo wtedy możliwe jest wypracowanie satysfakcjonującej relacji terapeutycznej (Barański, 2002).

Do modeli paternalistycznych zalicza się dwie z trzech koncepcji opracowanych przez Szasza i Hollendera (Kaba i Sooriakumaran, 2007). W następstwie dostrzeżenia luk w modelu Parsonsa autorzy zaproponowali uzupełnienie koncepcji relacji (Szasz i Hollender, 1956). Rozwinęli założenie profesjonalnej dominacji lekarza, a pacjent został potraktowany w sposób bardziej zindywidualizowany (Śliwińska i in., 2015). Wprowadzono

zróźnicowanie stosunku lekarza do pacjenta w zależności od jego gotowości do aktywnego udziału w leczeniu. Nadal jednak warunkiem skutecznej terapii jest dominująca rola lekarza ze względu na posiadane kwalifikacje, a także podporządkowanie się przez pacjenta wydanym zaleceniom. Model aktywność–pasywność charakteryzuje całkowita uległość chorego w trakcie terapii i dotyczy osób nieprzytomnych, kierowanie–współpraca odnosi się zaś do relacji, w której pacjent poddaje się terapii, jaką wybrał lekarz, posłusznie wykonując zalecenia w ostrych stanach chorobowych.

Ciekawą podgrupę modeli paternalistycznych stanowią te oparte na teorii konfliktu, który w stosunkach międzyludzkich jest właściwie nieunikniony. Zakładają one, że wzajemna relacja lekarz–pacjent może być zakłócana przez różnice interesów, niedostępność wiedzy, faworyzowanie pacjentów czy nadmierne kontrolowanie przez lekarza dostępu do świadczeń medycznych (Andrys-Wawrzyniak i Jabłecka, 2009). Według twórcy koncepcji Freidsona (1960, 1970) współpraca i komplementarność ról nie są możliwe ze względu na różnice interesów, bo każda ze stron pragnie coś uzyskać. Zachowania lekarza i pacjenta zależą od ich pozycji w strukturze społecznej, a ta jest wyższa w przypadku lekarza z racji posiadania uprawnień i dostępu do świadczeń medycznych. Navarro (1976) i Waitzkin (1983), jak na neomarksistów przystało, rozbudowali model o problematykę wyzysku, widząc konflikt także w obszarze potencjalnych korzyści materialnych. Z założenia skuteczna komunikacja między lekarzem a pacjentem biednym, niewykształconym lub niedostosowanym społecznie nie jest możliwa.

Z zupełnie inną rzeczywistością mamy do czynienia w partnerskim modelu relacji, który rozwinął się pod wpływem psychologii humanistycznej i holistycznego paradygmatu zdrowia (Rudawska, 2011c). Budują go trzy komponenty: autentyczność, szacunek i empatyczne zrozumienie (Rogers, 2012). Pacjent jest tu postrzegany wieloaspektowo jako konstrukt złożony z ciała i duszy i pozostający w interakcji ze środowiskiem (Heszen i Sęk, 2008). Obie strony relacji są dla siebie jednakowo ważne, a każda z nich dysponuje informacjami niedostępnymi dla drugiej strony. Tutaj bierze się pod uwagę potrzeby pacjenta, a lekarz jest partnerem, doradcą, współdecydentem (Hulewska, 2015). Informuje pacjenta o potencjalnych możliwościach leczenia i ich efektach (również niepożądanych), a ostateczną decyzję podejmuje pacjent. W konsekwencji współpraca z pacjentem i jego rodziną odbywa się kompleksowo – w zakresie edukacji zdrowotnej, profilaktyki, diagnozowania, rozwiązywania problemów medycznych (Krot, 2013) „dla osiągnięcia wspólnego celu, jakim jest wyzdrowienie pacjenta” (DiMatteo, za: Gordon i Edwards, 2009, s. 37).

Przykładem modelu partnerskiego jest ostatni z trzech opracowanych przez Sza-sza i Hollendera (1956) model współuczestnictwa, w którym rolę lekarza jest pomagać

pacjentowi, aby pomógł sam sobie. Zgodnie z logiką, którą kierowali się autorzy przy tworzeniu modeli, również tutaj pojawia się wskazanie, kiedy zaleca się tego typu rozwiązanie – są to choroby przewlekłe. Pacjent staje się partnerem, gdyż poza wykonywaniem poleceń i wskazań lekarza konsultuje postępowania lecznicze (Osmólska-Bogucka, 2014).

Modelem partnerskim jest również model oparty na ideologii konsumeryzmu (Czerska, 2016), w którym relacja lekarz–pacjent jest rozpatrywana z punktu widzenia pacjenta jako konsumenta usługi medycznej. W relacji tej pacjent aktywnie zdobywa wiedzę, świadomie wybiera lekarza i alternatywne formy pomocy, ocenia rezultaty terapii (Andrys-Wawrzyniak i Jabłecka, 2009). Następuje tu zerwanie z ignorancją, apatią i uzależnieniem pacjenta, a paternalistyczna zasada, że „lekarz wie lepiej”, nie obowiązuje. Zdrowie pacjenta zależy bardziej od jego aktywnej postawy niż od biernego stosowania się do zaleceń. Tego typu zachowań pacjent-konsument musi się uczyć, aby efektywnie negocjować usługi.

Model oparty na promocji zdrowia to również partnerstwo. Profesjonalna opieka medyczna pełni tu rolę wspierającą, a lekarz obok funkcji terapeutycznych zajmuje się promocją zdrowia pacjenta i jego rodziny. Jest doradcą, ma autorytet, ale nie ma władzy nad pacjentem wskutek procesu deprofesjonalizacji (Czerska, 2016).

Przykładem modelu pośredniego między paternalizmem a partnerstwem jest ujęcie relacji lekarz–pacjent jako stosunku właściwego nauce. Lekarz jest tu uczonym korzystającym z osiągnięć biologii do opieki nad pacjentem. Pacjenta zaś traktuje się z jednej strony jako podmiot naukowych działań medycznych, z drugiej – jako obiekt dostarczający medycynie wiedzy. Normatywnym wymiarem tej „scjentyistycznej” relacji (Szewczyk, 2009) rządzą normy właściwe etyce postępowania naukowego, m.in. obiektywność i uczciwość w uzyskiwaniu informacji czy techniczna kompetencja.

Próba rezygnacji z dominującej roli lekarza na korzyść autonomii pacjenta w procesie decyzyjnym są również inne modele: informacyjny, interpretacyjny i deliberacyjny (Emanuel i in., 1992), legalistyczny, konsumpcyjny, negocjacyjny, konsumpcyjno-kontraktalistyczny, religijny, kontraktowy czy model relacji lekarz–pacjent–rodzina (Osmólska-Bogucka, 2014), a także wiele innych.

1.5.2. Nowe zjawiska i problemy w relacji lekarz–pacjent

Współczesna relacja lekarz–pacjent ulega ewolucji pod wpływem wielu zmian zachodzących zarówno w otoczeniu (uwarunkowania polityczne, gospodarcze, społeczne), jak

i w samych jej uczestnikach. Szczególnie istotnie oddziałującymi zjawiskami są: rosnąca w relacji siła pacjenta, wynikająca z odchodzenia od paternalizmu i ze zjawiska *empowerment*, napędzanego posiadaniem informacji o zdrowiu, standaryzacja powiązana z dehumanizacją w ochronie zdrowia oraz rozwój nowych technologii komunikowania, a zwłaszcza Internetu.

Mimo krytyki i odchodzenia od paternalizmu wcale nie jest oczywisty fakt, że jest to zawsze właściwy kierunek zmian. Problem polega na rozumieniu pojęcia – zazwyczaj w kontekście problemu autonomii pacjenta (Łuków, 2005). Paternalizm rozumiany jako „zamierzona ingerencja jednej osoby w znane preferencje czy działania drugiej, uzasadniona w mniemaniu tej pierwszej chęcią zapobieżenia krzywdzie lub wyświadczenia dobra” (Beauchamp i Childress, 1996, s. 287) oznacza, że lekarz wchodzący w relację paternalistyczną czyni to na podstawie wiedzy i ze szlachetnych pobudek ochrony dobra pacjenta. Szczególnie chodzi tu o zasadność tzw. słabego paternalizmu (Gałuszka, 2012). Na ile mocny paternalizm, ignorujący zasadę autonomii pacjenta, jest słusznie krytykowany, to postulujący przestrzeganie zasady poszanowania autonomii oraz zasady dobroczynności miękki paternalizm służy obronie interesów chorego w sytuacji, gdy ten nie może, z różnych względów, świadomie i dobrowolnie podejmować decyzji. Co więcej, „niekiedy lekarz musi w stosunku do swojego pacjenta postępować w sposób paternalistyczny, co oznacza, że działając w jego interesie, musi działać wbrew jego aktualnym pragnieniom lub nie zważając na nie, być może z pewną dozą oszustwa” (Gillon, 1997, s. 78).

Na problematykę paternalizmu nakłada się zjawisko *empowerment*, powiązane z wykorzystaniem Internetu do wyszukiwania informacji o problemach zdrowotnych. Korzystanie z Internetu przyczynia się bowiem do różnych form osobistego wzmocnienia, czego efektem jest bardziej konsumpcyjne i partycypacyjne podejście do opieki zdrowotnej. Pacjenci uzyskują większe uprawnienia w zarządzaniu osobistymi problemami zdrowotnymi, są gotowi do mniejszego lub większego wyzwolenia się spod władzy medycznej i przyjęcia podejścia bardziej skoncentrowanego na sobie i autonomii decyzyjnej (Paré i in., 2009).

W wyniku przemian zachodzących w podejściu do zarządzania podmiotami działającymi w obszarze zdrowia upowszechnia się zjawisko makdonaldyzacji sektora zdrowia (Ritzer, 2009). Proces ten polega na ekspansji i dominacji zasad działania baru szybkiej obsługi na nowe sektory społeczeństwa i gospodarki światowej, w tym ochronę zdrowia. W konsekwencji pacjent zostaje konsumentem zestandaryzowanych usług zdrowotnych dostarczanych przez podmioty, które chcą „oferować tanią, skuteczną i łatwą

dostępna opiekę zdrowotną (...), gdzie będzie się leczyć według tych samych zasad” (Ritzer, 2012, s. 45).

Cztery podstawowe składniki racjonalnego systemu tego typu: „sprawność” – efektywność, „wymierność” – kalkulacyjność, „przewidywalność” – pewność i „sterowanie” – automatyzacja (Ritzer, 2009) są źródłem sprzeczności w opiece zdrowotnej (Gałuszka, 2013). Paradoxs efektywności oznacza sprzeczność celów systemu zdrowotnego z indywidualnymi potrzebami zdrowotnymi pacjenta. Przekonanie, że można leczyć efektywnie pod względem medycznym i ekonomicznym, prowadzi do koncentracji na wyniku ekonomicznym w ergonomicznym czasie pracy lekarzy (Gałuszka, 2013). Ginie wówczas idea spersonalizowanego, bezpośredniego kontaktu, a pojawia się instrumentalizacja (Kotler i in., 2011). Paradoxs kalkulacyjności polega na sprzeczności między organizacją usług zdrowotnych, wyceną procedur medycznych, zawartymi kontraktami a rzeczywistymi kosztami ponoszonymi przez placówki medyczne oraz potrzebami zdrowotnymi pacjentów (Kowalska, 2005; Gałuszka, 2013). Powoduje to limitację świadczeń, skłonność placówek medycznych do kontraktowania i wykonywania najbardziej opłacalnych procedur, problemy w dostępie do niektórych usług i kłopoty finansowe świadczeniodawców (Czerwiński, 2013). Paradoxs przewidywalności wyraża sprzeczność między dążeniem do ujednolicania procedur medycznych, aby przynosiły zawsze taki sam efekt, a niepewnością wyników leczenia (Rudawska, 2007). W efekcie kupuje się proces świadczenia usługi, a nie końcowy efekt. Paradoxs automatyzacji eksponuje sprzeczność między wewnętrznym celem medycyny i pierwotnym kontaktem twarzą w twarz a robotyzacją i technicyzacją opieki zdrowotnej (Gałuszka, 2013). Pojawia się wirtualna rzeczywistość i automatyzacja pracy lekarzy (Rostkowski i Strzeмиński, 2019), a znika bezpośredni i indywidualizowany kontakt. „McLekarz” i „McPacjent” to zupełnie inna rzeczywistość. Lekarz nabywa dodatkowe kompetencje i kwalifikacje kształtujące relację z pacjentem: kontrolera dostępu do specjalistycznych procedur medycznych, dyspozytora weryfikującego uprawnienia do leczenia, analityka komputerowego korzystającego z programów i danych w celu diagnozy i leczenia, lekarza reprezentującego interesy innych podmiotów rynku zdrowotnego, stając się pracownikiem/przedsiębiorcą w wyższym stopniu zainteresowanym oceną pracodawcy i wynikami ekonomicznymi niż pacjentem (Gałuszka, 2013). Pacjent natomiast osiąga status klienta definiującego własne potrzeby i biorącego odpowiedzialność za podjęte decyzje zmierzające do satysfakcji z usług medycznych (Salmon, 2002) świadczonych na wysokim poziomie, szybko i w sposób ujednolicony według standardów i instrukcji podręcznikowych (Gałuszka, 2013).

Nadmiar procedur, biurokracja i masowe podejście oddalają od siebie pacjenta i lekarza (Dudek, 2020), oznaczając dehumanizację w ochronie zdrowia (Ritzer, 2009).

„Dzisiejsza medycyna klasyczna tzw. naukowa w pogoni za doskonałością zagubiła pacjenta. Dzieląc człowieka na narządy, zgubiła go jako jednostkę myślącą. Rzadko dzisiaj lekarz jest powiernikiem i przyjacielem swojego pacjenta, a coraz częściej inżynierem, technikiem, szukającym defektu w ludzkiej maszynie i sposobów jej naprawienia” (Kielanowski, 1983, s. 28). Wzajemne relacje między lekarzem a pacjentem powinny przecież dotyczyć nie tylko somatycznego stanu chorego, ale także jego godności. Warunkiem dobrej relacji jest zatem traktowanie osoby chorej jako jednostki funkcjonującej na wielu poziomach: fizycznym, umysłowym, emocjonalnym i duchowym (Dobska, 2015). Humanistyczne podejście oznacza po prostu ludzkie podejście. „Indywidualny człowiek jest zawsze drogą i celem medycyny łączącej w sobie naukę i sztukę leczenia” (Kucharz, 2009, s. 82).

Kolejnym czynnikiem wywołującym istotne zmiany w relacji lekarz–pacjent są rozwijające się wciąż technologie komunikacyjne i informacyjne, a zwłaszcza Internet. W każdym obszarze zdrowia, czy to indywidualnego, czy publicznego, pojawił się otwarty dostęp do wiedzy i informacji medycznej, a pojęcia e-zdrowie, e-lekarz i e-pacjent na stałe zagościły w codziennej rzeczywistości. Internet w relacji lekarz–pacjent wspomaga łączność, poprawia indywidualną relację poprzez dodatkowy, wygodny kanał komunikowania i pozwala na wymianę opinii wśród pacjentów na interesujące ich tematy. Wzbogaca ją również o nowe źródła z możliwością wymiany informacji o zdrowiu (Gałuszka, 2003). Dzięki demokratyzacji dostępu do wiedzy medycznej Internet przywraca równowagę w relacji (Dudek, 2020). Staje się nową formą społecznej kontroli lekarza i podmiotów rynku ochrony zdrowia przy wykorzystaniu rankingów placówek, raportów konsumentów czy profili pracowników opieki zdrowotnej (Gałuszka, 2012). Daje dostęp do dokumentacji medycznej zgromadzonej przez instytucje medyczne, umożliwiając konsultowanie wyników badań bądź diagnozy z innymi lekarzami.

Oprócz postrzeganych jako zalety intensyfikacji i ułatwiania komunikacji między lekarzem i pacjentem Internet może również szkodzić – wprowadzać w błąd, sugerować nieodpowiednie metody leczenia, naruszać prywatność i prowadzić do nieporozumień. Nie można zatem dopuścić, aby dostęp do informacji medycznych online był równoznaczny z uzyskaniem kompetencji do samoleczenia, a przede wszystkim powodował eliminację profesjonalnych umiejętności lekarzy (Gałuszka, 2012).

Problemem w relacji jest również trudność lub brak porozumienia i dialogu. Zmiany cywilizacyjne sprawiają, że lekarz coraz częściej staje się „obcym przy łóżku” chorego (Veatch, 2010). Pacjent i lekarz zakotwiczą swoje stanowiska w innych systemach aksjologicznych, a upowszechniająca się „promocja nieograniczonej wolności i autonomii jednostki” (Mariański, 2001, s. 27) ma daleko idący wpływ na kształtowanie się kondycji

moralnej medycyny. Następuje rozpad wartości i dopasowanie norm do pluralistycznych wizji społeczeństwa, co znajduje odbicie w obszarze relacji lekarz–pacjent (Gałuszka, 2012).

1.5.3. Komunikacja w relacji lekarz–pacjent

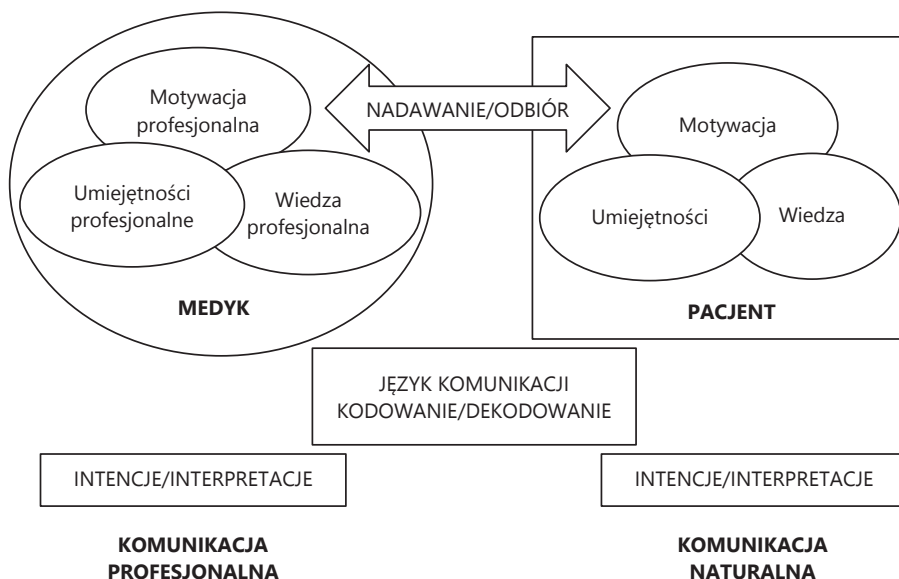
Usługi zdrowotne opierają się na wymianie informacji. W związku z występowaniem zjawiska asymetrii, która objawia się nierównowagą w dostępie do informacji oraz wiedzy o procesie leczenia na niekorzyść pacjentów, tak ważna na rynku usług zdrowotnych jest umiejętność porozumiewania się. W odniesieniu do relacji lekarz–pacjent jest ona rozumiana jako system relacji komunikacyjnych zachodzących pomiędzy lekarzem i pacjentem dotyczących kwestii medycznych lub z medycyną związanych (Nowina-Konopka, 2016), które „(...) oprócz umiejętności i kompetencji w zakresie komunikacji interpersonalnej budowane są także przez inne różnorodne zależności w tym uwarunkowania psychospołeczne, systemy wartości, środowiska kulturowe i predyspozycje osobowościowe uczestników komunikacji oraz niezależne od nich czynniki formalne” (Deręgowska, 2014, s. 170).

W tym przypadku akt komunikacji opiera się na założeniu, że obie strony relacji nie są tak samo przygotowane (wiedza i umiejętności komunikacyjne) ani tak samo zmotywowane, a na personel medyczny spada odpowiedzialność za motywację, wiedzę i umiejętności w procesie komunikacji (Włoszczak-Szubda i Jarosz, 2012) (rysunek 1.6).

Zarówno umiejętności lekarza w każdym z zakresów komunikacyjnych, jak i imperatyw stałego kształcenia w tym obszarze wynikają z definicji profesjonalizmu w zawodzie medycznym (Włoszczak-Szubda, 2009). Komunikacja odgrywa bowiem istotną rolę w procesie leczenia, mogąc znacznie przyczynić się do jego sukcesu (Heszen i Sęk, 2008; Gordon i Edwards, 2009), a kompetencje komunikacyjne są jednymi z najczęściej pożądanych u lekarzy, zaraz po fachowej wiedzy (Waszyński i in., 2000).

Skuteczna komunikacja zapewnia wiele korzyści pacjentom i lekarzom. Determinuje zadowolenie pacjentów z konsultacji, przestrzeganie zaleceń lekarskich, zapamiętywanie i zrozumienie informacji oraz samopoczucie (de Haes i Bensing, 2009; Mikesell, 2013). Warunkuje również satysfakcję lekarzy, bo poprawia wyniki pacjentów, a w konsekwencji samopoczucie lekarza. Rozwój i praktyczne zastosowanie umiejętności komunikacyjnych to trwający całe życie proces (Warnecke, 2014), postulowany m.in. przez międzynarodowe towarzystwo The European Association for Communication in Healthcare

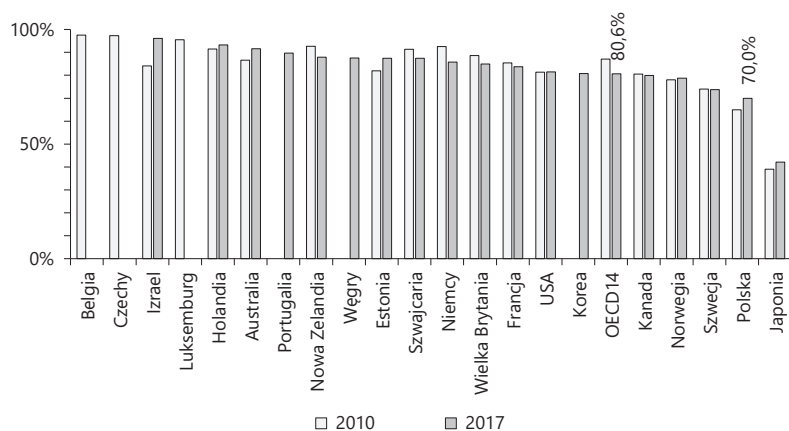
(EACH), uznające za zasadę szkoleń obustronne korzyści w relacji lekarz–pacjent (EACH, 2014).



Rysunek 1.6. Model podstawowej jednostki komunikacyjnej w relacji lekarz–pacjent

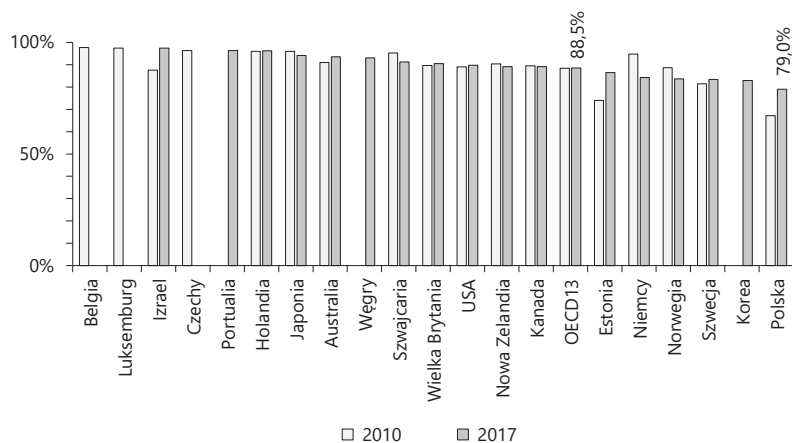
Źródło: A. Włoszczak-Szubzda, M.J. Jarosz, *Rola i znaczenie komunikacji w relacji lekarz–pacjent–rodzina*. „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2012, 18 (3), s. 206–211.

Im intensywniej lekarze uczą się komunikacji z pacjentem, tym bardziej widoczne są jej efekty (Krasner i in., 2009). Z perspektywy pacjenta skuteczna komunikacja jest determinowana umiejętnościami lekarza w zakresie słuchania, uczciwością w kontaktach z leczonym, empatią i autentycznym zainteresowaniem sytuacją pacjenta (Gabay, 2015). Bez wysokiej jakości komunikacji, która wyraża się m.in. śmiałością pacjenta do artykulacji własnych potrzeb oraz udziałem w definiowaniu i rozwiązywaniu problemów zdrowotnych (Krot i Rudawska, 2017), lekarze nie są w stanie budować bliskich relacji z pacjentami, tak istotnych w procesie leczenia. Tylko dialog pozwala na słuchanie i poznawanie pacjenta, a tym samym rozpoznawanie jego zapotrzebowania na informacje. Do tego potrzebna jest otwarta komunikacja, dzięki której pacjent nie tylko uzyskuje rzetelną informację na temat swojego stanu zdrowia, ale również zachętę do leczenia oraz potrzebne wsparcie (Baca-Marzecka, 2013).



Rysunek 1.7. Lekarz spędzający wystarczająco dużo czasu z pacjentem podczas konsultacji w krajach OECD w latach 2010 i 2017

Źródło: *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing, 2019, s. 147; *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing, 2013, s. 135.



Rysunek 1.8. Lekarz dostarczający zrozumiałych wyjaśnień w krajach OECD w latach 2010 i 2017

Źródło: *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing, 2019, s. 147; *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing, 2013, s. 135.

Z badań wynika, że odczucia pacjentów towarzyszące wizycie nie potwierdzają zrozumienia przez lekarzy znaczenia procesu komunikacji. Lekarze nie przeznaczają wystarczająco dużo czasu na kontakt z pacjentem (rysunek 1.7), ani nie udzielają łatwych do zrozumienia wyjaśnień (rysunek 1.8). Mimo poprawy sytuacji polscy pacjenci nadal funkcjonują w dużo gorszych pod tym względem warunkach niż w innych krajach OECD (OECD, 2019).

Potwierdzona badaniami praktyka wskazuje na bardzo niską jakość komunikacji między lekarzem i pacjentem. Powodu tak słabych umiejętności komunikacyjnych medyków należy upatrywać głównie w niewystarczającej edukacji. Programy kształcenia nie są dostosowane do współczesnych warunków i wymagań ochrony zdrowia. Ze względu na niewłaściwy sposób przekazywania tej wiedzy, brak synchronizacji z nauczaniem klinicznym oraz zbyt dużo teorii zamiast praktyki polscy lekarze nie mogą skutecznie porozumiewać się z chorymi (Soboń, 2018). Do tego niezbędne są: wiarygodność, profesjonalizm i życzliwość, indywidualne podejście, przewaga słuchania, zgodność zachowań werbalnych i niewerbalnych, zrozumiałość i prostota przekazu, stymulowanie do przekazu zwrotnego, poznawanie potrzeb pacjenta i ich zaspokojenie, stosowanie pytań otwartych dających możliwość swobodnej wypowiedzi, zadawanie pytań dotyczących również problemów psychologicznych, zachęcanie do wyjaśniania problemów sygnalizowanych ogólnikowo oraz umiejętne posługiwanie się ciszą (Stangierska i Horst-Sikorska, 2007).

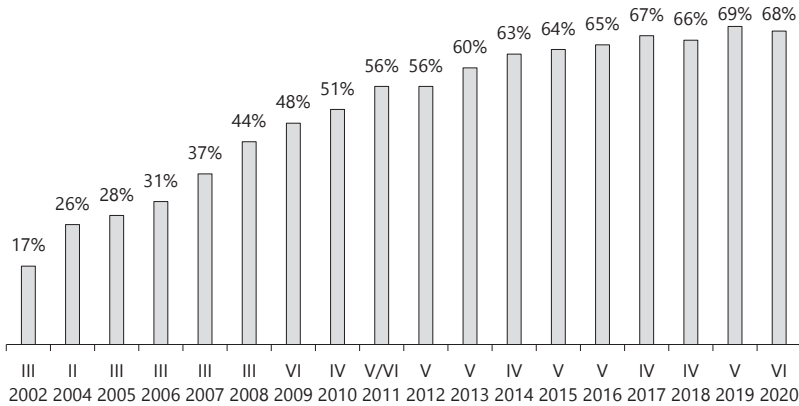
Cechą charakterystyczną współczesnych czasów jest fakt, że coraz częściej medycy i pacjenci angażują się w tzw. interaktywną komunikację zdrowotną. Jest nią „interakcja jednostki – konsumenta, pacjenta, opiekuna lub profesjonalisty – z urządzeniem elektronicznym lub technologią komunikacyjną lub za jej pośrednictwem w celu uzyskania dostępu do informacji o zdrowiu lub przekazywania ich albo uzyskania wskazówek i wsparcia w kwestii związanej ze zdrowiem” (Robinson i in., 1998, s. 1264). Być może najczęstszą i najbardziej wpływową funkcją interaktywnej komunikacji zdrowotnej jest obecnie poszukiwanie informacji o zdrowiu przez konsumentów (Cline i Haynes, 2001).

Rozdział 2

Internet jako przestrzeń kształtująca relację lekarz–pacjent

Życie ludzkie jest coraz ściślej powiązane z Internetem, który nie tylko odmienia komunikację, a w konsekwencji relacje międzyludzkie, ale przede wszystkim umożliwia dostęp do informacji oraz jej wymianę na globalną skalę. Nie potrafimy już wyobrazić sobie „świata bez Internetu” (Castells, 2003, s. 19), a rozróżnianie tego online od offline nie ma dzisiaj sensu (Tomita, 2016; Siuda i Gomoliszek, 2017). Ta „globalna sieć komunikacyjna stanowi arenę autoprezentacji, rozwijania więzi między jednostkami i formowania zbiorowości o dowolnym niemal charakterze” (Stachura, 2011, s. 105). Poddajemy się jej oddziaływaniu, kształtując jednocześnie rzeczywistość wokół siebie. Dzieje się tak zarówno w konsekwencji upowszechniania wykorzystania sieci WWW w przeróżnych obszarach aktywności, jak i dostępności tego nowoczesnego medium, które zadebiutowało w Polsce w sierpniu 1991 roku (Leszczyńska, 2019). Od tego momentu przez 30 kolejnych lat Internet podbijał serca i umysły Polaków.

Z roku na rok przybywa internautów. W 2002 roku niespełna jedna piąta Polaków (17%) korzystała z Internetu, w 2010 – już ponad połowa (51%), a w 2020 – prawie 70% (Feliksiak, 2020, s. 1) (rysunek 2.1). 90% Polaków sądzi, że dostęp do sieci ułatwia życie, szczególnie gdy zamieszkuje się tereny wiejskie oraz małe i średnie miasta (Kantar, 2019b). Ankietowani nie tylko nie wyobrażają sobie dnia bez Internetu, ale co istotne blisko 70% z nich załatwia wszelkie sprawy online, gdy jest to możliwe.



Rysunek 2.1. Korzystanie przez Polaków z Internetu przynajmniej raz w tygodniu

Źródło: M. Feliksiak, *Korzystanie z Internetu*. „Komunikat z badań CBOS” 2020, 85, s. 1.

Według badania Gemius PBI we wrześniu 2019 roku z Internetu korzystało 27,7 mln Polaków (14,1 mln kobiet oraz 13,6 mln mężczyzn), którzy łącznie wykonali 72,6 mld odsłon, a przeciętny internauta spędzał w sieci blisko 2 godziny dziennie (Gemius i PBI, 2020). Liczby te jednak nie oznaczają maksymalnego możliwego do osiągnięcia poziomu. Polacy chcą jeszcze więcej i jeszcze częściej korzystać z tego, co daje im Internet (Kantar, 2019b), dostrzegając potencjał i liczne korzyści płynące z różnorodnych zastosowań sieci, m.in. łatwy dostęp do wiedzy i możliwość dokształcania się, oszczędność czasu i wyższą jakość życia (Ministerstwo Cyfryzacji, 2019). Zalety te jeszcze bardziej zyskują na znaczeniu przy zastosowaniu technologii mobilnej, do której Polacy również się przekonali – surfują w sieci przede wszystkim przy użyciu telefonów komórkowych (86% korzystających), a mając do wyboru jedno urządzenie z dostępem do Internetu, co drugi ankietowany (52%) wybiera smartfon (Ministerstwo Cyfryzacji, 2019).

2.1. Internet źródłem informacji o zdrowiu

Zjawisko popularyzacji wykorzystania Internetu dotyczy również zdrowia. Dynamiczny rozwój Internetu i technologii komputerowej stworzył nowe możliwości dla personelu medycznego, menedżerów ochrony zdrowia, a także pacjentów. W powszechnym użyciu jest termin e-zdrowie, oznaczający różnorodne zastosowanie technologii informacyjnych

i komunikacyjnych w zapobieganiu chorobom, diagnostyce, leczeniu, kontroli oraz prowadzeniu zdrowego trybu życia (Silber, 2003, s. 3–4). Znaczenie terminu obejmuje sieci informacji o zdrowiu łączące punkty opieki zdrowotnej, elektroniczne kartoteki, usługi telemedycyny oraz przenośne urządzenia, które wspomagają pacjenta i umożliwiają monitorowanie stanu zdrowia, komunikację i przekazywanie danych między pacjentami a szeroko rozumianymi dostawcami usług medycznych i innymi pacjentami.

W e-zdrowiu chodzi nie tylko o kwestę swobodnego przepływu informacji między użytkownikami sieci, ale także o świadome działania władz państwowych i międzynarodowych w tym obszarze. Unia Europejska od lat traktuje priorytetowo rozwój i wykorzystanie Internetu do celów zdrowotnych, wydając kolejne zalecenia i dokumenty na ten temat (Soboń, 2020b), m.in. *e-Health – making healthcare better for European citizens: An action plan for a European e-Health Area* oraz *eHealth Action Plan 2012–2020 – Innovative healthcare for the 21st century*. W Polsce problematyka ta została omówiona m.in. w opracowaniach: *Strategia e-Zdrowie Polska na lata 2004–2006*, *Kierunki informatyzacji „e-Zdrowie Polska” na lata 2011–2015* oraz *Strategia e-Zdrowia w Polsce na lata 2018–2020*. Wykorzystanie Internetu w dziedzinie zdrowia uznano za ważne dla szybkiego pozyskiwania właściwej informacji przez pacjenta na temat leczenia, profilaktyki czy dostępności świadczeń zdrowotnych (CSOIZ, 2009) a także dla zwiększania efektywności systemu opieki zdrowotnej dzięki szeroko dostępnym i racjonalnie wykorzystywanym technologiom cyfrowym, zapewniającym m.in. dostęp do wiarygodnej wiedzy o zdrowiu (CSOIZ, 2017).

W powstających wytycznych i dokumentach oraz podejmowanych działaniach istotnych dla współczesnej ochrony zdrowia kładzie się silny nacisk na wykorzystanie Internetu w celu angażowania pacjentów w proces leczenia, zwiększania zarówno ich wiedzy, jak i wiedzy o nich, personalizacji i indywidualizacji opieki medycznej oraz włączania ich w proces podejmowania decyzji. Zakres działań na rzecz zdrowia, które mogą być realizowane w ten sposób, jest szeroki i obejmuje przekazywanie, gromadzenie, analizę, przetwarzanie i udostępnianie wszelakich informacji w celu wspierania procesów decyzyjnych oraz edukacji zdrowotnej (Rudawska, 2010; Korczak, 2011). Wśród sposobów wykorzystania Internetu do celów zdrowotnych przez pacjentów dominuje jednak wyszukiwanie informacji (Czerwińska, 2014).

Poszukiwanie informacji zdrowotnych jest mocno osadzone w codziennych doświadczeniach pacjentów (Flanders i in., 2017; Jacobs i in., 2017; Bujnowska-Fedak i in., 2019; Kaur i in., 2019). Internet jako stale dostępne i mocno spersonalizowane narzędzie informacyjne (Kivits, 2009) pozwala na poszukiwanie treści odnoszących się bezpośrednio do poszukujących ich osób. Przeszukując sieciowe zasoby, pacjenci dystansują się

wobec profesjonalnej wiedzy medycznej (Siuda i Pluta, 2020), która jest jednocześnie poszukiwana, weryfikowana oraz przyswajana. Treści profesjonalne mieszają się ze sprawozdaniami innych osób, a zdobywana wiedza nie jest profesjonalna, ale jest wynikiem widocznej w Internecie mediatyzacji zdrowia i choroby (Miah i Rich, 2008).

Zdaniem Polaków Internet pozwala na łatwe zdobywanie informacji dotyczących zdrowia (Ministerstwo Cyfryzacji, 2019). Jest on zarówno źródłem faktów z dziedziny medycyny zebranych w przystępnej formie, jak i motywatorem nabywania odpowiednich postaw (Rudawska, 2005; Soboń, 2013b). Informacje zdrowotne mogą być wykorzystywane do zrozumienia diagnozy, oceny możliwości leczenia i ryzyka oraz w celu zapobiegania chorobom (Brashers i in., 2000). Powszechny jest dostęp do materiałów takich jak strony internetowe, grupy dyskusyjne, portale zdrowotne, serwisy umożliwiające uzyskanie porad online, profesjonalne portale zawierające w swoich zasobach fachową literaturę z zakresu medycyny (Ulatowska-Szostak i in., 2009). Internet jest określany jako pierwsze źródło informacji w sytuacjach wystąpienia chorób, bo szybko i wygodnie można tu uzyskać odpowiedzi na zadane pytania, stąd osoby bez wykształcenia medycznego i korzystające w tym celu z sieci nazywane są „pacjentami doktora Google” (Szymczyk i in., 2015).

Według europejskich statystyk w 2018 roku 48% Polaków w wieku 16–74 lat wykorzystywało Internet, aby znaleźć odpowiedzi na pytania m.in. o urazy, choroby, odżywianie czy poprawę zdrowia (Eurostat, 2019). To wynik zbliżony do średniej dla krajów UE, lecz znacznie niższy niż w Holandii (72%) i takich przodujących w statystykach krajach, jak: Finlandia, Dania, Norwegia, Niemcy, Islandia czy Szwecja (powyżej 60%) (tabela 2.1).

Oznacza to, że ponad 12,6 mln Polaków poszukuje online informacji na temat zdrowego stylu życia, odżywiania się, chorób i ich leczenia, w konsekwencji czego internetowe serwisy o zdrowiu stały się prężnie rozwijającym się sektorem – 6 lat temu odwiedzało je 8 mln internautów, a 11 lat temu było to zaledwie 1,8 mln (PBI, 2016). Najczęściej jako źródło informacji o zdrowiu wskazywane są portale o tematyce zdrowotnej (67% respondentów) i fora internetowe (36% badanych). Wśród poszukiwanych tematów dominują choroby (75%), odżywianie (44%), badania (34%), aktywność fizyczna (17%) i psychologia (15%) (Grupa Wirtualna Polska, 2016). Z serwisów internetowych o zdrowiu nieco częściej korzystają kobiety niż mężczyźni, a prawie połowę odwiedzających stanowią osoby w przedziale wiekowym 25–44 (PBI, 2016). Wyniki te pokazują, że Internet jest platformą wymiany doświadczeń i wiedzy, co w porównaniu z tradycyjnymi źródłami informacji o zdrowiu stanowi o jego atrakcyjności (Knol-Michałowska, 2014). W czołowie odwiedzanych serwisów znajdują się medonet.pl, wprost.pl – zdrowie i medycyna

Tabela 2.1. Poszukiwanie w Internecie informacji o zdrowiu w wybranych krajach Europy (%)

Kraj	2008	2013	2018
Austria	32	49	52
Belgia	24	43	46
Bułgaria	7	27	25
Chorwacja	20	35	51
Cypr	12	32	57
Czechy	14	41	55
Dania	36	54	66
Estonia	25	39	60
EU 27	28	44	52
EU 28	27	44	52
Finlandia	51	60	69
Francja	39	49	46
Grecja	10	34	47
Hiszpania	24	44	55
Holandia	46	57	72
Irlandia	19	38	47
Islandia	39	65	63
Litwa	21	41	54
Luksemburg	44	58	53
Łotwa	24	37	37
Malta	23	41	59
Niemcy	41	58	64
Norwegia	41	54	66
Polska	19	27	48
Portugalia	22	42	45
Rumunia	11	27	31
Słowacja	25	44	49
Słowenia	27	50	48
Szwecja	32	56	62
Węgry	28	49	56
Wielka Brytania	26	45	58
Włochy	16	32	35

Źródło: *Individuals using the internet for seeking health-related information*. Eurostat, 2019.

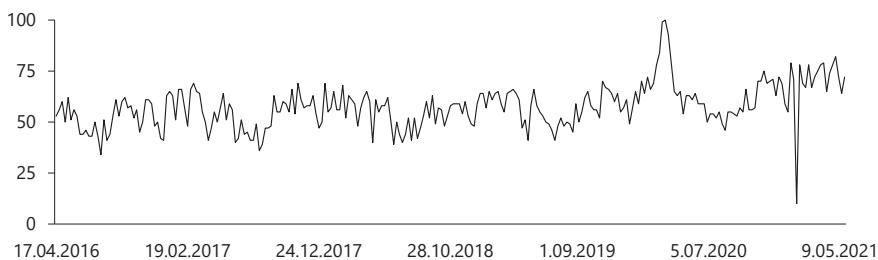
oraz abcZdrowie.pl, przy czym pierwszy z nich zdecydowanie prowadzi w rankingu z ponad dwukrotnie większą liczbą odsłon i użytkowników niż kolejny serwis w zestawieniu (tabela 2.2).

Tabela 2.2. Czołowe serwisy o zdrowiu między 9 a 15 marca 2020 roku

Domena	Realni użytkownicy	Liczba odsłon
medonet.pl	7 039 586	28 028 363
wprost.pl – zdrowie i medycyna	3 309 496	12 388 862
abcZdrowie.pl	2 896 457	9 847 263
naszemiasto.pl – zdrowie i medycyna	2 319 246	6 816 082
mp.pl	2 044 729	6 079 361
doz.pl – zdrowie i medycyna	1 922 292	9 155 806
poradnikzdrowie.pl	1 644 465	3 795 742
gazetawroclawska.pl – zdrowie i medycyna	1 558 314	8 089 741
radiozet.pl – zdrowie i medycyna	1 526 632	4 040 743
gazetakrakowska.pl – zdrowie i medycyna	1 429 505	5 138 351

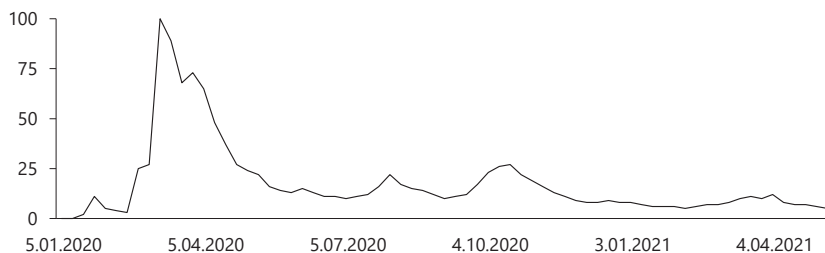
Źródło: Gemius PBI, Megapanel.

Analizując popularność tematyki zdrowia online przy wykorzystaniu wskazań Google Trends, w dalszym ciągu zauważyć można tendencję wzrostową, w 2020 roku zaś Internet został przez nią zdominowany. Hasło „zdrowie” kolejny rok z rzędu zyskiwało na popularności (rysunek 2.2), a w konsekwencji rozprzestrzeniającej się pandemii niepodzielnie królował „koronawirus” i to zarówno wśród najpopularniejszych tematów, jak i haseł najszybciej zyskujących na popularności (rysunek 2.3).



Rysunek 2.2. Popularność wyszukiwania terminu „zdrowie” w Internecie

Źródło: Google Trends.



Rysunek 2.3. Popularność wyszukiwania terminu „koronawirus” w Internecie

Źródło: Google Trends.

Tak duża i stale rosnąca popularność Internetu jako źródła informacji o zdrowiu jest konsekwencją korzyści dostrzeganych przez użytkowników. Chodzi o zalety o charakterze organizacyjno-technicznym: szybki i łatwy dostęp do wielu informacji, wygodę w posługiwaniu się nim (Garapich, 2012) przez całą dobę, bez wychodzenia z domu i anonimowo (Doroszewska, 2010) oraz zalety wynikające z treści zamieszczanych przekazów, jak: możliwość zapoznania się z opiniami innych osób (Garapich, 2012) i kontakt z pacjentami znajdującymi się w podobnej sytuacji (Doroszewska, 2010). Wśród przyczyn zainteresowania Internetem jako źródłem informacji dotyczących zdrowia wymienia się również: utrudnienia w dostępie do opieki medycznej i zbyt krótki czas wizyty u lekarza (Ulatowska-Szostak i in., 2009), zwiększenie zaangażowania pacjenta w proces diagnostyczno-terapeutyczny i współuczestnictwo w decyzjach dotyczących zdrowia (Szymczyk i in., 2015), pogłębianie i uzupełnianie wiedzy po wizycie, większą pewność siebie pacjentów w relacjach z personelem medycznym, wspomaganie autodiagnozy, lepsze zrozumienie lekarzy, możliwość weryfikacji kompetencji i diagnoz stawianych przez lekarzy oraz opinii na ich temat czy też poszukiwanie niekonwencjonalnych, nowatorskich metod leczenia lub porad innych lekarzy (Knol-Michałowska, 2014).

Niepokojącym zjawiskiem jest dużo częstsze korzystanie z porad innych pacjentów niż tych udzielanych przez ekspertów. Mimo dość znacznej świadomości, że porady te nie są profesjonalne, pacjenci korzystają z nich, gdyż doświadczają empatii i zrozumienia, czego niestety często nie oferuje im współczesna medycyna (Czerwińska, 2014). Należy więc dążyć do weryfikacji internetowych źródeł wiedzy o zdrowiu pod kątem prawdziwości i rzetelności, uzmysławiając równocześnie ich użytkownikom, jak ważna jest jakość informacji.

2.2. Problematyka jakości internetowej informacji o zdrowiu

Ponieważ informacja jest dobrem szczególnie cennym, Internet, odpowiadając na to zapotrzebowanie, stwarza możliwość nieograniczonego rozpowszechniania różnorodnych treści, niestety jednak bez jednoczesnego ponoszenia odpowiedzialności za ich wiarygodność (Soboń, 2013a). Można w nim znaleźć zarówno aktualne, rzetelne i wartościowe informacje, jak i całkowicie zdezaktualizowane, niewiarygodne i zbędne, a także nieprawdziwe. Stąd tematyka ilości i jakości informacji dostępnej w Internecie należy do głównych obszarów badawczych (Zins, 2007), a liczne publikacje wskazują na podstawowe jej atrybuty (m.in. Eysenbach i in., 2002b; Dobrogowska-Schlebusch i in., 2014; Czerwiński, 2016; Swoboda, 2016; Sun i in., 2019).

Ze względu na popularność pozyskiwania z Internetu treści dotyczących zdrowia istotnym zagadnieniem staje się problematyka walorów użytkowych dostępnych tą drogą informacji (Marcinkowski i Właśniak, 2007). Przede wszystkim chodzi tu o jakość, gdyż od informacji tej może zależeć nie tylko zdrowie, ale i życie pacjentów. Niekontrolowana dystrybucja treści w połączeniu z łatwym dostępem do medykamentów bez konieczności konsultacji lekarskiej może pociągać za sobą tragiczne skutki, a brak umiejętności korzystania z internetowej informacji może skutkować zastępowaniem kontaktu z lekarzem diagnozą online, nadużywaniem leków i stosowaniem innych niż te przepisane przez lekarza, nieprawidłowym samoleczeniem (Krawczyńska, 2005), błędami w autodiagnozie i podawaniem w wątpliwość wiedzy i kompetencji lekarza (Knol-Michałowska, 2014). Umiejętność rozróżnienia informacji o wysokiej jakości od jakościowo ubogiej staje się zatem kluczowym elementem warunkującym zachowanie bezpieczeństwa informacyjnego jednostki (Motylińska i Pieczka, 2020), szczególnie że przeciętny jej użytkownik nie ma wystarczającej wiedzy medycznej i nie jest w stanie samodzielnie ocenić pozyskanych treści (Krzyszak, 2015).

Z powodu trudności w weryfikacji jakości internetowych źródeł na temat zdrowia proponuje się wiele rozwiązań, które mają ułatwić internautom dotarcie do rzetelnych informacji i rozpoznawanie wiarygodnych serwisów informacyjnych. Żeby powstrzymać rozpowszechnianie szkodliwych treści, z inicjatywy wielu organizacji, m.in. Health on the Net Foundation, American Medical Informatic Association, Internet Health Care Coalition, Hi-Ethics, MedCertain, powstały przewodniki z kryteriami oceny jakości informacji internetowej do opiniowania stron dotyczących tematyki zdrowia (Soboń, 2013a). Stworzono również elektroniczne etykiety jak logo HON Code fundacji Health on the Net Foundation, umieszczane na stronach spełniających określone kryteria jakości.

Jakość informacji dotyczącej zdrowia i dostępnej online nie jest zagadnieniem prostym i jest różnie pojmowana (Daraz i in., 2019). Najszerzej definiowana oznacza „przydatność do użytku” (Berkman i in., 2011), czyli informacje są dobrej jakości wtedy, gdy służą potrzebom użytkowników. W bardziej szczegółowych koncepcjach jakość jest uznawana np. za stopień, w jakim użytkownicy uważają, że informacje są przydatne, dobre, aktualne i dokładne (Rieh, 2002), lub mierzona jest przez pryzmat określonych atrybutów, jak: wiarygodność, prawdziwość, czytelność i kompletność (Bates i in., 2006). Niektórzy badacze nadają jej więcej wymiarów, jak Miller (1996), który opisał relewantność, dokładność, aktualność, kompletność, spójność, odpowiedniość formy, dostępność, przystawalność, bezpieczeństwo i wiarygodność informacji, czy Benotsch i in. (2004), dostrzegający dokładność, ilość szczegółów, wiarygodność, trafność i przydatność. Inni wyróżniają mniej atrybutów, jak np. Eastin (2006), który skupia się na dokładności, wiarygodności i faktach. W praktyce ocena jakości sprowadza się do stosowania odpowiednich kryteriów oceny informacji (Bednarek-Michalska, 2007), wśród których pojawiają się najczęściej: wiarygodność, wiedza, obiektywizm, przejrzystość, popularność, zrozumiałość, znaczący charakter, znajomość, dostępność, identyfikacja, zaufanie, dokładność, czytelność, aktualność, łatwość nawigowania, estetyka, interaktywność, wszechstronność, praktyczność, kompletność, przydatność, obiektywizm, anonimowość, bezpieczeństwo, funkcja edukacyjna (Sun i in., 2019). Stanowisko w tej sprawie zajęła również Komisja Europejska, wyliczając sześć atrybutów jakości informacji (tabela 2.3). Własności te – ich posiadanie lub nie – rozstrzygają o poziomie jakościowym treści udostępnianych użytkownikom Internetu.

Tabela 2.3. Atrybuty jakości informacji wg Komisji Europejskiej

Nazwa atrybutu, cechy	Opis cechy
1	2
<i>Transparency and honesty</i>	Podanie wszystkich danych adresowych dostawców treści; jasne określenie celów i zamiarów oraz grupy docelowej, do której skierowana jest dana informacja; pełna jawność informacji o donatorach stron, wolontariuszach, którzy je tworzą, reklamodawcach i innych
<i>Authority</i>	Jasny status wykorzystanych źródeł informacji i danych w bazach; wiarygodne dane o instytucjach opracowujących dane, daty ich dostarczania; rekomendacje
<i>Privacy and data protection</i>	Podanie informacji o polityce zabezpieczania danych oraz procedurach ich przetwarzania zgodnie ze standardami określonymi w Data Protection Legislation (Dyr. 95/46/EC and 2002/58/EC)
<i>Updating of information</i>	Bieżąca aktualizacja stron z datami określającymi wprowadzanie zmian; monitorowanie aktualności linków, do których odsyła się ze stron; melioracja informacji

1	2
<i>Accountability</i>	Jasne opisanie odpowiedzialności za informacje, podanie nazwisk ekspertów, którzy je przygotowują – na każdej stronie z adresem dla użytkownika do kontaktu; dokładne przedstawienie partnerów współpracy i zapewnienie, że są to partnerzy wiarygodni; jasno opisana polityka edytowania stron i doboru materiału
<i>Accessibility</i>	Zapewniona pomoc użytkownikom w łatwym dostępie do źródeł; proste nawigowanie; poprawne wyszukiwanie i inne

Źródło: *Communication from the Commission to the Council, The European Parliament, The Economic and Social Committee and the Committee of the Regions: eEurope 2002: Quality Criteria for Health related Websites*. Brussels: European Commission, 2002.

Mimo tworzenia standardów i monitorowania nie istnieją uniwersalne narzędzia chroniące przed złą jakością informacji. Konieczne jest więc kształcenie użytkowników w zakresie poszukiwania, oceny i wykorzystywania informacji (Więk, 2016), aby byli zdolni do pozyskiwania wartościowej wiedzy, szczególnie przy obecnym natłoku różnorodnych treści i przybierającego na sile zjawiska rozpowszechniania fałszywych informacji (Czerwiński i Krzesaj, 2018).

2.3. Postawy i zachowania w kontekście wykorzystywania Internetu jako źródła informacji o zdrowiu

Pacjenci poszukują informacji zdrowotnych motywowani potrzebą wynikającą z dostrzeżonej luki między tym, co wiedzą, a tym, co chcą wiedzieć (Case i Given, 2016). Nie każdy jednak szuka informacji (Case i in., 2005). Korzystanie z internetowych źródeł wymaga wiedzy, umiejętności i określonych postaw (van Deursen i Helsper, 2015; Dutton i Reisdorf, 2019), a uruchomienie tego procesu zależy od wielu czynników (Loiselle i in., 2001; Czaja i in., 2003; Case i in., 2005) zarówno o charakterze osobistym, jak i kontekstowym. Do pierwszej grupy zalicza się cechy społeczno-demograficzne i zmienne psychospołeczne, jak: osobowość, oczekiwania, cele, przekonania, wartości, postawy, umiejętności czy zasoby. Do drugiej – środowisko, bieżące wydarzenia, źródła wiedzy, kontekst poszukiwania informacji i proces wyszukiwania (Matthews i in., 2002). Postawy i zachowania są zatem ściśle ze sobą powiązane – postawa traktowana jest bowiem jako „predyktor przyszłych działań” (Rudnicka, 2007, s. 215). Zanim jednak dojdzie do określonych zachowań, pojawiają się intencje rozumiane jako oczekiwania lub plany działania w określony sposób (Zimbardo i Leippe, 2004).

2.3.1. *Health literacy* w warunkach dostępu do Internetu

Do skutecznego posługiwania się informacją dla potrzeb zdrowia niezbędne są określone umiejętności, zwane *health literacy*. Pojęcie to wiązane jest z rozumieniem przekazów zdrowotnych i bywa tłumaczone jako „kompetencje zdrowotne” (Cianciara, 2006), „funkcjonalna wiedza zdrowotna” (Bik i Przewoźniak, 2005) czy „odczytywanie zdrowia” (Karski, 2003). Jego zakres znaczeniowy rozciąga się od podstawowych umiejętności niezbędnych do czytania tekstów dotyczących zdrowia czy komunikacji z personelem medycznym aż po posiadanie wiedzy o zdrowiu i umiejętności, jak i gdzie szukać odpowiednich informacji, oraz zdolności krytycznego ich oceniania i rozumienia (Iwanowicz, 2009). Umiejętności te pozwalają nie tylko na dotarcie do odpowiednich treści, ale również na dokonywanie właściwych wyborów zdrowotnych. Co więcej, są warunkiem wstępnym niezbędnym do osiągnięcia poziomu wiedzy i zachowań pacjentów powiązanych z *empowerment* (Nutbeam, 1998), jednak pod warunkiem osiągnięcia najwyższego poziomu *health literacy*. Chodzi tu o zaawansowane mechanizmy poznawcze, zwane *critical literacy* (Nutbeam i Kickbush, 2000), które w połączeniu z umiejętnościami społecznymi mogą zostać wykorzystane do analizy informacji i przejmowania kontroli nad własnym życiem (Nutbeam, 2000).

Health literacy okazuje się być zależne od korzystania z Internetu w celach zdrowotnych. Gdy ludzie aktywnie korzystają z Internetu w tym celu, dowiadują się więcej na temat zdrowia, zwiększając swoje umiejętności zdrowotne. W przypadku otrzymywania nadmiernej ilości informacji zdrowotnych lub napotykania trudności w ich zrozumieniu ludzie mogą zakończyć lub ograniczyć ich przetwarzanie, a tym samym mniej się uczyć, zmniejszając wiedzę zdrowotną (Jiang i Beaudoin, 2016).

W związku z rosnącą penetracją mediów cyfrowych zapewniających wysoką dostępność informacji zdrowotnych i rosnącą potrzebą poszukiwania, znajdowania, oceny wiarygodności oraz wyboru i zastosowania udostępnianych tu treści do własnych problemów zdrowotnych (Norman i Skinner, 2006) pojawiła się koncepcja umiejętności cyfrowych w zakresie zdrowia. Obecne w literaturze przedmiotu propozycje terminów odnoszących się do tej problematyki obejmują: *digital health literacy* (Del Giudice, 2017), *e-health literacy* (Norman i Skinner, 2006), *media health literacy* (Levin-Zamir i in., 2011) czy *electronic health literacy* (Sećkin i in., 2016). Według Enga (2001) *health literacy* to zdolność korzystania z technologii informacyjnych i komunikacyjnych, zwłaszcza technologii internetowych, w celu poprawy zdrowia i dostępu do systemu opieki.

Badania potwierdzają, że Polacy różnią się pod względem umiejętności korzystania z Internetu w celach zdrowotnych. Najczęściej słabiej radzą sobie pod tym względem

ludzie starsi, gorzej wykształceni, ubożsi. Osoby te często przejawiają niższe kompetencje informacyjne, co w przyszłości może skutkować narastaniem nierówności w zakresie dbania o własne zdrowie i w efekcie gorszym stanem zdrowia (Czerwińska, 2018).

Opisywane w literaturze rozbieżności wynikają nie tyle z powodu nierównego dostępu do mediów cyfrowych, ile przede wszystkim ze względu na różnice w umiejętnościach potrzebnych do radzenia sobie z nimi (Bittlingmayer i in., 2020). Aby je wyeliminować, współczesny użytkownik Internetu wykorzystujący go jako źródło informacji o zdrowiu powinien umieć (Cullen, 2005):

- przeszukiwać sieć przy użyciu odpowiednich słów kluczowych,
- zastosować zestaw kryteriów jakości do oceny znalezionych zasobów,
- rozpoznawać strony internetowe dostarczające wysokiej jakości informacji zdrowotnych z zaufanych źródeł,
- ustalić, czy w zasobie znajdują się wystarczające informacje na temat autorstwa, oraz ocenić zawodowe referencje autora,
- potwierdzić, że wszystkie materiały pochodzą ze wskazanych źródeł,
- sprawdzić datę publikacji materiału i ocenić, czy istnieje akceptowalny powód do wykorzystania starszych materiałów,
- pokazać, że podane informacje mają odpowiedni poziom dla czytelników niemedycznych,
- wykazać, że omówiono zarówno ryzyko, jak i korzyści płynące z leczenia,
- wykazać, że omawiana jest więcej niż jedna metoda leczenia i potencjalne ryzyko braku leczenia,
- określić, czy istnieją okoliczności rodzące konflikt interesów między celami publikacji a ich treścią,
- upewnić się, że podjęto wszelkie niezbędne kroki w celu ochrony prywatności użytkownika i poufności.

Tabela 2.4. *Health literacy, empowerment* i zachowanie pacjenta

Kompetencje zdrowotne	<i>Empowerment</i> psychologiczny	
	niski	wysoki
Wysokie	niepotrzebnie zależny pacjent	pacjent skutecznie samozarządzający
Niskie	pacjent o dużych potrzebach	pacjent niebezpiecznie samozarządzający

Źródło: P.J. Schulz, K. Nakamoto, *Health literacy and patient empowerment in health communication: The importance of separating conjoined twins*. „Patient Education and Counseling” 2013, 90, s. 9.

W praktyce ochrony zdrowia połączenie *health literacy* z *empowerment* oznacza występowanie czterech grup pacjentów zasadniczo różniących się zachowaniami zdrowotnymi (tabela 2.4).

Pacjent o wzmocnionej psychice, lecz pozbawiony odpowiedniej wiedzy i umiejętności oceny, może dokonywać niebezpiecznych wyborów. Wysoce wykształceni pacjenci bez psychologicznego wzmocnienia mogą decydować się na uzależnienie od pracowników ochrony zdrowia w zakresie podejmowania decyzji. Pacjenci o wysokich potrzebach, aby stać się skutecznymi kontrolerami swojego zdrowia, potrzebują poprawy świadomości zdrowotnej i wzmocnienia pozycji przy odpowiednim wykorzystaniu zasobów opieki zdrowotnej w celu optymalizacji wyników zdrowotnych (Schulz i Nakamoto, 2013).

2.3.2. Postawy wobec Internetu i e-informacji o zdrowiu

Istotnym elementem procesu zdobywania informacji oraz budowania wiedzy współczesnych pacjentów na temat zdrowia jest postawa. Liczne jej definicje łączy pojęcie względnej trwałości (Czerwiński, 2007). Może być rozumiana jako „trwała ocena – pozytywna lub negatywna – ludzi, obiektów i idei” (Aronson i in., 1997, s. 313), „gotowość, skłonność do reagowania w określony sposób na określone bodźce” (Oppenheim, 2004, s. 203) czy „ogólne ukierunkowanie, które może sprawiać, że dana osoba – gdy pojawią się określone bodźce – zachowuje się lub reaguje w określony sposób” (Frankfort-Nachmias i Nachmias, s. 269). Ten wielowymiarowy konstrukt złożony z komponentu emocjonalnego, poznawczego i behawioralnego (Aronson i in., 1997) ulega wzmocnieniu przez przekonania i jest najczęściej związany z silnymi uczuciami, generując określone zachowania (Oppenheim, 2004).

Postawy internetowe można określić i wyrazić w postaci wrażeń lub odczuć dotyczących zachowań towarzyszących korzystaniu z tej technologii (Zhang, 2007; Donat i in., 2009; Morse i in., 2011) w określonym celu, np. szukaniu informacji dotyczących zdrowia. Aby dokonać ich pomiaru, zazwyczaj wykorzystuje się skalę IAS (*Internet Attitude Scale*), będącą modyfikacją skali CAS (*Computer Attitude Scale*) autorstwa G.S. Nickella i J.N. Pinto (1986) (Anandarajan i in., 2000; Durndell i Haag, 2002; Sam i in., 2005), lub jej przetworzoną wersję (Zhang, 2007; Mota i Cilento, 2020). Skala ta składa się z 20 pozycji w postaci twierdzeń ocenianych na skali Likerta (tabela 2.5). Im wyższy wynik, tym bardziej pozytywne postawy wobec Internetu (Durndell i Haag, 2002).

Tabela 2.5. Pomiar postaw wobec Internetu

Stwierdzenia
1. Internet nigdy nie zastąpi ludzkiego życia
2. Internet sprawia, że czuję się niekomfortowo, ponieważ go nie rozumiem
3. Ludzie stają się niewolnikami Internetu
4. Internet jest odpowiedzialny za wiele dobrych rzeczy, które lubimy
5. Wkrótce nasze życie będzie kontrolowane przez Internet
6. Czuję się onieśmielony przez Internet
7. Istnieją nieograniczone możliwości aplikacji internetowych, o których jeszcze nie pomyślano
8. Nadużywanie Internetu może być szkodliwe i niszczyielskie dla ludzi
9. Internet dehumanizuje społeczeństwo
10. Internet może wyeliminować wiele żmudnej pracy
11. Korzystanie z Internetu poprawia nasz standard życia
12. Internet zamienia ludzi w liczby
13. Internet zmniejsza znaczenie zbyt wielu prac wykonywanych obecnie przez ludzi
14. Internet to szybki i skuteczny sposób zdobywania informacji
15. Złożoność Internetu onieśmiela mnie
16. Internet zastąpi pracującego człowieka
17. Internet wprowadza nas w nową, jasną erę
18. Wkrótce nasz świat będzie zarządzany przez Internet
19. Życie będzie łatwiejsze i szybsze z Internetem
20. Internet jest trudny do zrozumienia, a praca z nim jest frustrująca

Źródło: A. Durndell, Z. Haag, *Computer self-efficacy, computer anxiety, attitudes towards the Internet and reported experience with the Internet, by gender, in an East European sample*. „Computers in Human Behavior” 2002, 18 (5), s. 532.

Badania postaw oraz ich wpływu na działania podejmowane online zwykle koncentrują się na wybranych aspektach (Mota i Cilento, 2020). Mogą to być: postrzeganie użyteczności, łatwość użytkowania i własna skuteczność (Porter i Donthu, 2006; Hatlevik i in., 2015), uczucia niepokoju, radości, niechęci, optymizmu i pesymizmu (Zhang, 2007; Chou i in., 2011; Morse i in., 2011) oraz czynniki kulturowe (Hatlevik i in., 2015; Dutton i Reisdorf, 2019) do przewidywania korzyści online (Blank i Lutz, 2018) i oceny sposobu korzystania z Internetu (des Armier i Bolliger, 2019).

Metoda pomiaru Tsai i in. (2001) zakłada badanie oparte na ocenie użyteczności pod kątem postrzegania pozytywnego wpływu Internetu na jednostki i społeczeństwo, na uczuciach związanych z korzystaniem z sieci, na kontroli behawioralnej jako wierze

we własne możliwości oraz na zachowaniach w postaci częstotliwości i rodzaju wykonywanych czynności. Morse i in. (2011) analizowali postawy w trzech wymiarach – ogólnym korzystaniu z Internetu, negatywnym nastawieniu do Internetu i ułatwianiu zadań. Pierwszy wymiar wyraża ogólną satysfakcję z korzystania z Internetu, drugi wymiar składa się z dyskomfortu, nieufności i niepewności, a trzeci wymiar jest ściśle związany z ideą użyteczności, ponieważ ułatwienie zadań reprezentuje możliwość korzystania z Internetu w celu ułatwienia codziennego życia. Metoda Zhanga (2007) opiera się na ocenie postaw pod kątem postrzegania użyteczności w znaczeniu dostrzeganych korzyści z Internetu, uznania w rozumieniu odczuwanej przyjemności, lęku wynikającego z poczucia dyskomfortu i nieznajomości Internetu oraz poczucia własnej skuteczności rozumianej jako przekonanie o umiejętności wyszukiwania i wykorzystywania informacji internetowych (Zhang, 2007).

Postawy internetowe, wyrażone przez indywidualną ocenę korzystania z Internetu, przewidują zatem wykorzystanie go w praktyce. W związku z tym osoby o korzystnych postawach internetowych mają tendencję do większego angażowania się w działania online. W konsekwencji mogą być w stanie skutecznie wyszukiwać bardziej złożone informacje, uzyskując więcej korzyści (Mota i Cilento, 2020).

Przy określaniu postaw szacuje się przekonania co do konsekwencji określonych działań oraz ocenia stopień, w jakim są one pożądane przez jednostkę (Szmigielska i in., 2012). Ten indywidualny osąd może w konsekwencji przybierać wymiar pozytywny lub negatywny, przyjemny lub nieprzyjemny, szkodliwy lub korzystny (Holden i Karsh, 2010, s. 160) niezależnie od tego, czego dotyczy. Internet i możliwość wykorzystania go jako źródła informacji o zdrowiu również wywołuje określone odczucia i postawy, nie budząc jednak we wszystkich użytkownikach jedynie pozytywnych emocji ani takich samych zachowań. Warto zatem dociekać, dlaczego niektóre osoby w pewnych sytuacjach są skłonne szukać informacji online, a inne nie chcą tego robić, nawet jeśli jest to możliwe (Chang i Huang, 2020).

Postawa wobec internetowej informacji o zdrowiu zależy zatem od oddziaływania wielu zmiennych (Mota i Cilento, 2020). Znaczącą rolę odgrywają tu wcześniejsze doświadczenia i możliwość korzystania z technologii w domu (Rudnicka, 2007). W dużym stopniu widoczna jest również zależność od płci, wieku oraz innych charakterystyk społeczno-demograficznych (Anandarajan i in., 2000; Schumacher i Morahan-Martin, 2001; Torkzadeh i Van Dyke, 2002).

Wyniki badań opisywanych w literaturze przedmiotu z reguły potwierdzają pozytywne nastawienie pacjentów do Internetu (Czerwińska, 2013, 2015; Bujnowska-Fedak i in., 2019; Soboń, 2020a). To, że pacjenci przekonują się do jego zalet (Andreassen i in.,

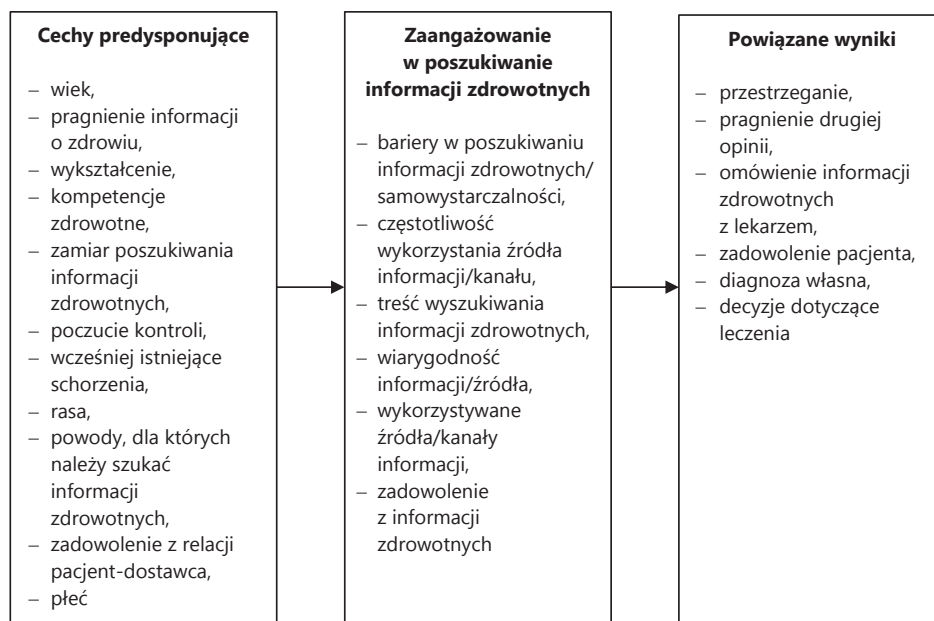
2007; Santana i in., 2011), zapewne w znacznym stopniu jest konsekwencją uznawania Internetu za stosunkowo wiarygodne, łatwe i użyteczne narzędzie. Warto jednak analizować czynniki warunkujące korzystanie z informacji zdrowotnych dostępnych online ze względu na możliwość identyfikacji barier i planowania działań zwiększających kompetencje e-zdrowotne społeczeństw. Identyfikacja czynników, które wiążą się z akceptacją, może pomóc w jej zwiększaniu, w opracowywaniu i ocenie zdolności dostępnych narzędzi do spełniania potrzeb i oczekiwań pacjentów oraz w zwiększaniu prawdopodobieństwa sukcesu wdrożenia tej technologii (Or i Karsh, 2009).

2.3.3. HIS i czynniki kształtujące wykorzystanie internetowej informacji o zdrowiu

Biorąc pod uwagę rosnącą popularność i znaczenie Internetu, istnieje potrzeba, by uznać poszukiwanie w nim informacji zdrowotnych za zachowanie informacyjne o unikatowej charakterystyce (Marton i Choo, 2012). Proces ten określany mianem *health information seeking* (HIS) najczęściej jest łączony z zaangażowaniem jednostki w szukanie potrzebnych treści. Według Niederdeppe i in. (2007, s. 54) HIS to „(...) aktywne wysiłki w celu uzyskania konkretnych informacji w odpowiedzi na odpowiednie zdarzenie”, co oznacza działanie celowe i zorientowane na cel, a nie wynik biernego zetknięcia się z informacją (Anker i in., 2011). Autorem innego podejścia jest McKenzie (2003), która zaproponowała rozszerzenie analiz zachowań informacyjnych. Oprócz aktywnego poszukiwania wyróżniła: aktywne skanowanie, nieukierunkowane monitorowanie oraz uzyskiwanie informacji z czyjegoś polecenia. Aktywne poszukiwanie oznacza tu poszukiwanie wcześniej zidentyfikowanego źródła, systematyczne wyszukiwanie lub zadawanie wcześniej zaplanowanych pytań. Aktywne skanowanie to identyfikacja określonej lokalizacji jako potencjalnej bazy informacyjnej lub rozważanie określonego źródła jako pomocnego w poszukiwaniach. Nieukierunkowane monitorowanie odnosi się do przypadkowego napotkania i rozpoznania źródła w mało prawdopodobnym miejscu. Pozyскиwanie informacji z polecenia to sytuacja, gdy ktoś napotyka źródło z inicjatywy osoby trzeciej, np. członka rodziny lub lekarza (Chang i Huang, 2020). Uzupełnieniem procesu jest unikanie informacji, które oznacza „każde zachowanie mające na celu zapobieganie lub opóźnianie uzyskania dostępnych, ale potencjalnie niechcianych informacji” (Sweeny i in., 2010, s. 342).

Wyszukiwanie informacji zdrowotnych w Internecie jest uzależnione od określonych zmiennych. Występowanie predysponujących cech jednostki może prowadzić do

zaangażowania się w proces poszukiwania informacji, a to z kolei pozwala przewidzieć związane z tym skutki (rysunek 2.4).



Rysunek 2.4. Poszukiwanie informacji w kontekście zdrowia

Źródło: A.E. Anker, A.M. Reinhart, T.H. Feeley, *Health information seeking: a review of measures and methods*. „Patient Education and Counseling” 2011, 82(3), s. 348.

Jak pokazują badania, bardziej skłonne do poszukiwania informacji o zdrowiu są kobiety (Arora i in., 2007; Drentea i in., 2008), osoby młodsze (Ayers i Kronenfeld, 2007; Skopelja i in., 2008), z wyższym wykształceniem (Czaja i in., 2003; Flynn i in., 2006) i o wyższych dochodach (Pandey i in., 2003; Benotsch i in., 2004). Skłonność ta wiąże się również ze stosunkowo wysokim poziomem wiedzy pacjentów na temat zdrowia (*health literacy*) (Shieh i in., 2009) i silnym wewnętrznym poczuciem kontroli (Johanson, 1997). Do poszukiwania informacji motywuje lęk związany z chorobą (Manfredi i in., 1993), więc osoby z gorszym stanem zdrowia mogą być bardziej skłonne do korzystania z sieci w tym celu (Baker i in., 2003).

Co do zachowań związanych z poszukiwaniem informacji o zdrowiu w Internecie, to nie jest to tylko kwestia zaangażowania w jej poszukiwanie, ale również cech osoby jej poszukującej, środowiska, kontekstu, bieżących wydarzeń i procesu wyszukiwania

(Anker i in., 2011). Uwzględniane są takie czynniki, jak kanały wykorzystywane do wyszukiwania informacji, treść poszukiwanych informacji, wiarygodność uzyskanych informacji, skuteczność w procesie wyszukiwania czy cechy procesu (np. czas poświęcony na wyszukiwanie informacji, liczba źródeł). Badania pokazują też, w jaki sposób poszczególne cechy predysponujące wpływają na różnorodne praktyki wyszukiwania oraz w jaki sposób zawartość poszukiwanych informacji różni się w zależności od płci (Bos i in., 2004), wykształcenia (Borzekowski i in., 2006), wieku (Gilbert i in., 2005) czy innych cech.

Efekty poszukiwania informacji są istotnym elementem procesu badawczego, ponieważ poszczególne elementy procesu wyszukiwania mogą być związane z korzystnymi lub niekorzystnymi wynikami zdrowotnymi. Zamiast postrzegać zachowania w zakresie poszukiwania informacji o zdrowiu jako ostateczny wynik działań, warto przeanalizować wpływ tychże zachowań na wyniki zarządzania zdrowiem (Anker i in., 2011). Wiąże się to z omawianiem wyszukanych treści z lekarzami (Diaz i in., 2002; Hong, 2008), zadowoleniem pacjenta (Hay i in., 2008), wiedzą o możliwościach leczenia (Gray i in., 2009), decyzjami o leczeniu (Taha i in., 2009), jak również z autodiagnozą (Larner, 2006) i nieprzestrzeganiem zaleceń (Weaver i in., 2009).

Aby proces poszukiwania był skuteczny i wydajny, konsumenci muszą być w stanie rozpoznać swoje potrzeby w zakresie informacji na temat zdrowia (Alwi i Murad, 2018). Ważne, by znali różne rodzaje internetowych źródeł (Nadzir i Salim, 2013) i potrafili je wykorzystać.

2.4. Wybrane modele i teorie poszukiwania informacji o zdrowiu online

Poszukiwanie informacji jako celowy akt będący konsekwencją istniejącej potrzeby informacyjnej (Wilson, 2000) obejmuje działania związane z wyszukiwaniem informacji, zarządzaniem nią i wykorzystywaniem w różnych kontekstach (Fisher i in., 2005). Z zasady odnosi się do aktywnego zdobywania informacji (Chang i Huang, 2020), choć przy okazji różnych działań może dochodzić do pasywnego, niespodziewanego pozyskania przydatnych treści. Podstawowym i rozstrzygającym celem tego typu zachowań pozostaje jednak zaspokojenie potrzeb informacyjnych (Alwi i Murad, 2018; Zimmerman i Dhaw, 2019).

Wyszukiwanie w Internecie informacji dotyczących zdrowia, powszechnie praktykowane przez pacjentów w celu pogłębienia wiedzy i podniesienia poziomu umiejętności

zdrowotnych (Kim i Park, 2012), to skomplikowany proces, związany z akceptacją i wykorzystaniem technologii informacyjnych i determinowany wieloma zmiennymi. Aby poznać, opisać i zinterpretować „(...) szereg komponentów, poziomów, etapów, czynników kontekstowych i procesów, które biorą udział w zachowaniach ludzi związanych z poszukiwaniem informacji” (Alwi i Murad, 2018) oraz opracowywać skuteczniejsze sposoby wpływania na te zachowania, powstały różnorodne teorie i modele. Zwykle miały one początkowo charakter ogólny, a potem dostosowywano je m.in. do specyfiki zdrowia.

Punktem wyjścia w wyjaśnianiu zjawiska korzystania z informacji o zdrowiu w Internecie jest tłumaczący zachowania dotyczące własnego zdrowia model przekonań zdrowotnych (Hochbaum, 1958; Rosenstock, 1974a) oraz opisujące zachowania teoria uzasadnionego działania (Fishbein i Ajzen, 1975; Ajzen i Fishbein, 1980) wraz z rozszerzoną wersją pod nazwą teorii planowanego działania (Ajzen, 1991). Na bazie założeń tych dwóch teorii powstały modyfikacje dla wyjaśnienia związków przyczynowo-skutkowych w obszarze gospodarki elektronicznej oraz społeczeństwa informacyjnego (Banaś, 2010). Są to bezpośrednio wywodzący się z powyższych założeń i wyjaśniający wpływ określonych czynników na postrzegane efekty wykorzystania technologii model akceptacji technologii (Davis, 1989) oraz jego rozbudowane wersje. Zachowania zdrowotne są jednak zbyt złożone, aby można je było wyjaśnić jedną, ujednoliconą teorią. Zamiast tego opracowuje się i testuje modele opierające się na kilku teoriach, aby pomóc zrozumieć konkretny problem w określonym otoczeniu lub kontekście (Kim i Park, 2012).

2.4.1. Model przekonań zdrowotnych

Wiele badań dotyczących zachowań w obszarze poszukiwania informacji o zdrowiu koncentruje się na zrozumieniu wykorzystania Internetu do celów zdrowia za pomocą modelu przekonań zdrowotnych (*Health Belief Model*, HBM). Opracowany w latach pięćdziesiątych XX wieku, by szczegółowo opisać profilaktyczne zachowania zdrowotne (Hochbaum, 1958; Rosenstock, 1974a), został później zastosowany do analiz reakcji pacjentów na pojawiające się objawy i zachowań związanych z postawioną diagnozą (Becker, 1974; Kirscht, 1974).

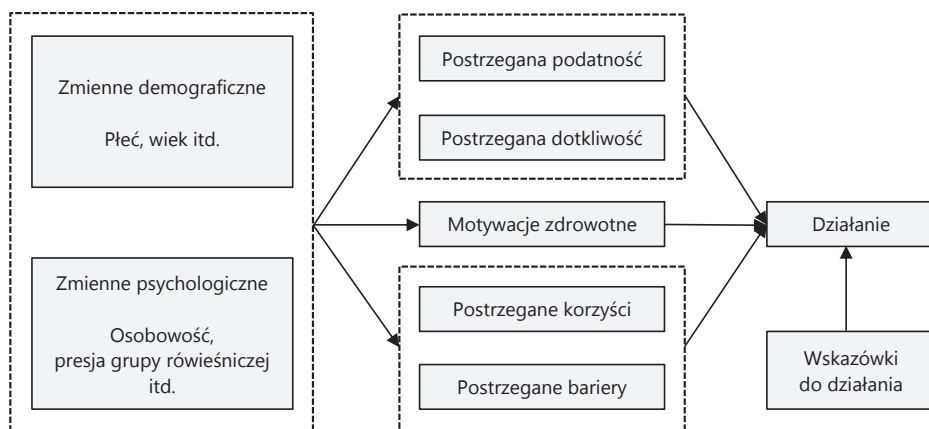
Konstrukcja HBM obejmuje kilka podstawowych koncepcji wyjaśniających, dlaczego ludzie podejmują działania mające na celu zapobieganie chorobom (Chen i Land, 1986): postrzeganą podatność, postrzeganą dotkliwość, postrzegane korzyści, postrzegane bariery, wskazówki do działania, a ostatnio także poczucie własnej skuteczności

(tabela 2.6 i rysunek 2.5). W ten sposób budowana jest sugestia, że wiara w ryzyko zdrowotne pozwala przewidzieć prawdopodobieństwo angażowania się w zachowania zdrowotne.

Tabela 2.6. Elementy składowe modelu HBM

Koncept	Definicja
Postrzegana podatność	Przekonanie o możliwości wystąpienia ryzyka lub zachorowania lub choroby
Postrzegana dotkliwość	Przekonanie o tym, jak poważny jest stan i jego następstwa
Postrzegane korzyści	Wiara w skuteczność zalecanego działania w celu zmniejszenia ryzyka lub wagi uderzenia
Postrzegane bariery	Przekonanie o materialnych i psychologicznych kosztach zalecanego działania
Wskazówki do działania	Strategie aktywacji „gotowości”
Poczucie własnej skuteczności	Zaufanie do własnej zdolności do działania

Źródło: V.L. Champion, C.S. Skinner, *The health belief model*. W: K. Glanz, B.K. Rimer, K. Viswanath, *Health behavior and health education. Theory, Research and Practice*. San Francisco: Jossey-Bass, 2008, s. 48.



Rysunek 2.5. Model przekonań zdrowotnych

Źródło: Ch. Abraham, P. Sheeran, *The Health Belief Model* [w:] M. Conner, P. Norman (red.), *Predicting health behaviour. Research and practice with social cognition models*. Berkshire: Open University Press McGraw-Hill, 2005, s. 31.

Podstawowe założenie modelu polega na tym, że przy braku jakichkolwiek objawów osoba nie będzie podejmować działań zdrowotnych ani profilaktycznych, chyba że czuje się zagrożona (Champion i Skinner, 2008). Przy tego rodzaju odczuciach prawdopodobnie podjęte zostaną inicjatywy, które będą miały zmniejszyć to ryzyko. Takimi posunięciami może być poszukiwanie w Internecie informacji dotyczących zdrowia i choroby (Kwon i in., 2011). W tym kontekście szczególnego znaczenia nabierają dwa wymiary modelu – postrzegana podatność na choroby i postrzegana ciężkość choroby (Ahadzadeh i in., 2015). To one sprawiają, że osoby z wyższym postrzeganym zagrożeniem dla zdrowia mają większą motywację do zmiany lub przyjęcia zachowań prozdrowotnych, w tym do poszukiwania informacji oraz korzystania z kanałów informacyjnych i komunikacyjnych takich jak Internet w celu zaspokojenia potrzeb związanych ze zdrowiem w zakresie informacji i komunikacji.

2.4.2. Teoria uzasadnionego działania i teoria planowanego zachowania

Szeroko wykorzystywane w analizach zachowań teoria uzasadnionego działania (*Theory of Reasoned Action*, TRA) i będąca jej rozszerzeniem teoria planowanego zachowania (*Theory of Planned Behaviour*, TPB) to teoretyczne konstrukty koncentrujące się na indywidualnych czynnikach motywacyjnych jako determinantach realizacji określonego działania. Zakładają, że najlepszym predyktorem zachowania jest intencja behawioralna, która z kolei jest określana przez stosunek do zachowania oraz społeczne, normatywne postrzeganie tego zachowania (Montaño i Kasprzyk, 2008).

Teoria uzasadnionego działania autorstwa M. Fishbeina i I. Ajzena (1975, 1980) powstała, by lepiej zrozumieć związki między postawami, intencjami i zachowaniami (Fishbein, 1967). Autorzy jasno zdefiniowali podstawowe przekonania (behawioralne i normatywne), intencje i zachowanie oraz ich pomiar (Fishbein i Ajzen, 1975; Ajzen i Fishbein, 1980; Ajzen, 1991). Uznali, iż ludzie nie tylko są świadomi swoich postaw i zachowań (Banaś, 2010), ale między tymi elementami zachodzi zależność. Określone zachowanie bezpośrednio poprzedza świadomy zamiar – intencja, na intencję natomiast bezpośrednio oddziałuje indywidualna postawa oraz subiektywnie postrzegane normy.

Rozszerzeniem TRA jest stworzona przez Ajzena (1991) teoria planowanego działania. Zawiera dodatkową konstrukcję w postaci postrzeganej kontroli nad realizacją zachowania, która – jak potwierdzają badania (Li i in., 2009) – znacznie poprawia rozumienie intencji. Intencja oddziałująca na zachowanie jest więc tu determinowana

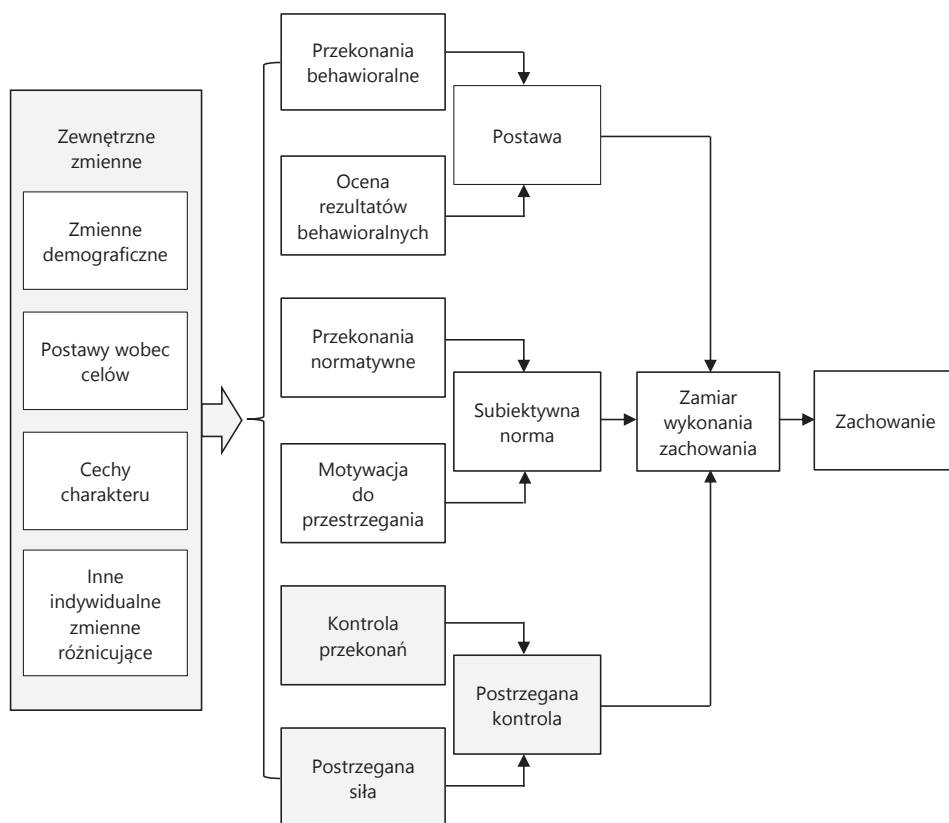
działaniem trzech sił: postawy, subiektywnych norm i postrzeganej kontroli zachowania rozumianej przez pryzmat przekonania, że człowiek ma wpływ na wykonanie zamierzonego działania i że istnieją czynniki ułatwiające lub utrudniające osiągnięcie tego celu. Elementy składowe i powiązania w modelu przedstawiają tabela 2.7 oraz rysunek 2.6.

Tabela 2.7. Elementy składowe modeli TRA i TPB

Konstrukt	Definicja
Intencja	Postrzegane prawdopodobieństwo kształtowania się zachowania pod wpływem określonych parametrów
Postawa	Ogólne odczucie (o charakterze pozytywnym lub negatywnym), nakierowane na określone zachowanie
Przekonanie dotyczącego wyniku zachowania	Przekonanie, że wydajność behawioralna jest związana z określonymi atrybutami lub wynikami
Ocena	Wartość związana z wynikiem zachowania
Subiektywne normy	Przekonanie o tym, czy większość ludzi aprobeuje lub potępia zachowanie
Przekonanie normatywne	Przekonanie o tym, czy każdy osobnik aprobeuje zachowanie, czy nie zgadza się z nim
Motywacja do przestrzegania norm	Motywacja do robienia tego, co każdy osobnik myśli
Postrzegana kontrola zachowania	Ogólna miara postrzeganej kontroli nad zachowaniem
Kontrola przekonań	Postrzegane prawdopodobieństwo wystąpienia każdego warunku ułatwiającego lub ograniczającego
Postrzegana siła	Postrzegany wpływ każdego warunku na utrudnianie lub ułatwianie zachowania

Źródło: opracowanie własne na podstawie: R. Świętochowski, M. Wawrzków, *Motywacja osób dorosłych do realizowania zachowań zdrowotnych*. „Psychologia Wychowawcza” 2020, 17, s. 83–84; G. Godin, G. Kok, *The Theory of Planned Behavior: A Review of Its Applications to Health-Related Behaviors*. „American Journal of Health Promotion” 1996, 11 (2), s. 87–98.

Teoria planowanego zachowania z powodzeniem jest stosowana w zdrowiu, m.in. w odniesieniu do zachowań takich jak działania prewencyjne (Świętochowski i Wawrzków, 2020), do których należy poszukiwanie informacji na tematy związane ze zdrowiem. TPB ma zastosowanie w badaniach dotyczących technologii informacji o zdrowiu HIT na czele z poszukiwaniem informacji zdrowotnych (HIS) w Internecie (Kim i Park, 2012).



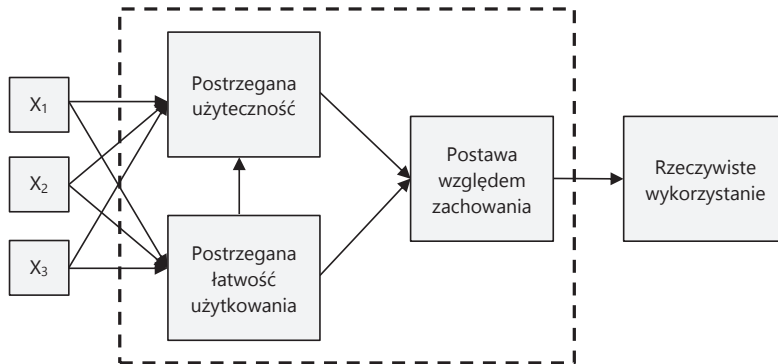
Rysunek 2.6. Teoria uzasadnionego działania (TRA) i teoria planowanego zachowania (TPB)

Źródło: D.E. Montaño, D. Kasprzyk, *Theory of Reasoned Action, Theory of Planned Behavior, and the Integrated Behavioral Model* [w:] K. Glanz, B.K. Rimer, K. Viswanath (red.), *Health behavior and health education. Theory, Research and Practice*. San Francisco: Jossey-Bass, 2008, s. 74–75.

2.4.3. Model akceptacji technologii

Jedną z najpowszechniej stosowanych przez badaczy teorii całościowo wyjaśniających zaangażowanie ludzi w używanie nowych technologii jest model akceptacji technologii (*Technology Acceptance Model, TAM*) (Coeckelbergh, 2012) autorstwa Davisa (1985). Może on zostać dostosowany do potrzeb technologii informacyjnych w dziedzinie zdrowia w postaci Internetu dzięki dodaniu czynników związanych z zachowaniem użytkowników (Davis, 1989, 1993). Szeroko testowany (Mathieson, 1991; Davis i Venkatesh, 1996)

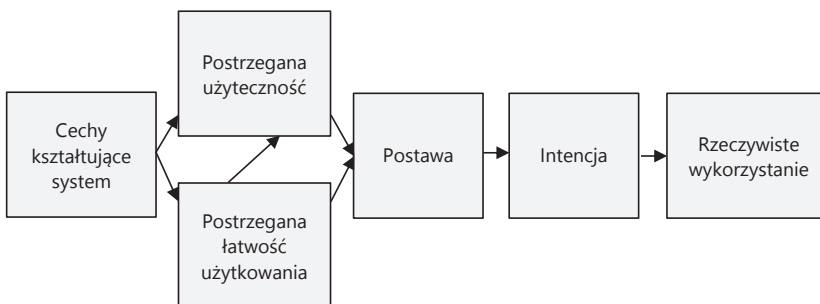
i wielokrotnie poddawany modyfikacjom koncept pozwala precyzyjnie opisać postawy i zachowania związane z wykorzystaniem Internetu do celów zdrowia przy uwzględnieniu kontekstu społecznego i kulturowego (rysunek 2.7).



Rysunek 2.7. Model akceptacji technologii

Źródło: opracowanie własne na podstawie: F.D. Davis, *A technology acceptance model for empirically testing. New end-user information systems: theory and results*. Cambridge: MIT Press, 1985, s. 24.

Najważniejszą modyfikacją dokonaną przez twórcę TAM i jego współpracowników było dodanie do modelu zmiennej w postaci zamiaru lub intencji behawioralnej (Davis i in., 1989), poprzedzającej rzeczywiste wykorzystanie technologii (rysunek 2.8). Zmiana ta wyniknęła z uwzględnienia sytuacji, gdy jakiś system zostanie uznany za użyteczny, a użytkownik ma silną intencję behawioralną stosowania go bez przyjmowania żadnych postaw.



Rysunek 2.8. Model akceptacji technologii po modyfikacji

Źródło: F.D. Davis, R. Bagozzi, P. Warshaw, *User acceptance of computer technology: a comparison of two theoretical models*. „Management Sciences” 1989, 35 (8), s. 985.

Model jest adaptacją teorii uzasadnionego działania (Fishbein i Ajzen, 1975; Ajzen i Fishbain, 1980), która zakłada, że zachowanie jest determinowane intencją behawioralną. Oprócz tego, iż opiera się na założeniu, że decyzja podejmowana przez użytkownika w zakresie wykorzystania nowej technologii informacyjnej jest reakcją, którą można wyjaśnić lub przewidzieć na podstawie jego motywacji, zakłada poddawanie się wpływowi bodźców zewnętrznych. Bodźce te poprzez postrzeganą łatwość użytkowania, postrzeganą użyteczność oraz postawy względem używania technologii oddziałują na intencję behawioralną (Davis i in., 1989). Zmienne zewnętrzne obejmują charakterystykę systemu stosującego nową technologię, charakterystykę użytkownika i czynniki organizacyjne (Przechlewski, 2012, s. 66).

W modelu TAM łatwość korzystania i użyteczność Internetu są ważnymi determinantami przejawianych postaw. Wyjściowo oceniane na czternastostopniowej skali, zredukowane najpierw do dziesięciu, a ostatecznie do sześciu elementów (Davis, 1989), stanowią podstawę wszystkich analiz (tabela 2.8).

Tabela 2.8. Zredukowane skale pomiarowe użyteczności i łatwości użycia technologii informacyjnej

Łatwość użycia technologii	Użyteczność technologii
– łatwa do nauki, – do opanowania, – jasna i zrozumiała, – elastyczna, – łatwo nabrać wprawy, – łatwa w użyciu	– szybsza realizacja zadań, – zwiększona wydajność pracy, – zwiększona produktywność, – zwiększona efektywność, – ułatwienie pracy, – przydatność w pracy

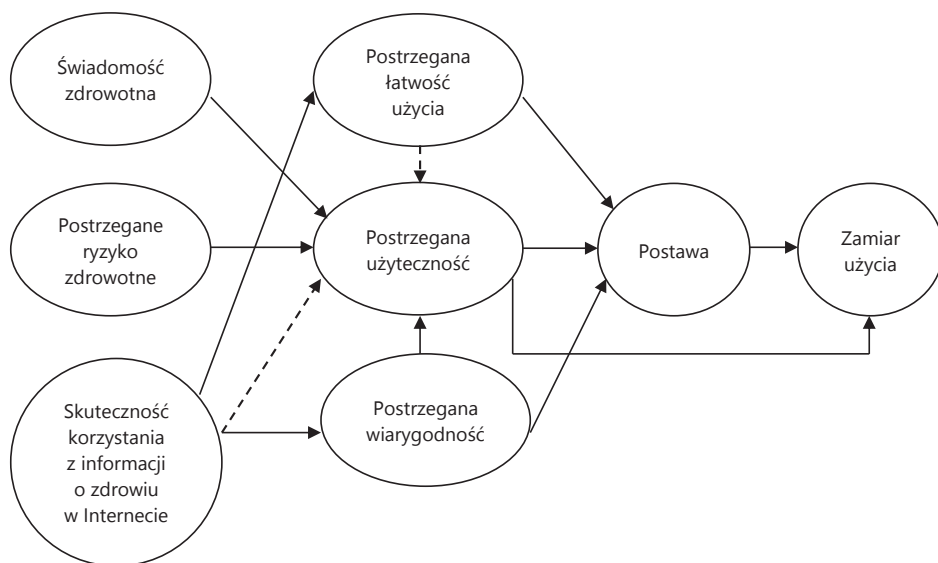
Źródło: F.D. Davis, *Perceived Usefulness, Perceived Ease of Use, and User Acceptance of Information Technology*. „Management Information Systems Quarterly” 1989, 13 (3), s. 331.

Postrzegana łatwość użycia jest tu definiowana jako stopień, do którego jednostka wierzy, że użycie określonego systemu będzie wolne od fizycznego i umysłowego wysiłku, postrzegana użyteczność zaś jako stopień, do którego jednostka wierzy, że użycie określonego systemu będzie poprawiać wydajność pracy (Goodwin, 1987; Hill i in., 1987; Davis, 1989, s. 322; Gould i in., 1991).

TAM został w późniejszym czasie rozbudowany do postaci TAM2 (Venkatesh i Davis, 2000), w której usunięto komponent „postawa” i dodano „normę subiektywną” mającą na celu uchwycenie wpływu społecznego, który zmusza użytkowników końcowych do pozytywnej oceny i akceptacji technologii informacyjnych (Holden i Karsh, 2010). Wersja TAM3 (Venkatesh i Bala, 2008) to adaptacja na potrzeby zachowań przedsiębiorstw (Coeckelbergh, 2012).

2.4.4. Model poszukiwania informacji o zdrowiu w Internecie według E.K. Yuna

Kilka kluczowych pojęć z opisanych teorii, takich jak postawa, zamiar zachowania i zachowanie, jest takich samych, a ścieżki wyjaśniania zjawisk są bardzo podobne. Możliwa jest zatem ich synteza poprzez wyodrębnienie wspólnych kluczowych pojęć i zbudowanie logicznych ścieżek między nimi (Kim i Park, 2012). Próbę połączenia koncepcji podjął E.K. Yun (2008) i zbudował zintegrowany model bazujący na modelu akceptacji technologii, dodając zmienne poprzedzające i pośredniczące zaczerpnięte z modelu przekonania zdrowotnych, teorii uzasadnionego działania oraz teorii planowanego zachowania. Są to: świadomość zdrowotna, postrzegane zagrożenie dla zdrowia i skuteczność korzystania z informacji zdrowotnych w Internecie jako elementy modelu poprzedzające zmienne TAM oraz postrzegana wiarygodność jako element pośredniczący w przekonaniach (Yun i Park, 2010). Zatem takie czynniki poznawcze pacjentów szukających informacji o zdrowiu online, jak obawy zdrowotne, postrzegane zagrożenie i poczucie własnej skuteczności w Internecie, wpływają na ich działania związane z poszukiwaniem informacji poprzez postrzeganą użyteczność i łatwość użycia (Kim i Park, 2012) (rysunek 2.9).



Rysunek 2.9. Model autorstwa Eun Kyoung Yuna

Źródło: E.K. Yun, H.A. Park, *Consumers' disease information-seeking behaviour on the Internet in Korea*. „Journal of Clinical Nursing” 2010, 19, s. 2863.

Koncepcję oparto na założeniu, że wykorzystanie modelu akceptacji technologii w odniesieniu do pacjentów poszukujących informacji dotyczących zdrowia i chorób w Internecie wymaga uzupełnienia ze względu na ograniczenia w wyjaśnianiu tego typu zachowań.

Po pierwsze, postrzeganą łatwość użycia, postrzeganą użyteczność, nastawienie i zamiar zachowania wsparto podstawowymi pojęciami z modelu przekonań zdrowotnych (Rosenstock, 1974b) – świadomością zdrowotną i postrzeganym ryzykiem zdrowotnym (Yun i Park, 2010). Stało się tak ze względu na uznanie poszukiwań informacji o zdrowiu i chorobach za działanie prozdrowotne, a takowe powodowane jest świadomością i zaniepokojeniem w obszarze własnego stanu zdrowia. Pacjenci mają wówczas silną motywację do poprawy i utrzymania własnego zdrowia (Michaelidou i Hassan, 2008) oraz wykazują bardziej aktywne zachowania związane z poszukiwaniem informacji (Berger i in., 2005; Sillence i in., 2007). W modelu przyjęto, że obawy zdrowotne pozytywnie wpływają na postrzeganą użyteczność Internetu jako źródła informacji zdrowotnych, gdyż narzędzie to zmniejsza odczuwane ryzyko powodowane niepewnością.

Po drugie, zdolności poznawcze konsumentów związane z wyszukiwaniem informacji o chorobach nie pojawiły się wraz z wynalezieniem Internetu, lecz są powiązane z poczuciem własnej skuteczności rozumianej jako przekonanie, że można działać w określony sposób dla osiągnięcia określonych celów (Ormrod, 2006). Co do wykorzystania Internetu ustalono, że wymagana jest umiejętność posługiwania się komputerem i Internetem jako instrumentem (Laperrier i in., 1998; Ormrod, 2006) oraz rozumienie udostępnianych treści (Bates i in., 2006). Tak więc skuteczność korzystania z informacji zdrowotnych online jest pochodną skuteczności działań w Internecie w obszarze zdrowia i subiektywnej wiedzy pacjentów o zdrowiu (Yun i Park, 2010).

Po trzecie, w nastawieniu pacjentów i zamiarze wykorzystania zdrowotnej informacji pochodzącej z Internetu pośredniczy postrzeganie technicznych i jakościowych aspektów odwiedzanych stron internetowych. Tak więc do pochodzących z rozszerzonego modelu TAM spostrzeganej łatwości użycia i postrzeganej użyteczności dodano postrzeganą wiarygodność informacji (Yun i Park, 2010). W ten sposób poddawane ocenie są trzy aspekty wykorzystywania Internetu: aspekt kontekstowy poprzez postrzeganą wiarygodność, aspekt techniczny poprzez pryzmat postrzeganej łatwości użytkowania oraz aspekt praktyczny poprzez postrzeganą użyteczność.

Kompletny zestaw zmiennych z charakteryzowanego modelu wraz z charakterystyką i metodą pomiaru prezentuje tabela 2.9.

Tabela 2.9. Zmienne modelu poszukiwania informacji o zdrowiu w Internecie wg E.K. Yuna

Zmienne	Charakterystyka	Pomiar
1. Świadomość zdrowotna (<i>health consciousness</i>)	ogólne zainteresowanie własnym zdrowiem, zainteresowanie informacjami zdrowotnymi, stopień zaangażowania działań prozdrowotnych	pięcioelementowa skala badania świadomości zdrowotnej i odżywiania (Ministry of Health, 2002)
2. Postrzegane zagrożenie dla zdrowia (<i>perceived health risk</i>): a) postrzegana powaga choroby (<i>perceived seriousness</i>); b) postrzegana podatność na chorobę (<i>perceived susceptibility</i>)	mierzone postrzeganą powagą i postrzeganą podatnością na chorobę, przekonania dotyczące powagi konsekwencji, jakie mogą wystąpić w przypadku zachorowania, przekonania dotyczące osobistego ryzyka zachorowania	czteroelementowa skala postrzegane go ryzyka zdrowotnego (Moon, 1990)
3. Skuteczność korzystania z informacji o zdrowiu w Internecie (<i>Internet health information use efficacy</i>): a) skuteczność Internetu (<i>Internet efficacy</i>); b) subiektywna wiedza na temat zdrowia (<i>subjective health information knowledge</i>)	mierzona skutecznością wykorzystania Internetu i subiektywną wiedzą na temat zdrowia, zaufanie do wyszukiwania informacji zdrowotnych online, pewność korzystania z Internetu, poczucie własnej skuteczności przy komputerze, stopień przekonania o poziomie wiedzy na temat zdrowia w porównaniu z przyjaciółmi, znajomymi i ekspertami	pięcioelementowa skala oceny własnej skuteczności (Compeau i Higgings, 1995), doświadczenia i umiejętności komputerowych (Novak i Hoffman, 2000) oraz skuteczności zachowań w Internecie (Kim i Han, 2001), trójelementowa skala samooceny (Park i in., 1994)
4. Postrzegana łatwość użycia (<i>perceived ease of use</i>)	stopień przekonania, że korzystanie z informacji o chorobach w Internecie byłoby wolne od wysiłku	pięcioelementowa skala na podstawie TAM (Davis i in., 1989)
5. Postrzegana użyteczność (<i>perceived usefulness</i>)	stopień przekonania, że korzystanie z informacji o chorobach w Internecie poprawiłoby ich działania związane ze zdrowiem	pięcioelementowa skala na podstawie TAM (Davis i in., 1989)
6. Postrzegana wiarygodność (<i>perceived credibility</i>)	– wiarygodność, – aktualność, – autorytet, – dokładność informacji o chorobach w Internecie	czteroelementowa skala (West, 1994)
7. Postawa (<i>attitude</i>)	odczucia konsumentów związane z korzystaniem z informacji o chorobach w Internecie	trójelementowa skala na podstawie TAM (Davis i in., 1989)
8. Intencja behawioralna (<i>behavioral intention</i>)	zamiar zrealizowania mierzonego prawdopodobieństwa przyjęcia Internetu jako źródła informacji o chorobach	trójelementowa skala na podstawie TAM (Davis i in., 1989)

Źródło: opracowanie własne na podstawie: E.K. Yun, H.A. Park, *Consumers' the disease information-seeking behaviour on Internet in Korea*. „Journal of Clinical Nursing” 2010, 19.

Tak więc do modelu opracowanego przez E.K. Yuna wniesiono z modelu TAM związku między postrzeganą łatwością użycia, postrzeganą użytecznością, nastawieniem i zamiarem użycia (Davis i in., 1989; Davis, 1993; Yang i Choi, 2001), zależność między postrzeganą wiarygodnością a postrzeganą użytecznością z badań Gefena i in. (2003) oraz Wu i Chena (2005), a zależności między postawą a intencją behawioralną na podstawie opracowań dotyczących akceptacji planowanych do wykorzystania systemów (Davis i in., 1989; Yang i Choi, 2001).

2.4.5. Przykłady wykorzystania teorii i modeli poszukiwania online informacji w obszarze zdrowia

Stosowanie teorii i modeli w odniesieniu do wykorzystania IT w dziedzinie zdrowia zapoczątkowano pod koniec lat dziewięćdziesiątych XX wieku. Ten bardzo szeroki i zróżnicowany obszar zwany *health information technology* (HIT), definiowany jako „wiedza, umiejętności i narzędzia, które umożliwiają gromadzenie informacji, zarządzanie nimi, wykorzystywanie ich i dzielenie się nimi w celu wspierania świadczenia opieki zdrowotnej i promowania zdrowia” (UK National Health Service, 2008), jest dziś licznie reprezentowany w literaturze. Pierwsze badania przeprowadzono dla potrzeb telemedycyny, testując najpierw bez większego sukcesu model akceptacji technologii i różne jego wersje oraz teorię planowanego zachowania (Hu i in., 1999; Chau i Hu, 2002). Kolejne próby wykazały jednak, że można z powodzeniem stosować te modele i teorie dla potrzeb poszczególnych składowych ochrony zdrowia (Holden i Karsh, 2010).

Proces testowania i adaptacji rozwiązań z zakresu HIT zazwyczaj polega na wykorzystywaniu modelu TAM jako ramy koncepcyjnej, a następnie usuwaniu (Hu i in., 1999; Rawstorne i in., 2000) lub dodawaniu zmiennych predykcyjnych (Chau i Hu, 2002; Tung i in., 2008). Zmienne te są traktowane albo jako niezależne predyktory zamiaru korzystania lub faktycznego korzystania z technologii informatycznej do celów zdrowia, albo używane do przewidywania zmiennych TAM, takich jak postrzegana łatwość użycia i postrzegana użyteczność. Wśród wprowadzanych zmiennych pojawiają się postrzegane cechy systemu informatycznego opisujące, jak dobrze system działa (Liu i Ma, 2005), jego znaczenie dla wykonywanej pracy (Liang i in., 2003), cechy osobowe użytkowników (Horan i in., 2004; Schaper i Pervan, 2007b), cechy organizacji takie jak gotowość do IT lub wsparcie techniczne (Schaper i Pervan, 2007a; Wu i in., 2007) i zmienne psychologiczne takie jak posiadanie (Paré i Sicotte, 2006) i zaufanie (Tung i in., 2008). Oprócz podstawowej wersji TAM testuje się TAM2 (Chismar i Wiley-Patton, 2002; Chen

i in., 2007), hybrydę UTAUT, TAM i TPB (Yi i in., 2006). Czasami zestawia się lub łączy TAM z innym modelem, na przykład TPB (Chau i Hu, 2001; Andrews i in., 2014) czy HBM (Ahadzadeh i in., 2015) (Holden Karsh, 2010) (tabela 2.10).

Tabela 2.10. Definicje zmiennych w modelu TAM i modelach pokrewnych

Zmienna	Definicja	Modele zawierające zmienną
<i>Behavior</i> (zachowanie)	Działanie, konkretne lub ogólne, którego prognoza jest obiektem zainteresowania	TRA/TPB
<i>Use</i> (użycie)	Jedno szczególne zachowanie będące przedmiotem zainteresowania osób w odniesieniu do niektórych technologii informatycznych (IT)	TAM, TAM2, UTAUT
<i>Behavioral intention</i> (zamiar behawioralny)	Motywacja lub chęć osoby do podjęcia wysiłku w celu realizacji docelowego zachowania	TAM, TAM2, UTAUT, TRA/TPB
<i>Attitude</i> (postawa)	Indywidualna ocena zachowania docelowego w jakimś wymiarze (np. dobre/złe, szkodliwe/korzystne, przyjemne/nieprzyjemne)	TAM, TRA/TPB
<i>Perceived ease of use</i> (postrzegana łatwość użycia)	Indywidualne przekonanie, że korzystanie z systemu informatycznego będzie bezproblemowe	TAM, TAM2
<i>Perceived usefulness</i> (postrzegana użyteczność)	Postrzeganie przez jednostkę, że korzystanie z systemu informatycznego poprawi wydajność pracy	TAM, TAM2
<i>Subjective norm</i> (norma subiektywna)	Postrzeganie przez jednostkę stopnia, w jakim ważne osoby aprobują lub nie akceptują docelowego zachowania	TAM2, TRA/TPB
<i>Perceived behavioral control</i> (postrzegana kontrola behawioralna)	Postrzeganie przez jednostkę tego, jak łatwe lub trudne będzie wykonanie docelowego zachowania (poczucie własnej skuteczności) wśród czynników, które utrudniają lub ułatwiają zachowanie (warunki ułatwiające), lub stopnia kontroli, jaką ma osoba nad wykonywaniem danego zachowania (możliwość kontrolowania)	TPB
<i>Behavioral beliefs, normative beliefs, control beliefs</i> (przekonania behawioralne, przekonania normatywne, przekonania kontrolujące)	Indywidualne spostrzeżenia dotyczące konkretnych pozytywnych/negatywnych skutków określonego zachowania, określonych grup lub osób, które zachęcają/zniechęcają do takiego zachowania, oraz określone czynniki lub okoliczności, które czynią zachowania łatwiejszymi/trudniejszymi	TRA/TPB

Źródło: opracowanie własne na podstawie: R. Holden, B. Karsh, *The Technology Acceptance Model: Its past and its future in health care*. „Journal of Biomedical Informatics” 2010, 43, s. 160.

Wykorzystanie i testowanie przez badaczy modeli i teorii na potrzeby używania przez pacjentów Internetu jako źródła informacji o zdrowiu lub narzędzi, które we współpracy z siecią pozwalają na czerpanie wiedzy związanej ze zdrowiem lub chorobą, to tylko mały fragment tego, co dzieje się we wszystkich obszarach szeroko pojmowanej

ochrony zdrowia. W tabeli 2.11 wymieniono przykładowe badania z tej dziedziny wraz z zastosowaną bazą teoretyczną.

Tabela 2.11. Przykłady wykorzystania w badaniach teorii i modeli zachowań w obszarze poszukiwania informacji o zdrowiu w Internecie przez pacjentów

Publikacja	Kraj	Oceniana aktywność	Baza teoretyczna
Kim i Chang, 2007	Korea	internetowe strony z informacjami o zdrowiu	TAM
Klein, 2007	USA	portale pacjent–lekarz	TAM
Lanseng i Andreassen, 2007	Norwegia	oparte na Internecie aplikacje do samodiagnostyki	TAM
Ahadzadeh i in., 2015	Malezja	powiązane ze zdrowiem użycie Internetu	HBM TAM
Baulch i in., 2010	Australia	witryny internetowe dotyczące zdrowej wagi	TAM
Bidmon i in., 2014	Niemcy	mobilne aplikacje do oceny lekarzy	TAM
Cudmore i in., 2011	USA	witryny internetowe poświęcone opiece zdrowotnej	TAM, teoria użytkowania i gratyfikacji
Cilliers i in., 2018	RPA	informacje zdrowotne z telefonów komórkowych	UTAUT
Jo i in., 2017	Korea	akredytowana internetowa informacja o zdrowiu	TAM
Kim i Park, 2012	Korea	technologie informatyczne dotyczące zdrowia	TAM
Kim i in., 2012	Korea	informacje zdrowotne online	TAM
Lai i in., 2008	USA	edukacja oparta na komputerach	TAM
Lazard i in., 2016	USA	portale dla pacjenta	TAM
Liang i in., 2011	USA	internetowa informacja o zdrowiu	TAM
Lim i in., 2011	Singapur	mobilne aplikacje z informacjami o zdrowiu	TAM
Maass i Varshney, 2012	Niemcy	wszechobecne systemy informacyjne opieki zdrowotnej	TPB TAM
Tao i in., 2018	Chiny	internetowe portale z informacjami o zdrowiu	TAM
Wong i in., 2014	Hong Kong	użycie Internetu do pozyskiwania informacji o zdrowiu	TAM
Yoo i Robbins, 2008	USA	strony internetowe odnoszące się do zdrowia	TAM, teoria użytkowania i gratyfikacji, TPB
Yun i Park, 2010	Korea	poszukiwanie informacji o chorobie w Internecie	TAM

Źródło: opracowanie własne na podstawie: D. Tao, T., Wang, T. Wang, T. Zhang, X. Zhang, X. Qu, *A systematic review and meta-analysis of user acceptance of consumer-oriented health information technologies*. „Computers in Human Behavior” 2020, 104, 106147.

W literaturze przedmiotu obecne są również podobne badania przeprowadzone w odniesieniu do zachowań lekarzy i środowiska medycznego wobec technologii ITC. Chismar i Wiley-Patton (2002) analizowali akceptację Internetu i opartych na Internecie aplikacji zdrowotnych wśród pediatrów, Han i in. (2005) – akceptację mobilnego medycznego systemu przez lekarzy POZ i specjalistów, Schaper i Pervan (2007a, 2007b) – akceptację i informacyjnych i komunikacyjnych technologii ITC przez terapeutów zajęciowych.

Na podstawie przytoczonych przykładów widać, że TAM stanowi dobrą podstawę do badania czynników wpływających na akceptację różnych technologii informacyjnych wykorzystywanych dla celów zdrowia zarówno przez pacjentów, jak i personel medyczny. Po dodaniu odpowiednio dobranych zmiennych na potrzeby konkretnej technologii, np. Internetu, powstaje instrument pomiarowy w satysfakcjonujący sposób wyjaśniający zachowania jej użytkowników.

2.5. Wpływ pochodzącej z Internetu informacji o zdrowiu na relację lekarz–pacjent

Pacjenci mierzą się z wieloma wyzwaniami. Życie rodzinne, warunki pracy, problemy psychologiczne czy brak zrozumienia ze strony społeczeństwa, rodziny i pracowników ochrony zdrowia (Daraz i in., 2019) to zjawiska towarzyszące chorobie. Aby temu podołać, potrzebują informacji pomocnych w zrozumieniu problemu, podjęciu świadomych decyzji, przywróceniu poczucia kontroli nad własnym zdrowiem i poprawie jakości życia podczas choroby. Niestety nie zawsze informacje, które otrzymują od pracowników służby zdrowia, są wystarczająco jasne i satysfakcjonujące (Alpay i in., 2009). Aby zaspokoić potrzeby w tym zakresie, poszukują więc informacji w Internecie (Fox, 2014), który został uznany za podstawę edukacji i wzmocnienia pozycji pacjentów (Eysenbach i Köhler, 2002) w czasach ucieczki od medycznych autorytetów. Dziś lekarz „zderza się” z pacjentem, który dysponuje wiedzą pozyskaną od „doktora Google” (Lee i in., 2014; Kłak i in., 2017; Riel i in., 2017), co zwykle jest traktowane jako wyraz emancypacji pacjentów (Siuda i Pluta, 2020) wynikającej z pozyskiwania wiedzy wcześniej dostępnej jedynie ekspertom (Pitts, 2004). To Internet sprawia, że zacierają się granice między rolami zwyczajowo przypisanymi lekarzowi i pacjentowi. Jest swoistą biblioteką, z której zasobów chętnie korzysta pacjent jednocześnie umawiający się na „tradycyjną” wizytę lekarską.

Zwykle decyzje w zakresie dolegliwości czy procesu leczenia podejmowane były przez lekarza, którego opinia z reguły była ostateczna i niepodważalna. Internet zmienił to, a wpływ znalezionych w nim informacji na relację lekarz–pacjent można sprawdzić do trzech obszarów, konsekwencje tego typu praktyk pojawiają się bowiem przed wizytą u lekarza, w jej trakcie oraz po i mogą mieć na nią zarówno pozytywny, jak i negatywny wpływ (Knol-Michałowska, 2014).

Zanim pacjent spotka się z lekarzem, Internet może posłużyć mu do autodiagnozy i próby samodzielnego radzenia sobie z problemami zdrowotnymi (Ziebland i in., 2004) bez kontaktu z lekarzem. Niekiedy zdobyte informacje niesłusznie uspokajają pacjentów, którzy rezygnują lub odraczają wizytę, podczas gdy ich problem zdrowotny wymaga natychmiastowej interwencji medycznej (Broom, 2005b). Błędna diagnoza wywołuje również komplikacje i jest przyczyną zbędnych wizyt u lekarza (Pena-Purcell, 2008) nie tylko marnujących jego czas, ale również odbierających szansę profesjonalnej pomocy pacjentom rzeczywiście jej potrzebującym. Mimo że Internet pomaga ustalić, czy dolegliwości są poważne i wymagają konsultacji, dzięki czemu nie traci się czasu i nie zabiera go lekarzowi (Bowes i in., 2012), pochodzące z tego źródła informacje potrafią też wywołać niepotrzebne obawy i lęk związany ze stanem zdrowia (Donnelly i in., 2008). Poza tym Internet pozwala dotrzeć do informacji, gdy nie można ich uzyskać od lekarza choćby z powodu długiego oczekiwania na wizytę (Ulatowska-Szostak i in., 2009). Jeśli pacjent jest zdecydowany na spotkanie z lekarzem, informacje z Internetu pozwalają mu zdobyć wiedzę na temat tego, jak postępować z pojawiającymi się objawami do czasu wizyty (Donnelly i in., 2008), co zmniejsza stres powodowany podejrzeniem poważnej choroby, zwłaszcza przy długim oczekiwaniu na konsultację (Lopez-Gomez i in., 2012). Internet umożliwia także sprawdzenie kompetencji konkretnych lekarzy (Chiu, 2011) i znalezienie spełniającej wymagania placówki ochrony zdrowia (van de Poll-Franse i van Eenbergen, 2008), aby podjąć decyzję, do kogo i gdzie się udać.

W czasie wizyty internetowa informacja o zdrowiu przyczynia się do przemiany pacjentów i lekarzy, a fakt jej posiadania wpływa zarówno pozytywnie (Nwosu i Cox, 2000), jak i negatywnie na tę relację (Sommerhalder i in., 2009). Informacja z Internetu pozwala pacjentom nie tylko lepiej rozumieć przekazywane treści czy fachowe pojęcia (Kivits, 2006), ale także odpowiednio przygotować się do wizyty (Doroszewska, 2010), m.in. dzięki wcześniejszemu zaplanowaniu pytań, jakie należy zadać (Castleton i in., 2011). Chorzy zyskują dzięki temu większą pewność siebie (Chiu, 2011) i odwagę do zadawania pytań (Murray i in., 2003a), stają się bardziej aktywnymi uczestnikami interakcji (Kivits, 2006), konsekwencją czego jest większy udział, a nawet partnerstwo w procesie podejmowania decyzji dotyczących leczenia (Broom, 2005b). Pacjent dzięki zdobytej

wiedzy może podważać zdanie lekarza lub wskazywać zaniedbania w procesie leczenia (Siuda i Pluta, 2020). Mięwa przeświadczenie bycia lepszym specjalistą od lekarza, co znajduje wyraz w wywieraniu nacisku w celu potwierdzenia autodiagnozy i zaakceptowania wybranych form leczenia (Sobierajski, 2012a). Lekarze w kontaktach z aktywnymi pacjentami czują się więc czasem niekomfortowo, szczególnie gdy podopieczni powątpiewają w ich autorytet, kwestionując ich wiedzę i kompetencje (Donnelly i in., 2008). Mimo że pacjenci nie są w stanie osiąść pełnej wiedzy medycznej, Internet daje im możliwość wzięcia odpowiedzialności za własne zdrowie, jednocześnie odciążając lekarzy (Stevenson i in., 2007) i motywując do ciągłego kształcenia i bycia na bieżąco z najnowszymi osiągnięciami medycyny (Pena-Purcell, 2008). Lekarze generalnie wyrażają pozytywny stosunek do poinformowanych pacjentów, gdyż ci lepiej ich rozumieją, a przez to są odbierani jako osoby kompetentne, z którymi można rozmawiać na wyższym poziomie (Kivits, 2006). Pacjenci pokazujący lekarzowi swoje zaangażowanie są z reguły wysłuchiwanie i traktowani poważniej (Russ i in., 2011; Bowes i in., 2012), tym bardziej że obecnie w opiece zdrowotnej trwa zmiana polegająca na przechodzeniu od modelu paternalistycznego do modelu współpodejmowania decyzji (Anker i in., 2011). Negatywnym skutkiem zaangażowania może być jednak niepotrzebne wydłużanie czasu trwania wizyty (Murray i in., 2003a), dłuższe kolejki oraz wyższe koszty systemu.

Dzięki informacji o zdrowiu pochodzącej z Internetu pacjent może po wizycie u lekarza pogłębić i uzupełnić swoją wiedzę, sprawdzić, czy podjęte przez lekarza decyzje są właściwe, a także poszukać innych sposobów leczenia (Knol-Michałowska, 2014). Potrzeba uzupełnienia pozyskanej od lekarza wiedzy pojawia się z powodu krótkiego czasu przeznaczonego na wizytę, który nie wystarcza na zadanie dodatkowych pytań i rozwianie wątpliwości (Stevenson i in., 2007; Ulatowska-Szostak i in., 2009), jak również w sytuacji, gdy pacjenci zapomnieli zadać jakichś pytań podczas konsultacji (Castelton i in., 2011). Poza tym w sieci można znaleźć informacje, których nie ma nigdzie indziej (Doroszeńska, 2010), choćby na temat efektów leczenia (Ziebland i in., 2004) oraz skutków ubocznych leków i metod leczenia (Castelton i in., 2011). Internet pozwala sprawdzić znaczenie medycznych terminów użytych przez lekarza w czasie wizyty, co przyczynia się do zwiększenia satysfakcji pacjenta z odbytych konsultacji i skutkuje zmniejszeniem odsetka osób zmieniających specjalistę na innego (Chiu, 2011). Informacja zdobyta tą drogą pomaga zatem zrozumieć lekarza (Ziebland i in., 2004) i wiąże z nim pacjenta na dłużej. Internet zapewnia również możliwość sprawdzenia, czy decyzje podjęte przez lekarza były właściwe, a zlecone badania odpowiednio dobrane. Nie chodzi tu tylko o samodzielne weryfikowanie diagnozy i zaleceń (Castelton i in., 2011), ale również o poznanie opinii innych lekarzy dzięki poradom medycznym online (Stevenson

i in., 2007) i dostępności nietypowych sposobów leczenia z obszaru medycyny niekonwencjonalnej (van de Poll-Franse i van Eenbergen, 2008) oraz wyszukiwanie informacji o nowatorskich (Bowes i in., 2012) lub alternatywnych sposobach leczenia (Castleton i in., 2011). Co ciekawe, poszukiwanie informacji po spotkaniu z lekarzem może przełożyć się na większą efektywność leczenia – pacjenci są wówczas bardziej skłonni do przestrzegania zaleceń (Pena-Purcell, 2008), a pozytywne efekty terapeutyczne są szybciej widoczne (Newnham i in., 2006).

Mamy zatem do czynienia z przeformułowaniem roli lekarza, wynikającym z traktowania Internetu jako przestrzeni będącej źródłem informacji o zdrowiu, choć niewiele badań pokazuje, jak medycy radzą sobie z tą sytuacją. Rzeczywistość wymusza, aby „(...) przyjąć obok roli lekarza funkcję specyficznego konsultanta” (Siuda i Pluta, 2020, s. 7) wypełniającego również w Internecie rolę tak zwanego medycznego influencera, obecnego i ocenianego na portalach aktywnego użytkownika mediów społecznościowych.

Badacze są zgodni, że Internet jest jedynie dodatkowym miejscem poszukiwania wiedzy o zdrowiu, które nie zastępuje i nie zastąpi profesjonalnej pomocy medycznej (Yigzaw i in., 2020), a używanie sieci nie ma na celu eliminacji lekarzy, lecz wsparcie pacjenta i poprawę relacji (Stevenson i in., 2007). To sposób na osiągnięcie maksymalnych korzyści płynących z kontaktów z lekarzem (Ayers i Kronenfeld, 2007). Mogą one pomóc w obliczu natłoku informacji, gdyż przedyskutowanie zdobytych w Internecie treści to warunek konieczny dobrych relacji lekarz–pacjent (Lee i Lin, 2016; Harvey i in., 2017; Tan i Goonawardene, 2017).

Badania empiryczne nad relacją lekarz–pacjent w warunkach dostępu do e-informacji o zdrowiu

3.1. Metodyka i zakres badań

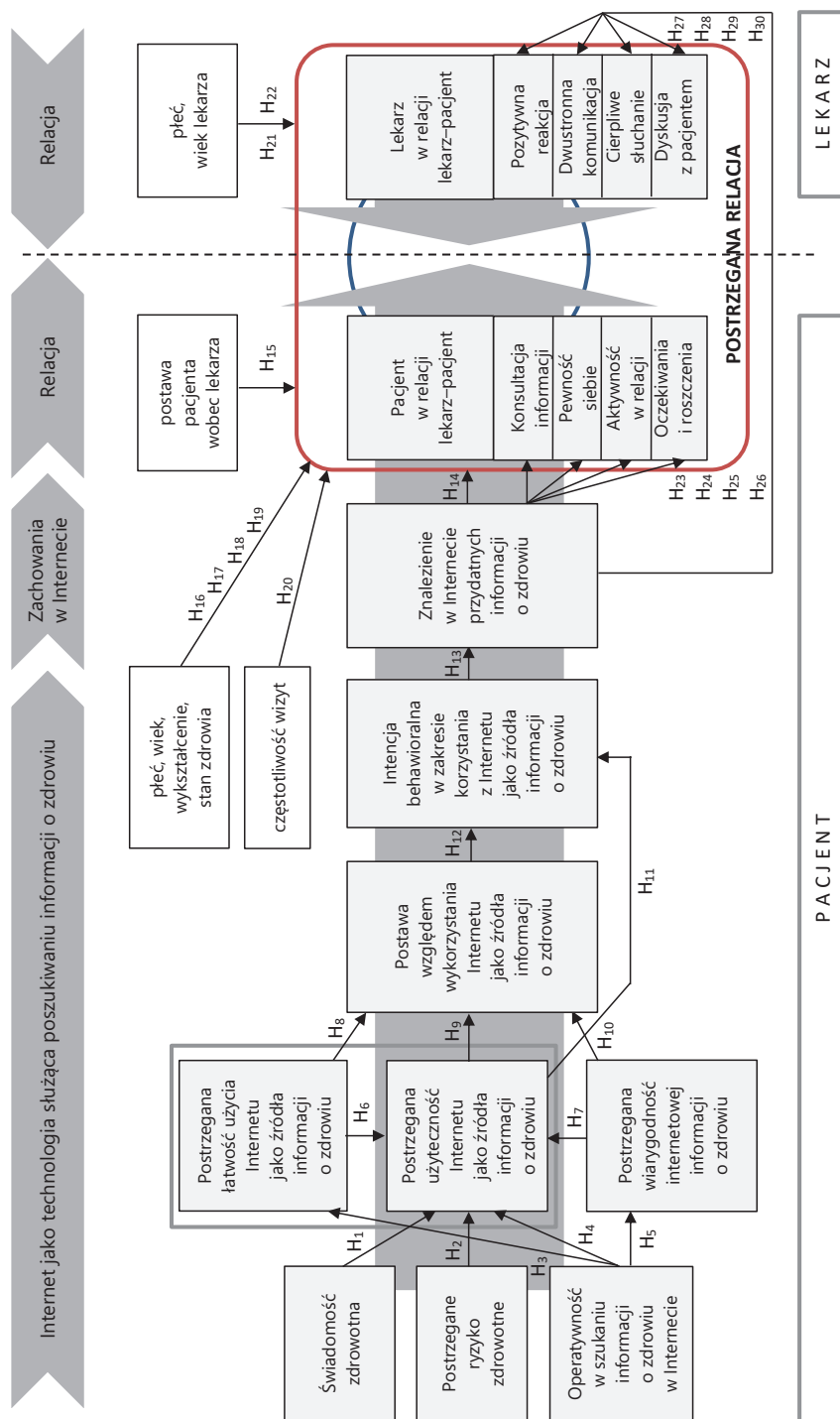
3.1.1. Model koncepcyjny relacji

Aby opisać relację lekarz–pacjent w warunkach dostępu do Internetu i elektronicznej informacji o zdrowiu, opracowano koncepcję badania, które charakteryzuje tę relację zarówno z punktu widzenia pacjenta, jak i lekarza ze względu na subiektywizm dokonywanych przez nich ocen. Najważniejszym elementem jest konceptualny model badawczy, który uwzględnia zarówno poszczególne aspekty opisywanej relacji, jak i szereg elementów powiązanych z nią z powodu wykorzystywania przez pacjentów Internetu do pozyskiwania informacji dotyczących zdrowia (rysunek 3.1).

W koncepcji badania połączono wykorzystanie elementów dobrze znanego i popularnego modelu akceptacji technologii TAM (Davis, 1985) po modyfikacji (Davis i in., 1989) w wersji rozbudowanej przez Yuna i Parka (2010) z postawami oraz zachowaniami pacjenta i lekarza podczas konsultacji z perspektywy obu stron relacji. W ten sposób powstał kompleksowy koncept obejmujący dwa elementy:

- wykorzystanie Internetu jako źródła informacji o zdrowiu,
- relację lekarz–pacjent.

Na podstawie istniejącego stanu wiedzy i skal pomiarowych wykorzystywanych przez badaczy do pomiaru poszczególnych elementów koncepcji skonstruowano stwierdzenia najtrafniej i najpełniej, a jednocześnie w skondensowanej formie opisujące poszczególne elementy składowe modelu.



Rysunek 3.1. Model konceptualny badania

Źródło: opracowanie własne.

W obszarze wykorzystania przez pacjentów Internetu dla celów zdrowia znalazły się:

1. Zmienne związane ze skłonnością pacjentów do wykorzystywania Internetu jako źródła informacji o zdrowiu:
 - a) świadomość zdrowotna;
 - b) postrzegane ryzyko zdrowotne;
 - c) operatywność w szukaniu w Internecie informacji o zdrowiu.
2. Zmienne wyjaśniające akceptację Internetu jako technologii wykorzystywanej przez pacjentów:
 - a) łatwość użycia Internetu jako źródła informacji o zdrowiu;
 - b) użyteczność Internetu jako źródła informacji o zdrowiu;
 - c) postrzegana wiarygodność internetowej informacji o zdrowiu.
3. Postawa pacjentów względem wykorzystania Internetu jako źródła informacji o zdrowiu.
4. Intencja behawioralna pacjentów względem wykorzystania Internetu jako źródła informacji o zdrowiu.
5. Zachowanie pacjenta w zakresie poszukiwania w Internecie informacji o zdrowiu.

Świadomość zdrowotną pochodzącą z modelu HBM, rozumianą jako zaniepokojenie ewentualnym pogorszeniem się stanu zdrowia będącym motywacją do działania, przebadano przez pryzmat angażowania się pacjentów w sprawy własnego zdrowia, czego konsekwencją może być poszukiwanie informacji online. Ponieważ „pomiaru motywacji zdrowotnej na ogół obejmowały tylko jedną pozycję, zwykle wyrażającą ogólne «zaniepokojenie» stanem zdrowia” (Abraham i Sheeran, 2005 s. 37), do pomiaru wykorzystano jedno najbardziej ogólne stwierdzenie: „jestem zaangażowany/a w sprawy dotyczące mojego zdrowia”.

Postrzegane ryzyko zdrowotne, zaczerpnięte również z modelu HBM, to powaga, z jaką pacjent patrzy na możliwość utraty zdrowia. Ponieważ osoby uważające się za podatne na chorobę wierzą, że każdy dostępny sposób działania zmniejszający to ryzyko jest wart zainteresowania, „(...) prawdopodobnie podejmą działania, które ich zdaniem je zmniejszą” (Champion i Skinner, 2008, s. 47). Dotyczy to również poszukiwania informacji w Internecie. Skalę pomiaru (Yun i Park, 2010) obejmującą ocenę przekonania co do osobistego ryzyka zachorowania (*susceptibility*) oraz jego poważnych konsekwencji (*seriousness*) sprowadzono do twierdzenia: „obawiam się rozwoju choroby i utraty zdrowia”.

Operatywność w szukaniu w Internecie treści dotyczących zdrowia oznacza, że pacjent potrafi bez problemu znaleźć potrzebne informacje, dzięki czemu poszerza

swoją wiedzę w tym obszarze. Zmienna wprowadzona do modelu autorstwa Yuna i Parka (2010), oryginalnie mierzona za pomocą skuteczności działań w Internecie i subiektywnej wiedzy konsumentów na temat zdrowia, przyjęła w badaniu postać stwierdzenia: „potrafię sprawnie i skutecznie wyszukiwać w Internecie informacje dotyczące zdrowia”. Umiejętność ta w znaczącym stopniu przyczynia się do postrzegania Internetu jako łatwego w użyciu i wiarygodnego źródła informacji (Brucks, 1985).

Postrzegana łatwość użycia Internetu jako źródła informacji o zdrowiu to zmienna zaczerpnięta z modelu TAM. Określała w nim stopień, w jakim ludzie uważają Internet za łatwe do użycia narzędzie, co wiąże się z akceptacją technologii informacyjnych (Radner i Rothschild, 1975). W kontekście Internetu jako źródła informacji o zdrowiu łatwość użycia to kwestia bezproblemowości wykorzystania sieci w tym celu. Ma to znaczenie dla decyzji o wyborze Internetu jako miejsca poszukiwania odpowiedzi na pytania związane ze zdrowiem (Yun i Park, 2010). W literaturze jej pomiar dotyczy m.in. elastyczności, łatwości obsługi i użycia, wysiłku umysłowego czy zrozumiałości (Karsh, 2010). Do oceny użyto twierdzenia: „z łatwością poszukuję w Internecie informacji dotyczących zdrowia”, które najpełniej oddaje ideę skali początkowo liczącej 14, a ostatecznie 5 elementów (Yun i Park, 2010).

Użyteczność Internetu jako źródła informacji o zdrowiu to zmienna zaczerpnięta również z modelu TAM. Służąca ocenie stopnia, w jakim dana osoba uważa, że korzystanie z określonego systemu poprawiłoby jej wyniki (Davis, 1989), w odniesieniu do Internetu jako źródła informacji o zdrowiu określa, na ile korzystanie z informacji o chorobach z Internetu poprawiłoby działania pacjentów w tym obszarze (Yun i Park, 2010). W konsekwencji traktowania użyteczności jako narzędzia poprawiającego wydajność, efektywność i jakość pracy czy produktywność (Karsh, 2010) w opisywanym badaniu przypisano jej rolę wspierającą działania zdrowotne. Skalę oceny użyteczności Internetu, tak jak łatwości użycia, licząc początkowo 14 elementów, a zredukowaną ostatecznie do 5 (Yun i Park, 2010), w badaniu reprezentuje stwierdzenie: „Internet jako źródło informacji o zdrowiu wspiera mnie w działaniach na rzecz zdrowia”.

Postrzeganą wiarygodność internetowej informacji o zdrowiu wprowadzoną do modelu Yuna i Parka (2010) wykorzystano do oceny kontekstowego aspektu Internetu. Relacja między postrzeganą wiarygodnością a postrzeganą użytecznością została oparta na wcześniejszych badaniach (Gefen i in. 2003; Wu i Chen, 2005). Została określona jako kluczowy czynnik wpływający na nastawienie i zamiar wykorzystania informacji o chorobach znalezionych online. Oryginalnie mierzona za pomocą czteroelementowego instrumentu Westa (1994), obejmującego pozycje dotyczące wiarygodności, aktualności, autorytetu i dokładności informacji o chorobach dostarczanych w Internecie, została

zredukowana do twierdzenia: „internetową informację dotyczącą zdrowia uważam za wiarygodną i aktualną”.

Postawa pacjentów względem wykorzystania Internetu jako źródła informacji o zdrowiu to adaptacja indywidualnej oceny zachowania w określonym wymiarze (np. dobre/złe, szkodliwe/korzystne) (Ajzen i Fishbein, 1980) z modelu TAM na potrzeby obszaru zdrowia. Jako „gotowość, skłonność do reagowania w określony sposób na określone bodźce” (Oppenheim, 2004, s. 203) związana jest najczęściej z silnymi uczuciami i generuje określone zachowania. Z założenia jest to element zależny od postrzeganej łatwości użycia Internetu i jego użyteczności przy poszukiwaniu informacji o zdrowiu online oraz wiarygodności internetowej informacji o zdrowiu (Davis, 1993). Charakteryzuje nastawienie i odczucia pacjentów związane z wykorzystaniem tego nowoczesnego medium do kształtowania wiedzy o zdrowiu. W odniesieniu do wykorzystywania Internetu jako źródła informacji o zdrowiu postawa jest kształtowana wcześniejszymi doświadczeniami i traktuje się ją jako predyktor przyszłych działań (Rudnicka, 2007, s. 215). Postawa z założenia mierzona na skali złożonej z pięciu elementów (Davis, 1993), zredukowanych przez Yuna i Parka (2010) oraz Kima i Parka (2012) do trzech, w badaniu przyjęła postać dwóch stwierdzeń opisujących nastawienie do Internetu i informacji tam znajdującej. Są to: „jestem pozytywnie nastawiony/a do użycia Internetu jako niezawodnego źródła informacji o zdrowiu” oraz „myślę, że warto zarządzać swoim zdrowiem, poszukując informacji o zdrowiu w Internecie”.

Intencja behawioralna pacjentów względem wykorzystania Internetu jako źródła informacji o zdrowiu to kolejny element modelu TAM użyty w koncepcji badania. Jest kluczowym elementem dla zastosowania Internetu w celach zdrowotnych. Mierzy prawdopodobieństwo przyjęcia go za źródło informacji o chorobach. W badaniu Yuna i Parka (2010) mierzona na trójelementowej skali, podobnie jak u Kima i Parka (2012), w tym przypadku została oceniona na podstawie dwóch stwierdzeń odnoszących się do zamiaru skorzystania z sieci w sytuacji choroby nie tylko teraz, ale i w przyszłości: „będę regularnie poszukiwał/a w Internecie informacji o zdrowiu” i „w sytuacji wystąpienia objawów chorobowych szukam informacji w Internecie”.

Zachowanie pacjentów w zakresie poszukiwania w Internecie informacji o zdrowiu to składowa zaczerpnięta z modelu TAM. Obejmuje rzeczywiste zachowanie, a nie tylko postawę czy intencje względem wykorzystania Internetu dla celów zdrowia. W badaniu pomiaru dokonano przy użyciu stwierdzenia: „szukając, zawsze znajduję informację dotyczącą problemów ze zdrowiem”. Duże zainteresowanie zdrowiem pozytywnie bowiem wpływa nie tylko na zakres zachowań związanych z poszukiwaniem informacji,

ale dodatkowo ułatwia bardziej aktywne zachowania związane z poszukiwaniem informacji na temat zdrowia (Sillence i in., 2007).

Druga część koncepcji badania to pomiar relacji lekarz–pacjent w sytuacji korzystania przez pacjenta z internetowej informacji o zdrowiu z perspektywy obu stron relacji. Obejmuje:

- postawę pacjenta wobec lekarza,
- zmiany w relacji lekarz–pacjent w wyniku korzystania przez pacjentów z internetowej informacji o zdrowiu,
- zachowanie pacjenta w następstwie posiadania informacji,
- reakcję lekarza na korzystanie przez pacjenta z Internetu jako źródła informacji.

Postawa pacjenta względem lekarza może być określana przez szacowanie przekonania osoby co do konsekwencji wynikających z podjęcia określonego działania oraz przez ocenę stopnia, w jakim konsekwencje te są pożądane przez jednostkę (Szmigielska i in., 2012, s. 18). W badaniu postawę tę zbadano przez pryzmat zaufania, które jest tak ważne w relacji z lekarzem. Zgodnie z tym, co pisał Wise (1996), szczególne znaczenie w relacji lekarz–pacjent mają wiara i zaufanie, wzbudzanie nadziei, empatia, kontakt osobisty wyrażający się troską o pacjenta oraz umiejętność porozumiewania się. W badaniu nastawienie pacjenta oceniono przy użyciu trzech stwierdzeń: „ufam lekarzowi w sprawach zdrowia, gdyż jest profesjonalistą”, „współpracuję z lekarzem dla najlepszego efektu zdrowotnego” i „postępuję zgodnie z zaleceniami lekarskimi dla mojego dobra”.

Ocena wpływu internetowej informacji o zdrowiu na relację lekarz–pacjent to kolejny, a jednocześnie najważniejszy element koncepcji badawczej. W zgodzie z wynikami badań opisanych w literaturze założono, że w związku z rosnącym poziomem wiedzy pacjentów na tematy związane ze zdrowiem, również dzięki informacjom pozyskiwanym z Internetu, relacja lekarz–pacjent ulega zmianom (Roter, 2000). Tego rodzaju informacje mogą bowiem wzmocnić pozycję pacjentów, tak że będą mogli odgrywać bardziej aktywną rolę w leczeniu (Sillence i in., 2007; Xie, 2009). Lepiej poinformowany pacjent wymaga jednak wsparcia lekarza-doradcy (Henwood i in., 2003; Hummel, 2006). Warunkiem do tego koniecznym jest odejście od tradycyjnych relacji w stronę partnerstwa. Aby uchwycić zachodzące pod wpływem informacji o zdrowiu pochodzącej z Internetu zmiany, skonstruowano dwa stwierdzenia odnoszące się do kierunku wpływu tejże informacji oraz partnerskiego charakteru relacji lekarza z pacjentem: „znalezione w Internecie informacje na temat zdrowia pozytywnie wpływają na moją relację z lekarzem” i „w efekcie posiadania przeze mnie większej wiedzy na tematy zdrowotne relacja z lekarzem ma charakter bardziej partnerski”.

W związku z koniecznością dokładniejszego przeanalizowania zmian w relacji lekarz–pacjent w koncepcji badania uwzględniono zachowania pacjenta i lekarza w sytuacji korzystania przez pacjenta z informacji o zdrowiu pochodzącej z Internetu. Analizując działania zarówno najbardziej oddające charakter współczesnej relacji lekarz–pacjent, jak i powiązane z korzystaniem z tego źródła informacji, w badaniu skoncentrowano się na tych, które najczęściej opisywano w literaturze przedmiotu. W odniesieniu do pacjenta pojawiła się kwestia konsultowania z lekarzem znalezionych informacji (Murray i in., 2003b; AlGhamdi i Moussa, 2012; Bianco, 2013), większej kontroli sytuacji i aktywności (Broom, 2005b; Iverson i in., 2008), większej pewności (Sillence i in., 2007; Xie, 2009) oraz oczekiwań i roszczeń (Murray i in., 2003b; Iverson i in., 2008; Santana i in., 2011). W konsekwencji opracowano cztery stwierdzenia odnoszące się do poszczególnych zachowań pacjentów: „wyszukane w Internecie informacje dotyczące mojego zdrowia zazwyczaj konsultuję z lekarzem”, „pochodząca z Internetu informacja zdrowotna pozwala mi poczuć się pewniej podczas wizyty u lekarza”, „wiedza z Internetu na tematy zdrowotne sprawia, że jestem bardziej aktywny w kontaktach z lekarzem” oraz „w następstwie posiadania internetowej informacji o zdrowiu rosną moje oczekiwania i roszczenia/żądania względem lekarza podczas wizyty”. W przypadku lekarza skupiono się na jego reakcji (Murray i in., 2003b; Schrank i in., 2010), sposobie komunikacji z pacjentem (Chiu, 2011; Silver, 2015), chęci słuchania i prowadzenia dyskusji celem wyjaśnienia spornych kwestii (Murray i in., 2003b; Kivits, 2006; Silver, 2015). Wykorzystano stwierdzenia: „reakcja lekarza na informacje dotyczące zdrowia znalezione przeze mnie w Internecie jest na ogół pozytywna”, „wyższy poziom mojej wiedzy medycznej zdobytej w Internecie zmienia sposób komunikowania się ze mną lekarza (na bardziej dwustronny)”, „lekarz cierpliwie słucha o tym, co znalazłem/am w Internecie na temat zdrowia” i „lekarz dyskutuje ze mną na temat informacji znalezionych w Internecie”.

W badaniu uwzględniono również cechy powszechnie uznawane za zmienne różnicujące zachowania i postawy. U pacjentów były to: płeć, wiek, wykształcenie oraz charakterystyczne dla zdrowia i poszukiwania informacji na temat zdrowia: częstotliwość wizyt u lekarza pierwszego kontaktu i stan zdrowia (Wojtecka, Wojnarowska i Zarzecka-Baran, 2016, s. 108–111), u lekarzy: płeć i wiek powiązany ze stażem pracy w zawodzie lekarza.

3.1.2. Metoda i narzędzie badawcze

W celu zebrania danych na temat współczesnej relacji lekarz–pacjent w warunkach dostępu do internetowej informacji o zdrowiu przeprowadzono badanie obu stron relacji. W listopadzie 2019 roku zostały wykonane badania pierwotne lekarzy i ich pacjentów w formie ankiet. W kwestionariuszach znalazły się stwierdzenia opisujące poszczególne elementy koncepcji badawczej podlegające ocenie na pięciostopniowej skali Likerta przy użyciu określeń: całkowicie się zgadzam (5), zgadzam się (4), ani się zgadzam, ani się nie zgadzam (3), nie zgadzam się (2), całkowicie się nie zgadzam (1). W obu ankietach znalazło się po 13 stwierdzeń dotyczących badanych aspektów relacji lekarz–pacjent w powiązaniu z wykorzystaniem Internetu jako źródła informacji o zdrowiu i postawą pacjenta względem lekarza. Oprócz tego w ankiecie adresowanej do pacjentów zamieszczono 11 stwierdzeń dotyczących korzystania z Internetu jako źródła informacji o zdrowiu łącznie z akceptacją technologii i podejściem do własnego zdrowia jako punktem wyjścia do rozważań.

W badaniu wzięło udział 300 pacjentów i 100 lekarzy. Pacjenci, będący jednocześnie użytkownikami Internetu jako źródła informacji o zdrowiu, dobrani zostali w sposób losowy wielostopniowy z terenu województwa zachodniopomorskiego (tabela 3.1). Najpierw wykonano losowanie bezpośrednie powiatów, a następnie losowanie bezpośrednie podmiotów leczniczych, z których pochodzili pacjenci. Ankietowani lekarze wywodzili się z tych samych ośrodków POZ, aby można było powiązać ich z leczonymi pacjentami (dane zagnieżdżone).

Tabela 3.1. Liczebności pacjentów i lekarzy w próbie wg lokalizacji

Powiat	Liczba lekarzy	Liczba pacjentów
Miasto Szczecin	40	146
Miasto Koszalin	12	29
Stargardzki	12	26
Gryfiński	10	21
Szczecinecki	9	21
Kołobrzeski	8	19
Policki	5	19
Goleniowski	4	19

Źródło: badania własne.

Jako zmienne zewnętrzne determinujące badane zjawisko w ocenie pacjentów przyjęto płeć, wiek, wykształcenie, częstotliwość wizyt u lekarza pierwszego kontaktu i samopoczucie respondentów subiektywnie określone na pięciostopniowej skali postrzeganego stanu zdrowia przyjętej dla celów OECD Health Statistics 2019 (OECD, 2019). W ocenie lekarzy na potrzeby badania wykorzystano dwie zmienne: płeć i wiek, który jest ściśle powiązany ze stażem pracy w zawodzie.

Obliczenia i analizy zależności między zmiennymi zostały przeprowadzone przy wykorzystaniu arkusza kalkulacyjnego Excel oraz pakietu oprogramowania Statistica 13.3. Do ustalenia istotności i siły związku między zmiennymi niezależnymi a zależnymi wykorzystano tabele kontyngencji. Istotność zbadano za pomocą testu niezależności χ^2 Pearsona. Dla zmiennych, których powiązania były istotne statystycznie, obliczono siłę korelacji w związku. Wykorzystano współczynnik V Cramera. Dla określenia kierunku zależności obliczono współczynnik tau-b Kendalla.

Zgodnie z modelem przyjęto następujące hipotezy:

- H₁: Świadomość zdrowotna pacjenta ma istotny wpływ na postrzeganą użyteczność Internetu jako źródła informacji o zdrowiu.
- H₂: Postrzegane ryzyko zdrowotne przez pacjenta ma istotny wpływ na postrzeganą użyteczność Internetu jako źródła informacji o zdrowiu.
- H₃: Operatywność pacjenta w szukaniu informacji o zdrowiu w Internecie ma istotny wpływ na postrzeganą łatwość użycia Internetu jako źródła informacji o zdrowiu.
- H₄: Operatywność pacjenta w szukaniu informacji o zdrowiu w Internecie ma istotny wpływ na postrzeganą użyteczność Internetu jako źródła informacji o zdrowiu.
- H₅: Operatywność pacjenta w szukaniu informacji o zdrowiu w Internecie ma istotny wpływ na postrzeganą wiarygodność internetowej informacji o zdrowiu.
- H₆: Postrzegana łatwość użycia Internetu jako źródła informacji o zdrowiu przez pacjenta ma istotny wpływ na postrzeganą użyteczność Internetu jako źródła informacji o zdrowiu.
- H₇: Postrzegana wiarygodność internetowej informacji o zdrowiu przez pacjenta ma istotny wpływ na postrzeganą użyteczność Internetu jako źródła informacji o zdrowiu.
- H₈: Postrzegana łatwość użycia Internetu jako źródła informacji o zdrowiu przez pacjenta ma istotny wpływ na postawę względem wykorzystania Internetu jako źródła informacji o zdrowiu.
- H₉: Postrzegana użyteczność Internetu jako źródła informacji o zdrowiu przez pacjenta ma istotny wpływ na postawę względem wykorzystania Internetu jako źródła informacji o zdrowiu.

- H₁₀: Postrzegana wiarygodność internetowej informacji o zdrowiu przez pacjenta ma istotny wpływ na postawę względem wykorzystania Internetu jako źródła informacji o zdrowiu.
- H₁₁: Postrzegana użyteczność Internetu jako źródła informacji o zdrowiu przez pacjenta ma istotny wpływ na intencję behawioralną w zakresie korzystania z Internetu jako źródła informacji o zdrowiu.
- H₁₂: Postawa pacjenta względem wykorzystania Internetu jako źródła informacji o zdrowiu ma istotny wpływ na intencję behawioralną w zakresie korzystania z Internetu jako źródła informacji o zdrowiu.
- H₁₃: Intencja behawioralna pacjenta w zakresie korzystania z Internetu jako źródła informacji o zdrowiu ma istotny wpływ na zachowanie w zakresie poszukiwania w Internecie informacji o zdrowiu.
- H₁₄: Zachowanie pacjenta w zakresie poszukiwania w Internecie informacji o zdrowiu polegające na znalezieniu przydatnych informacji ma istotny wpływ na postrzeganą relację lekarz–pacjent (wg lekarza i pacjenta).
- H₁₅: Postawa pacjenta wobec lekarza ma istotny wpływ na postrzeganą relację lekarz–pacjent (wg lekarza i pacjenta).
- H₁₆: Płeć pacjenta determinuje istotnie postrzeganą relację lekarz–pacjent.
- H₁₇: Wiek pacjenta determinuje istotnie postrzeganą relację lekarz–pacjent.
- H₁₈: Wykształcenie pacjenta determinuje istotnie postrzeganą relację lekarz–pacjent.
- H₁₉: Stan zdrowia pacjenta determinuje istotnie postrzeganą relację lekarz–pacjent.
- H₂₀: Częstotliwość wizyt pacjenta determinuje istotnie postrzeganą relację lekarz–pacjent.
- H₂₁: Płeć lekarza determinuje istotnie postrzeganą relację lekarz–pacjent.
- H₂₂: Wiek lekarza determinuje istotnie postrzeganą relację lekarz–pacjent.
- H₂₃: Znalezienie przez pacjenta przydatnych informacji o zdrowiu w Internecie ma istotny wpływ na konsultowanie posiadanej wiedzy z lekarzem (wg lekarza i pacjenta).
- H₂₄: Znalezienie przez pacjenta przydatnych informacji o zdrowiu w Internecie ma istotny wpływ na pewność siebie podczas konsultacji (wg lekarza i pacjenta).
- H₂₅: Znalezienie przez pacjenta przydatnych informacji o zdrowiu w Internecie ma istotny wpływ na aktywność w relacji z lekarzem (wg lekarza i pacjenta).
- H₂₆: Znalezienie przez pacjenta przydatnych informacji o zdrowiu w Internecie ma istotny wpływ na oczekiwania i roszczenia podczas wizyty u lekarza (wg lekarza i pacjenta).

- H₂₇: Znalezienie przez pacjenta przydatnych informacji o zdrowiu w Internecie ma istotny wpływ na reakcję lekarza wynikającą z zaprezentowania tejże informacji (wg lekarza i pacjenta).
- H₂₈: Znalezienie przez pacjenta przydatnych informacji o zdrowiu w Internecie ma istotny wpływ na dwustronną komunikację lekarza z pacjentem (wg lekarza i pacjenta).
- H₂₉: Znalezienie przez pacjenta przydatnych informacji o zdrowiu w Internecie ma istotny wpływ na skłonność lekarza do wysłuchania pacjenta (wg lekarza i pacjenta).
- H₃₀: Znalezienie przez pacjenta przydatnych informacji o zdrowiu w Internecie ma istotny wpływ na dyskusję prowadzoną z pacjentem (wg lekarza i pacjenta).

3.1.3. Charakterystyka badanej zbiorowości

Próba badawcza złożona z 300 pacjentów została scharakteryzowana zarówno pod kątem cech demograficznych (płeć, wiek, wykształcenie), jak i subiektywnej oceny własnego stanu zdrowia oraz częstotliwości wizyt u lekarza pierwszego kontaktu (POZ). Pod względem zdrowotnym dominują tu pacjenci z raczej dobrym zdrowiem (50,33%), bardzo mało jest osób oceniających swój stan jako bardzo zły (mniej niż 1%). Większość respondentów to kobiety (61,67%). Biorąc pod uwagę strukturę wiekową, próba rozkłada się najbardziej równomiernie pomiędzy poszczególne przedziały w porównaniu z pozostałymi cechami metryczkowymi, z lekką przewagą pacjentów 18–35 lat (35%). W badaniu wzięło udział najwięcej osób z wykształceniem wyższym (42%). U większości badanych wizyty u lekarza POZ odbywały się kilka razy w roku (69%), tylko niewiele ponad 1% zadeklarowało częstotliwość spotkań raz na tydzień. Szczegóły zawiera tabela 3.2.

Tabela 3.2. Charakterystyka badanej próby – pacjenci

Cecha		Liczność	Liczność w procentach
1		2	3
Ocena własnego stanu zdrowia	bardzo dobry	56	18,67
	raczej dobry	151	50,33
	ani dobry, ani zły	70	23,33
	raczej zły	21	7,00
	bardzo zły	2	0,67

	1	2	3
Płeć	kobieta	185	61,67
	mężczyzna	115	38,33
Wiek	18–35 lat	105	35,00
	36–45 lat	83	27,67
	46–55 lat	68	22,67
	56 lat i więcej	44	14,67
Wykształcenie	podstawowe	11	3,67
	zawodowe	51	17,00
	średnie	112	37,33
	wyższe	126	42,00
Częstotliwość wizyt u lekarza POZ	przynajmniej raz w tygodniu	4	1,33
	kilka razy w miesiącu	37	12,33
	kilka razy w roku	207	69,00
	rzadziej niż raz w roku	52	17,33

Źródło: badania własne.

Grupę 100 lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej scharakteryzowano przy uwzględnieniu takich cech demograficznych jak płeć i wiek. W próbie dominują kobiety stanowiące 61% oraz osoby w najstarszych grupach wiekowych, tzn. 46–55 lat oraz 56 lat i więcej (tabela 3.3).

Tabela 3.3. Charakterystyka badanej próby – lekarze

Cecha		Liczność	Suma
Płeć	kobieta	61	100
	mężczyzna	39	
Wiek	do 35 lat	14	100
	36–45 lat	24	
	46–55 lat	31	
	56 lat i więcej	31	

Źródło: badania własne.

3.2. Pacjent jako użytkownik e-informacji – determinanty, postawy i zachowania

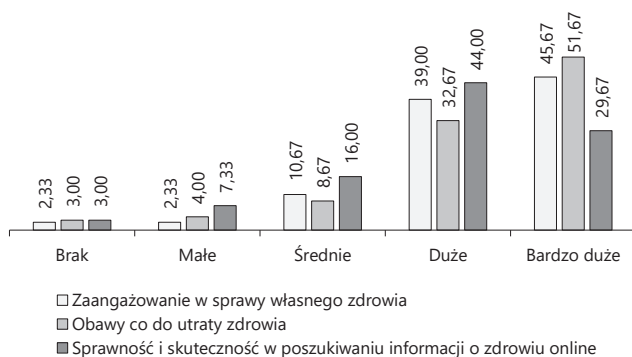
Badanie pacjenta jako użytkownika e-informacji pokazało, jak kształtuje się skłonność pacjentów do korzystania z Internetu jako źródła informacji o zdrowiu, akceptacja Internetu jako technologii wykorzystywanej do poszukiwania informacji zdrowotnych, a także postawa, intencja behawioralna i zachowanie pacjenta w związku poszukiwaniem w Internecie informacji o zdrowiu. Procentowy rozkład udzielonych odpowiedzi zamieszczono w tabeli 3.4.

Tabela 3.4. Stwierdzenia opisujące pacjentów korzystających z Internetu jako źródła informacji o zdrowiu (%)

Stwierdzenia	Całkowicie się nie zgadzam	Nie zgadzam się	Ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	Zgadzam się	Całkowicie się zgadzam
Jestem zaangażowany/a w sprawy dotyczące mojego zdrowia	2,3	2,3	10,7	39,0	45,7
Obawiam się rozwoju choroby i utraty zdrowia	3,0	4,0	8,7	32,7	51,7
Potrafię sprawnie i skutecznie wyszukiwać w Internecie informacje dotyczące zdrowia	3,0	7,3	16,0	44,0	29,7
Z łatwością poszukuję w Internecie informacji dotyczących zdrowia	3,3	9,3	15,7	43,0	28,7
Internet jako źródło informacji o zdrowiu wspiera mnie w działaniach na rzecz zdrowia	5,7	12,7	28,0	34,0	19,7
Internetową informację dotyczącą zdrowia uważam za wiarygodną i aktualną	7,3	15,0	38,3	26,7	12,7
Jestem pozytywnie nastawiony/a do użycia Internetu jako niezawodnego źródła informacji o zdrowiu	5,7	20,7	32,3	27,3	14,0
Myślę, że warto zarządzać swoim zdrowiem, poszukując informacji o zdrowiu w Internecie	7,0	11,7	31,0	34,3	16,0
Będę regularnie poszukiwał/a w Internecie informacji o zdrowiu	5,0	9,7	30,0	41,0	14,3
W sytuacji wystąpienia objawów chorobowych szukam informacji w Internecie	5,0	7,0	19,3	51,0	17,7
Szukając, zawsze znajduję informację dotyczącą problemów ze zdrowiem	3,7	19,0	31,0	33,3	13,0

Źródło: badania własne.

Obszar związany ze skłonnością pacjentów do wykorzystywania Internetu jako źródła informacji o zdrowiu zbadano pod kątem świadomości zdrowotnej, postrzeganego ryzyka zdrowotnego i operatywności w poszukiwaniu w Internecie informacji o zdrowiu (rysunek 3.2).

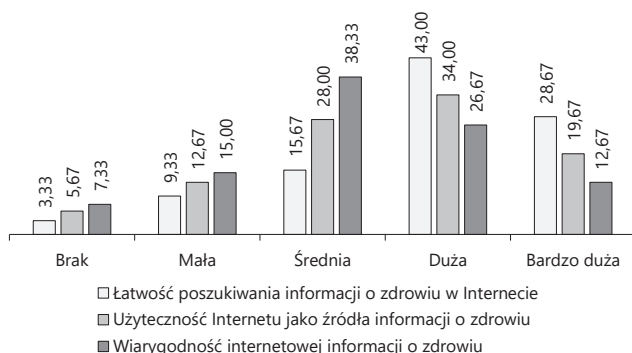


Rysunek 3.2. Skłonność pacjentów do wykorzystywania Internetu jako źródła informacji o zdrowiu

Źródło: badania własne.

Wyniki pokazały, że zdecydowana większość badanych wykazała wysoki lub bardzo wysoki poziom wszystkich badanych zmiennych związanych ze skłonnością pacjentów do korzystania z Internetu jako źródła informacji o zdrowiu. Około 84% pacjentów było zaangażowanych w sprawy własnego zdrowia i miało obawy co do utraty zdrowia co najmniej na wysokim poziomie, co jest spójne z uznawaniem przez Polaków zdrowia za cenną w życiu wartość (GUS, 2015), a także wynikami innych badań (Iverson i in., 2008). Prawie 74% pacjentów oceniło swoją sprawność i skuteczność w poszukiwaniu informacji o zdrowiu online jako co najmniej dużą, co świadczy o umietytnym serfowaniu po sieci w poszukiwaniu informacji, i to nie tylko tych związanych ze zdrowiem. To zachowanie charakterystyczne dla współczesnych pacjentów (Basu i Dutta, 2008; Sun i in., 2019). Potwierdzają to m.in. dane GUS (2020), bowiem przy 90,4% gospodarstw domowych mających dostęp do Internetu 47,4% Polaków poszukuje online informacji o zdrowiu. W badaniu zaledwie 2–3% pacjentów było niezaangażowanych w sprawy własnego zdrowia, nie miało obaw co do utraty zdrowia oraz wykazało brak sprawności i skuteczności w poszukiwaniu informacji o zdrowiu w Internecie. Średnia wartość zaangażowania pacjentów wyniosła 4,23, obaw o utratę własnego zdrowia – 4,26, a dla sprawności i skuteczności poszukiwania informacji – 3,9.

Oceniając akceptację Internetu przez pacjentów jako źródła informacji o zdrowiu, zbadano łatwość jego użycia i użyteczność jako źródła informacji o zdrowiu, a także postrzeganą wiarygodność internetowej informacji o zdrowiu (rysunek 3.3).



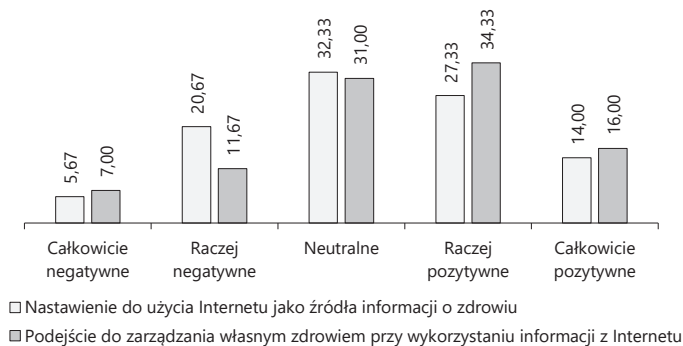
Rysunek 3.3. Akceptacja Internetu jako źródła informacji o zdrowiu wśród pacjentów

Źródło: badania własne.

Stosunkowo niewielu pacjentom bardzo trudno jest korzystać z Internetu w poszukiwaniu informacji o zdrowiu (3,33%), podobnie jak dla niewielu z nich (5,67%) Internet jest nieużytecznym narzędziem do poszukiwania tego typu informacji. Najmniejsza grupa (7,33%) uznała również, że internetowej informacji o zdrowiu brak wiarygodności. Ma to związek z popularyzacją wykorzystania Internetu nie tylko w obszarze zdrowia, ale i z rosnącą rolą tego medium w pozyskiwaniu wszelkich informacji. Zdecydowana większość pacjentów (prawie 72%) przyznała bowiem, że bardzo łatwo lub łatwo jest poszukiwać informacji o zdrowiu online. Użyteczność Internetu i wiarygodność znajdujących tam informacji o zdrowiu dla większości kształtuje się na średnim bądź wysokim poziomie (62% i 65%). Średnia wartość dla łatwości poszukiwania informacji wyniosła 3,84, użyteczności Internetu – 3,49, a wiarygodności informacji – 3,22. Analiza literatury potwierdza uznawanie Internetu za wiarygodne i użyteczne źródło informacji o zdrowiu (Sbaffi i Rowley, 2017; Sun i in., 2019) oraz łatwe w użyciu (Sbaffi i Rowley, 2017). Co ważne, to właśnie postrzegana użyteczność i łatwość użycia są głównymi predyktorami akceptacji technologii (Or i Karsh, 2009) i postaw (Soboń, 2020a).

Ocena postaw pacjentów jako użytkowników e-informacji względem wykorzystania Internetu jako źródła informacji o zdrowiu objęła nastawienie do użycia Internetu

jako źródła informacji o zdrowiu i podejście do zarządzania własnym zdrowiem przy wykorzystaniu tej informacji (rysunek 3.4).

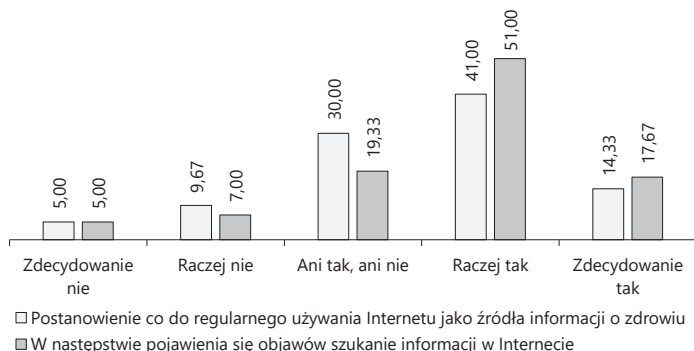


Rysunek 3.4. Postawa pacjentów względem wykorzystania Internetu jako źródła informacji o zdrowiu

Źródło: badania własne.

Zarówno w pierwszej, jak i drugiej kwestii wśród badanych przeważały stanowiska neutralne i raczej pozytywne. Najczęściej, bo u około 1/3 pacjentów, pojawiło się neutralne nastawienie do użycia Internetu jako źródła informacji o zdrowiu i raczej pozytywne podejście do zarządzania własnym zdrowiem przy wykorzystaniu informacji z sieci. Najmniej osób zgłosiło całkowicie negatywne postawy wobec obu zmiennych (odpowiednio po 5,67% i 7%). Średnia wartość nastawienia do użycia Internetu wyniosła 3,23, a podejścia do zarządzania zdrowiem przy wykorzystaniu Internetu – 3,41. Oznacza to, że kolejny raz w badaniu przeważają pozytywne wypowiedzi nad negatywnymi, jeśli chodzi o użycie sieci do celów zdrowotnych. Wyniki badań opisywanych w literaturze przedmiotu również potwierdzają pozytywne nastawienie pacjentów do Internetu (Czerwińska, 2013, 2015; Bujnowska-Fedak i in., 2019). Pacjenci przekonują się do jego zalet (Andreassen i in., 2007; Santana i in., 2011) i zapewne w znacznym stopniu jest to konsekwencją uznawania Internetu za stosunkowo wiarygodne, łatwe i użyteczne narzędzie.

Intencja behawioralna pacjentów względem wykorzystania Internetu jako źródła informacji o zdrowiu to kolejny element przebadany w kontekście wykorzystania Internetu w celu poszukiwania informacji o zdrowiu przez pacjentów (rysunek 3.5).



Rysunek 3.5. Intencja behawioralna pacjentów względem wykorzystania Internetu jako źródła informacji o zdrowiu

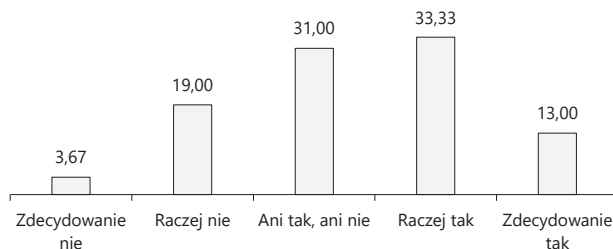
Źródło: badania własne.

W bardzo widoczny sposób przeważają tu dość mocne intencje w zakresie regularnego używania Internetu i poszukiwania w nim informacji w związku z rozwijającą się chorobą. Aż 51% pacjentów było raczej zdecydowanych na korzystanie z Internetu w sytuacji utraty zdrowia, a 41% na jego regularne używanie do tego celu. Tylko kilka procent całkowicie odrzuciło te opcje. Średnia wartość dla pierwszej zmiennej wyniosła 3,5, a dla drugiej – 3,69. To kolejny dowód na popularność wykorzystania Internetu w obszarze zdrowia i przekonanie pacjentów o słuszności tej decyzji. Badania innych autorów wskazują, że prawdopodobieństwo poszukiwania informacji o zdrowiu w Internecie jest wysokie (Rains, 2008; Grasso i Bell, 2015), a pacjenci zamierzają sięgać po nią (Tao, 2009).

Faktyczne zachowanie pacjenta w zakresie poszukiwania w Internecie informacji o zdrowiu i jego skutki to finałowy element części badania poświęconej kwestii wykorzystywania przez pacjentów Internetu jako źródła informacji o zdrowiu (rysunek 3.6).

W badaniu większość poszukujących w Internecie informacji o zdrowiu znajdowała je, a informacje te okazywały się adekwatne do potrzeb. Rozkład udzielonych odpowiedzi nie był jednak już tak optymistyczny jak we wcześniej omówionych kwestiach. O ile najmniej pacjentów (3,67%) przyznało, że nigdy nie znalazło informacji przydatnych dla zdrowia w Internecie, o tyle pojawiła się dość spora grupa tych, którzy bardziej byli na „nie” niż na „tak” (19%). Najczęściej pacjenci raczej znajdowali to, czego szukali online, a średnia wartość zmiennej wyniosła 3,33. Ta duża skuteczność w poszukiwaniu informacji dotyczących zdrowia jest spójna z wynikami innych publikowanych badań (Murray

i in., 2003b; Iverson i in., 2008), a pacjenci częściej znajdują to, czego szukają (Bright i in., 2005).



Rysunek 3.6. Znajdowanie w Internecie informacji adekwatnej do każdego problemu zdrowotnego

Źródło: badania własne.

Podsumowując wyniki w zakresie wykorzystania Internetu jako źródła informacji o zdrowiu, trzeba podkreślić dość pozytywny obraz poszczególnych zmiennych opisujących kolejne części procesu akceptacji technologii łącznie ze świadomością zdrowotną, postrzeganiem ryzykiem, operatywnością i wiarygodnością informacji. To dobry prognozyk korzystania przez pacjentów z Internetu dla celów zdrowia dziś i w przyszłości nie tylko po to, by znaleźć potrzebne informacje, ale również korzystać z coraz bogatszych możliwości e-zdrowia.

3.3. Relacja lekarz–pacjent z perspektywy pacjenta

Badanie pokazało, jak relacja lekarz–pacjent kształtuje się z perspektywy pacjenta w sytuacji korzystania przez niego z internetowej informacji o zdrowiu. Uwzględniono postawę wobec lekarza, zmiany w relacji wywołane korzystaniem przez pacjenta z internetowej informacji o zdrowiu oraz reakcję lekarza na stosunkowo nową sytuację, jaką jest pacjent poszukujący w Internecie informacji związanych ze zdrowiem. Procentowy rozkład udzielonych odpowiedzi zamieszczono w tabeli 3.5.

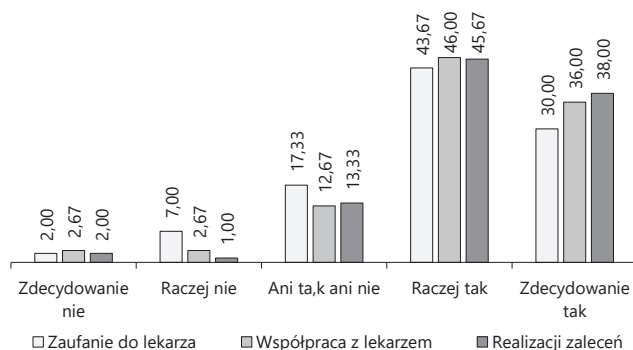
Tabela 3.5. Stwierdzenia opisujące relację lekarz–pacjent z perspektywy pacjentów (%)

Stwierdzenia	Całkowicie się nie zgadzam	Nie zgadzam się	Ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	Zgadzam się	Całkowicie się zgadzam
Ufam lekarzowi w sprawach zdrowia, gdyż jest profesjonalistą	2,0	7,0	17,3	43,7	30,0
Współpracuję z lekarzem dla najlepszego efektu zdrowotnego	2,7	2,7	12,7	46,0	36,0
Postępuję zgodnie z zaleceniami lekarskimi dla mojego dobra	2,0	1,0	13,3	45,7	38,0
Znalezione w Internecie informacje na temat zdrowia pozytywnie wpływają na moją relację z lekarzem	5,0	17,7	49,7	22,3	5,3
W efekcie posiadania przeze mnie większej wiedzy na tematy zdrowotne, relacja z lekarzem ma charakter bardziej partnerski	6,7	21,3	46,3	20,3	5,3
Wyszukane w Internecie informacje dotyczące mojego zdrowia zazwyczaj konsultuję z lekarzem	4,3	15,0	29,3	41,3	10,0
Pochodząca z Internetu informacja zdrowotna pozwala mi poczuć się pewniej podczas wizyty u lekarza	4,7	15,7	36,0	34,0	9,7
Wiedza z Internetu na tematy zdrowotne sprawia, że jestem bardziej aktywny w kontaktach z lekarzem	5,3	17,3	36,3	33,7	7,3
W następstwie posiadania internetowej informacji o zdrowiu rosną moje oczekiwania i roszczenia/żądania względem lekarza podczas wizyty	9,3	24,0	32,3	23,3	11,0
Reakcja lekarza na informacje dotyczące zdrowia znalezione przeze mnie w Internecie jest na ogół negatywna	5,7	17,0	37,7	24,3	15,3
Wyższy poziom mojej wiedzy medycznej zdobytej w Internecie zmienia sposób komunikowania się ze mną lekarza (na bardziej dwustronny)	6,3	18,3	53,0	18,0	4,3
Lekarz cierpliwie słucha o tym, co znalazłem/am w Internecie na temat zdrowia	13,0	25,0	33,3	24,3	4,3
Lekarz dyskutuje ze mną na temat informacji znalezionych w Internecie	11,3	19,3	30,3	31,0	8,0

Źródło: badanie własne.

Postawa względem lekarza została zbadana przez pryzmat cech kluczowych dla relacji, tzn.: zaufania do lekarza jako profesjonalisty, współpracy pacjenta z lekarzem w celu uzyskania najlepszych efektów leczenia oraz stopnia realizacji zaleceń lekarskich

przez pacjentów (rysunek 3.7). Cechy te determinują relację lekarz–pacjent, gdyż przy braku zaufania, niechęci do współpracy i ignorowaniu wytycznych trudno mówić o efektywnym leczeniu i budowaniu jakiegokolwiek relacji.



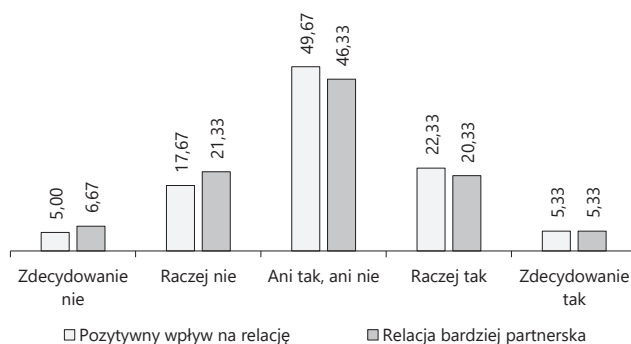
Rysunek 3.7. Postawa pacjenta względem lekarza w opinii własnej

Źródło: badania własne.

Uśredniony wynik z trzech badanych zmiennych na poziomie 80% pokazuje, że wśród postaw pacjentów względem lekarza przeważa nastawienie pozytywne. Za takie należy je uznać u większości z nich we wszystkich przebadanych aspektach, tj. zaufaniu, współpracy i realizacji zaleceń. Prawie 3/4 pacjentów przyznało, że ufa lekarzowi, bo jest profesjonalistą, 82% współpracuje z nim dla najlepszego efektu zdrowotnego, a ponad 83% realizuje zalecenia dla własnego dobra. Załedwie po około 2% pacjentów zdecydowanie zaprzeczyło, że ufa, współpracuje i wykonuje zalecenia lekarza. Średnia wartość dla pierwszej zmiennej wyniosła 3,93, dla drugiej – 4,1, a trzeciej – 4,17. Jak wynika z literatury, zaufanie jest kluczem do relacji (Krot, 2019; Petrocchi i in., 2019), zatem jego odpowiednio wysoki poziom stanowi podstawę realizacji procesu leczenia. Uzyskane w badaniu 74% to wynik identyczny z GfK Polonia (2016), wyższy niż w badaniach Krot (2016), zdecydowanie niższy niż wynika to ze statystyk prowadzonych przez IAB Polska (2020), gdzie zaufanie do lekarzy kształtuje się na poziomie 87%. Na tle zdiagnozowanego u pacjentów poziomu zaufania interesująco kształtują się pozostałe aspekty postaw wobec lekarza z założenia powiązane z zaufaniem: współpraca (Krot, 2018) i realizacja zaleceń (Krot, 2016). Ich poziom powiązany jest też z innymi czynnikami: zaangażowaniem pacjenta (Eldh i in., 2006), jego preferencjami i potencjałem czy wiedzą (Castro i in., 2016).

Badając przeobrażenia zachodzące w relacji lekarz–pacjent w konsekwencji korzystania przez pacjentów z Internetu jako źródła informacji o zdrowiu, zastosowano dwa ogólne stwierdzenia opisujące zjawisko: kierunek zmian – czy relacja poprawia się czy pogarsza oraz poziom partnerstwa – czy związek z lekarzem jest bardziej niż kiedyś oparty na zasadach partnerstwa (rysunek 3.8).

W obu mierzonych aspektach oddziaływania internetowej informacji na relację przeważały wypowiedzi o neutralnym charakterze. Pacjenci w większości nie byli w stanie dostrzec zmian przez nią powodowanych – ani pozytywnych, ani negatywnych. Prawie połowa uznała, że posiadanie przez nich informacji nie zmienia tego, co łączy ich z lekarzem, a nieco mniej, bo ponad 46%, w ten sam sposób wypowiedziało się w kwestii partnerstwa. Skrajnych ocen było najmniej. Po około 5% pacjentów zdecydowanie potwierdziło zarówno pozytywny wpływ na relację informacji znalezionych online, jak i skutek w postaci większego stopnia partnerstwa. Podobnie wygląda sytuacja ze zdecydowanym zaprzeczeniem pozytywnym zmianom w relacji i wyższemu poziomowi partnerstwa. Średnie wartości zmiennych wyniosły odpowiednio 3,05 i 2,96. Wyniki korespondują z innymi publikowanymi badaniami zarówno w kwestii poprawy relacji (Russ i in., 2011; AlGhamdi i Mussa, 2012; Bianco i in., 2013), jak i partnerstwa (Ostrowska, 2006; Fryc i in., 2018).

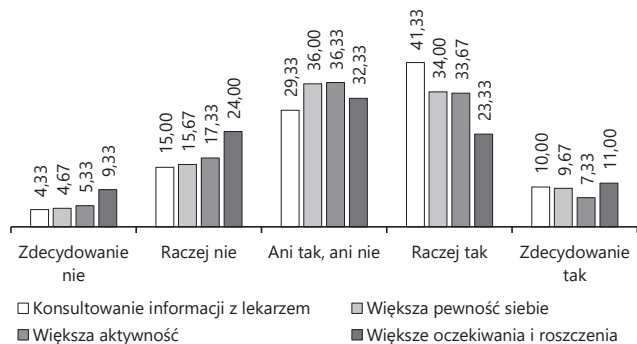


Rysunek 3.8. Wpływ informacji o zdrowiu z Internetu na relację lekarz–pacjent według pacjentów

Źródło: badania własne.

Analizując zachowanie pacjenta poszukującego w Internecie informacji o zdrowiu w stosunku do lekarza, zbadano cztery najbardziej charakterystyczne zjawiska, tzn.

konsultowanie znalezionych treści z lekarzem, pewność siebie i aktywność pacjentów oraz pojawianie się zwiększonych oczekiwań i roszczeń podczas wizyty (rysunek 3.9).



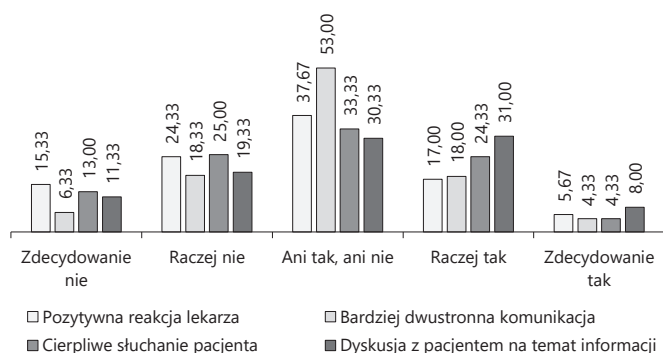
Rysunek 3.9. Zachowania pacjenta w relacji z lekarzem pod wpływem informacji znalezionej w Internecie przez pacjenta w opinii własnej

Źródło: badania własne.

W badaniu większość pacjentów wskazała na występowanie wszystkich analizowanych zachowań. Średnie wartości wyniosły od 3,03 dla oczekiwań i roszczeń, przez 3,2 dla pewności siebie i 3,28 dla aktywności, aż po 3,38 dla konsultowania informacji. W pierwszych trzech przypadkach najczęściej pacjenci zachowywali w ocenie neutralność, a w ostatnim – w większości raczej się zgadzali z występowaniem badanego zjawiska. Zdecydowanie zaprzeczającym konsultowaniu znalezionych informacji z lekarzem, większej aktywności w relacji i pewności siebie było między 4,33% a 5,33%. Więcej osób, bo ponad 9%, zaprzeczyło pojawianiu się oczekiwań i roszczeń względem lekarza pod wpływem znalezionej online informacji o zdrowiu. Z badań wynika więc, iż posiadanie przez pacjentów większej wiedzy skutkuje raczej pozytywnymi efektami niż pojawieniem się nieuzasadnionych żądań. W powiązaniu z postrzeganiem lekarza jako godnego zaufania profesjonalisty można założyć, iż taka reakcja pacjentów na posiadaną informację o zdrowiu świadczy o uznawaniu lekarza za główne źródło informacji i silniejszą stronę relacji (Sillence i in., 2007). Podobne rezultaty badań pojawiają się również w literaturze przedmiotu. Można tu znaleźć wyniki wskazujące na popularność i pozytywne postrzeganie konsultowania przez pacjentów znalezionej informacji z lekarzem (AlGhamdi i Moussa, 2012), rosnącą pewność w relacjach z lekarzem (Russ i in., 2011)

czy aktywność (Kivits, 2006). Badacze opisują także pojawianie się żądań i oczekiwań pacjentów pod wpływem pochodzącej z Internetu informacji (Murray i in., 2003b).

Reakcja lekarza na sytuację, w której pacjent przychodzi na wizytę z informacjami pochodzącymi z Internetu, stanowi uzupełnienie badania zachowań pacjentów. Z punktu widzenia relacji oceniono poddano nie tylko to, czy reakcja lekarza miała charakter pozytywny czy nie, ale również takie zagadnienia jak komunikacja, sposób słuchania i skłonność do dyskusji (rysunek 3.10).



Rysunek 3.10. Zachowanie lekarza w relacji z pacjentem pod wpływem informacji znalezionej w Internecie przez pacjenta w opinii pacjentów

Źródło: badania własne.

W dokonanej przez pacjentów ocenie reakcji lekarza nie tylko dominują odpowiedzi neutralne, ale dość często pojawiają się negatywne. Prawie 40% pacjentów nie dostrzegło u lekarza pozytywnej reakcji, prawie 25% nie zauważyło zmiany w komunikacji na bardziej dwustronną, 38% nie zgodziło się z tym, że lekarz wykazuje się cierpliwością, a ponad 30% nie potwierdziło, że lekarz dyskutował na temat posiadanych przez pacjentów informacji. Oznacza to, że lekarze nie są zbyt optymistycznie i pozytywnie nastawieni do informacji o zdrowiu pochodzącej z Internetu, tym bardziej że niewielu pacjentów zdecydowanie potwierdziło pozytywne reakcje lekarza. Takie wyniki przełożyły się na stosunkowo niskie wartości średnie – odpowiednio 2,73, 2,96, 2,82, 3,05. Nie można jednak powiedzieć, aby reakcja lekarzy była negatywna, bo oceny na poziomie około trzech punktów w skali do pięciu to ocena neutralna. W literaturze istnieje wiele badań mówiących o bardziej i mniej pozytywnych reakcjach medyków. Najczęściej jednak są to sytuacje, gdy lekarz pozytywnie reaguje (Kivits, 2006; Russ, 2011), lepiej się komunikuje (Chiu, 2011), cierpliwie słucha (Russ, 2011) i dyskutuje (Broom, 2005b). Na tym tle

stosunkowo niskiej oceny reakcji lekarza należy upatrywać albo w nadal wysokim poziomie paternalizmu w relacji lekarz–pacjent, albo niewystarczającym poziomie empatii lub umiejętności komunikacyjnych lekarzy, o czym pisze się w kontekście niewystarczającej edukacji (Soboń, 2018) albo stosunkowo wolno przebiegającego procesu uznawania Internetu za źródło informacji o zdrowiu.

3.4. Relacja lekarz–pacjent z perspektywy lekarza

W ten sam sposób przebadano relację lekarz–pacjent z perspektywy lekarza. Sprawdzono, jak kształtuje się owa relacja w sytuacji korzystania przez pacjenta z internetowej informacji o zdrowiu w opinii lekarzy na temat postawy pacjenta wobec lekarza, zmian w relacji wywołanych korzystaniem przez pacjentów z internetowej informacji o zdrowiu, zachowania pacjenta w następstwie posiadania informacji oraz własnej reakcji na tego typu sytuację. Procentowy rozkład udzielonych odpowiedzi zamieszczono w tabeli 3.6.

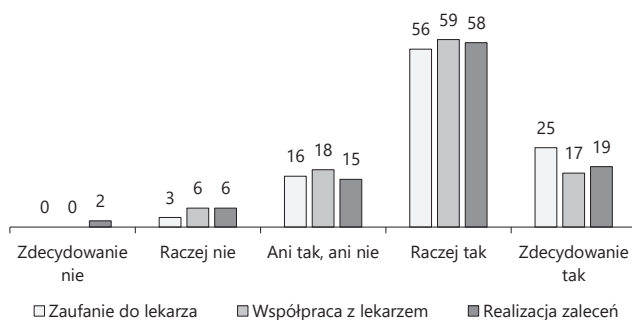
Tabela 3.6. Stwierdzenia opisujące relację lekarz–pacjent z perspektywy lekarzy (%)

Stwierdzenia	Całkowicie się nie zgadzam	Nie zgadzam się	Ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	Zgadzam się	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6
Pacjenci ufają mi w sprawach zdrowia, gdyż jestem profesjonalistą	0	3	16	56	25
Pacjenci współpracują ze mną dla najlepszego efektu zdrowotnego	0	6	18	59	17
Pacjenci postępują zgodnie z zaleceniami lekarskimi dla swojego dobra	2	6	15	58	19
Znalezione przez pacjentów w Internecie informacje na temat zdrowia pozytywnie wpływają na relację ze mną	5	28	48	18	1
W efekcie posiadania przez pacjentów większej wiedzy na tematy zdrowotne relacja ze mną ma charakter bardziej partnerski	11	21	31	31	6
Wyszukane w Internecie informacje dotyczące zdrowia pacjenci zazwyczaj konsultują ze mną	1	12	26	55	6
Pochodząca z Internetu informacja zdrowotna pozwala pacjentom poczuć się pewniej podczas wizyty u mnie	7	17	48	26	2

1	2	3	4	5	6
Pacjenci posiadający wiedzę z Internetu na tematy zdrowotne są bardziej aktywni w kontaktach ze mną	1	14	28	44	13
W następstwie posiadania internetowej informacji o zdrowiu rosną oczekiwania i roszczenia/żądania pacjentów względem mnie podczas wizyty	5	16	18	40	21
Moja reakcja na informacje dotyczące zdrowia znalezione przez pacjentów w Internecie jest na ogół negatywna	8	30	31	16	15
Wyższy poziom wiedzy medycznej pacjentów zdobytej w Internecie zmienia mój sposób komunikowania się z pacjentem (na bardziej dwustronny)	5	26	31	30	8
Cierpliwie słucham o tym, co pacjenci znaleźli w Internecie na temat zdrowia	5	8	20	54	13
Dyskutuję z pacjentami na temat informacji znalezionych przez nich w Internecie	3	11	15	46	25

Źródło: opracowanie własne.

Wyniki badania postaw pacjenta względem lekarza prezentuje rysunek 3.11.



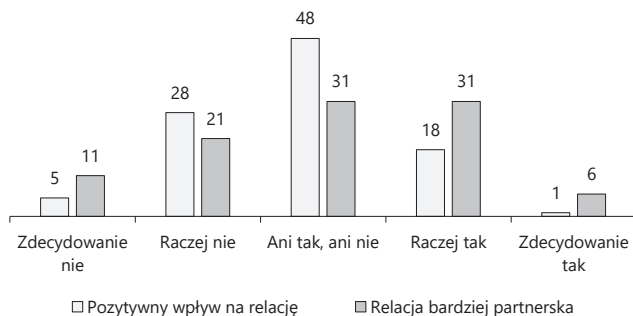
Rysunek 3.11. Skłonność pacjentów do wykorzystywania Internetu jako źródła informacji o zdrowiu w opinii lekarzy

Źródło: badania własne.

Lekarze uznali, że wszystkie badane wymiary postaw, tj. zaufanie, współpraca i realizacja zaleceń, są cechą typową dla pacjentów. Ich występowanie potwierdziło odpowiednio 81, 76 i 77% lekarzy. Wypowiedzi negujących całkowite występowanie badanych cech pacjentów udzieliło zaledwie 2% lekarzy i to jedynie w odniesieniu do realizacji zaleceń lekarskich. W efekcie tak dużej dysproporcji między negatywnymi

i pozytywnymi wypowiedziami wartości średnie ukształtowały się na wysokim poziomie: 4,03 dla zaufania, 3,87 dla współpracy i 3,86 dla realizacji zaleceń. Gdy się porówna te wyniki z uzyskanymi od pacjentów, okazuje się, że pacjenci lepiej ocenili współpracę i realizację zaleceń, lekarze zaś – zaufanie do nich. Próbuując wyjaśnić wyższe zaufanie pacjenta do lekarza w ocenie lekarzy, warto wspomnieć, że zaufanie może być przez obie strony relacji różnie rozumiane. Według Lingsa i in. (2003) zaufanie pacjenta odnosi się do osobistej uczciwości lekarza oraz jego kompetencji i wiedzy medycznej, a z perspektywy lekarzy polega ono na uczciwym uznaniu potencjalnych problemów z poczuciem zawodowej uczciwości i odpowiedzialności moralnej.

Wyniki badania zmian w relacji lekarz–pacjent w następstwie korzystania przez pacjentów z Internetu jako źródła informacji o zdrowiu prezentuje rysunek 3.12.



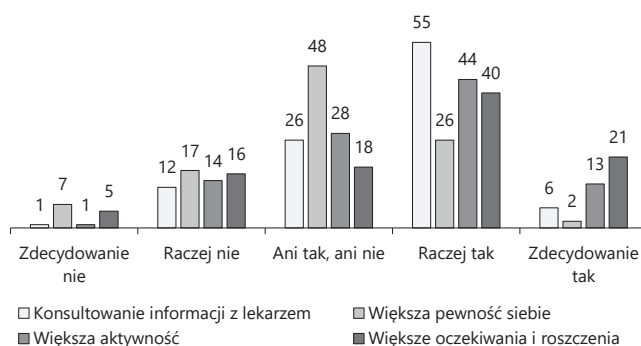
Rysunek 3.12. Wpływ informacji o zdrowiu znalezionej w Internecie przez pacjentów na relację lekarz–pacjent według lekarzy

Źródło: badania własne.

Pomimo że zauważalny jest tu bardziej symetryczny rozkład ocen poszczególnych zmiennych, różnią się one uzyskanymi wynikami przy średnich wartościach 2,82 i 3. Nieco słabiej wypada kwestia pozytywnego oddziaływania informacji o zdrowiu online na relację z pacjentami w porównaniu z przeważającą ilością pozytywnych wypowiedzi lekarzy nad neutralnymi w kwestii zwiększonego partnerstwa w relacji. Lekarze najczęściej zachowywali neutralność w ocenie zachodzących w relacji przeobrażeń (48% i 31%), najrzadziej zdecydowanie potwierdzali pozytywny wpływ informacji (15% i 6%). Ich słabsze niż u pacjentów, dość sceptyczne nastawienie do korzyści płynących dla relacji pokrywa się z wynikami publikowanych badań. Lekarze akceptują wprowadzenie przez pacjentów informacji dotyczących zdrowia (Sommerhalder i in., 2009), ale

postrzegają je jako problematyczne (Ahmad i in., 2006). Zauważają bowiem negatywny wpływ tego typu treści w postaci m.in. wprowadzania czytelnika w błąd (Potts i Wyatt, 2002) czy efektu nadmiernego wydłużania czasu konsultacji (Dilliway i Maudsley, 2007). Co do bardziej partnerskiej relacji w konsekwencji korzystania przez pacjentów z internetowej informacji o zdrowiu, opinie są bardziej pozytywne niż u pacjentów. Lekarze widzą zmiany w swoim zachowaniu względem pacjentów, którzy coraz częściej nie akceptują paternalistycznego traktowania (Lings i in., 2003; Ahluwalia i in., 2010) i oczekują partnerstwa (Sommerhalder i in., 2009).

Zachowanie pacjenta przychodzącego na konsultacje z informacjami pochodzącymi z Internetu w ocenie lekarza prezentuje rysunek 3.13.



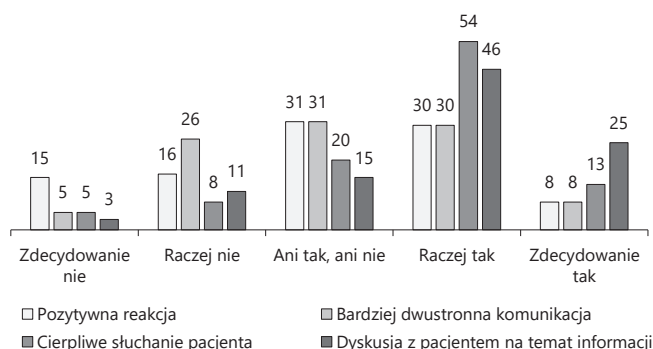
Rysunek 3.13. Zachowania pacjenta w relacji z lekarzem pod wpływem informacji znalezionej w Internecie przez pacjenta w opinii lekarzy

Źródło: badania własne.

Kolejny raz w ocenie poszczególnych zmiennych dominują wypowiedzi raczej pozytywne i neutralne. Średnie wartości dla konsultowania znalezionych informacji, większej aktywności oraz pojawiających się w konsekwencji żądań i roszczeń, przyjmując wyższy poziom niż u pacjentów, niewiele różnią się między sobą (między 3,53 a 3,56). Aż 61% lekarzy przyznało, że pacjenci konsultują z nimi znalezione w Internecie informacje oraz wykazują zwiększone oczekiwania i żądania podjęcia konkretnych działań. Szczególnie duża różnica jest widoczna w przypadku wymagań stawianych przez pacjentów. Prawie dwa razy więcej lekarzy niż pacjentów wskazało na tego typu zachowania. Co do aktywności pacjentów, 57% lekarzy przyznało, że wzrósł jej poziom. To znów znacznie wyższa ilość lekarzy niż pacjentów wskazujących na własną aktywność. Powodem tak dużych rozbieżności może być z jednej strony wyczulenie lekarzy na korzystanie

przez pacjentów z tego źródła informacji i konsekwencje z tego płynące, z drugiej – nieświadomość pacjentów, jak bardzo posiadanie informacji z Internetu oddziałuje na ich zachowania. Niższa średnia wartość na poziomie 2,99 dotyczy jedynie większej pewności siebie pacjenta w kontaktach z lekarzem. Zdaniem lekarzy ten element nie idzie tak mocno w parze z posiadaniem przez pacjentów informacji jak pozostałe zachowania. Pacjenci jednak nadal polegają na opinii lekarza. W literaturze podkreśla się podobne zachowania pacjentów widziane oczami lekarzy, wskazując na częste konsultowanie informacji (Kim i Kim, 2009), brak pewności siebie (Cox, 2002), zwiększoną aktywność (Cox, 2002; Sommerhalder i in., 2009) i problem nadmiernych roszczeń pacjentów (Sommerhalder i in., 2009).

Reakcje lekarzy na kontakt z pacjentem wyposażonym w informacje z Internetu w ocenie ich samych prezentuje rysunek 3.14.



Rysunek 3.14. Zachowanie lekarza w relacji z pacjentem pod wpływem informacji znalezionej w Internecie przez pacjenta w opinii własnej

Źródło: badania własne.

Lekarze najbardziej byli przekonani co do tego, że dyskutują z pacjentem na temat przyniesionych na konsultację i pochodzących z Internetu informacji oraz cierpliwie słuchają tego, co pacjent ma do powiedzenia. W pierwszym przypadku odpowiedzi pozytywnych było aż 71%, w drugim – 68%, co dało średnie wartości ocen 3,79 i 3,62. W kwestii dostrzeżenia zmian w komunikacji z pacjentem na bardziej dwustronną i pozytywnej reakcji na przynoszenie przez pacjentów tego rodzaju informacji zdecydowanie pozytywnie wypowiedziało się po 38% lekarzy, a średnie wartości ocen wyniosły 3,35 i 3,1. We wszystkich zmiennych najmniej było ocen zdecydowanie negujących tego typu zmiany w reakcji lekarzy. Wyniki te różnią się od danych zebranych od pacjentów,

których średnie oceny kształtowały się niżej – między 2,73 a 3,05. Zauważalny jest zatem zupełnie inny pogląd obu stron relacji na zachowania lekarza. Największa różnica (między 0,7 a 0,8 w uśrednionej ocenie) wystąpiła w postrzeganiu kwestii cierpliwości lekarza i chęci dyskusji z pacjentem na temat informacji o zdrowiu pochodzących z Internetu. Oznacza to, że medykom wydaje się, że poziom omawianych w badaniu zachowań jest satysfakcjonujący, a pacjenci widzą to zupełnie inaczej. Potwierdzeniem tego są całkowicie różne wyniki uzyskane dla skrajnych ocen – bardzo zbliżona ilość zdecydowanie pozytywnych wypowiedzi lekarzy odpowiada ilości zdecydowanie negatywnych wypowiedzi pacjentów. W literaturze przedmiotu zagadnieniami tymi zajęli się m.in. Potts i Wyatt (2002), Murray i in. (2003b), Ahmad i in. (2006), Kim i Kim (2009), Sommerhalder i in. (2009), Ahluwalia i in. (2010).

3.5. Model postrzeganej relacji lekarz–pacjent w warunkach dostępu do Internetu jako źródła informacji o zdrowiu

3.5.1. Zależności między zmiennymi – wyniki badań empirycznych

Na podstawie przeprowadzonych badań pacjentów będących użytkownikami sieci w obszarze zdrowia oraz lekarzy podjęto się konstrukcji modelu relacji lekarz–pacjent w warunkach dostępu do internetowej informacji o zdrowiu. W tym celu zweryfikowano 30 postawionych hipotez badawczych: 22 odnoszące się do modelu relacji lekarz–pacjent w warunkach dostępu do internetowej informacji o zdrowiu budowanego na podstawie ogólnej oceny relacji przez pacjentów i lekarzy oraz 8 dotyczących wybranych zachowań lekarzy i pacjentów pod wpływem pochodzącej z Internetu informacji o zdrowiu. W wyniku analiz 19 hipotez znalazło potwierdzenie empiryczne, 7 odrzucono, 4 zostały potwierdzone za pomocą wyników zebranych od pacjentów, a odrzucone na podstawie wyników zebranych od lekarzy przy poziomie istotności $\alpha = 0,05$ (tabele 3.7–3.10).

Świadomość zdrowotna pacjentów rozumiana jako bycie zaangażowanym w sprawy dotyczące własnego zdrowia istotnie pozytywnie wpływa na postrzeganą użyteczność Internetu jako źródła informacji o zdrowiu (przy wartości parametru $p = 0,0000$: $V = 0,24242156$ i $T_B = 0,1465$), potwierdzając hipotezę H_1 , choć siła związku jest słaba.

Postrzegane ryzyko zdrowotne pojmowane jako powaga, z jaką pacjent patrzy na możliwość utraty zdrowia, istotnie pozytywnie wpływa na postrzeganą użyteczność Internetu jako źródła informacji o zdrowiu (przy wartości parametru $p = 0,0000$:

$V = 0,2156$ i $T_B = 0,1465$), potwierdzając hipotezę H_2 , choć również tu siła związku jest słaba.

Operatywność pacjentów w poszukiwaniu informacji o zdrowiu w Internecie rozumiana jako umiejętność bezproblemowego znalezienia potrzebnych informacji istotnie pozytywnie wpływa na postrzeganą łatwość użycia Internetu jako źródła informacji o zdrowiu (przy wartości parametru $p = 0,0000$: $V = 0,68092156$ i $T_B = 0,7801$), postrzeganą użyteczność Internetu jako źródła informacji o zdrowiu (przy wartości parametru $p = 0,0000$: $V = 0,4859$ i $T_B = 0,5872$) i postrzeganą wiarygodność internetowej informacji o zdrowiu (przy wartości parametru $p = 0,0000$: $V = 0,32262156$ i $T_B = 0,4056$). Potwierdzają się zatem hipotezy H_3 , H_4 i H_5 . W pierwszym przypadku związek jest silny, w drugim i trzecim – umiarkowany.

Tabela 3.7. Zależności między zmiennymi konceptualnego modelu cz. 1 – opinia pacjentów

Zmienna niezależna	Zmienna zależna		
	postrzegana łatwość użycia	postrzegana użyteczność	postrzegana wiarygodność
Świadomość zdrowotna	–	H_1 $p = 0,00000$ V Cramera = 0,2424 τ -b Kendalla = 0,2491	–
Postrzegane ryzyko zdrowotne	–	H_2 $p = 0,00000$ V Cramera = 0,2156 τ -b Kendalla = 0,1465	–
Operatywność w szukaniu informacji	H_3 $p = 0,00000$ V Cramera = 0,6809 τ -b Kendalla = 0,7801	H_4 $p = 0,00000$ V Cramera = 0,4859 τ -b Kendalla = 0,5872	H_5 $p = 0,00000$ V Cramera = 0,3226 τ -b Kendalla = 0,4056

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Hipoteza H_6 zakładająca bezpośredni związek między postrzeganą łatwością użycia Internetu jako źródła informacji o zdrowiu oznaczającą stopień, w jakim ludzie uważają Internet za łatwe do użycia narzędzie, a postrzeganą użytecznością Internetu jako źródła informacji o zdrowiu została również potwierdzona empirycznie (przy wartości parametru $p = 0,0000$: $V = 0,5151$ i $T_B = 0,5685$). Związek jest istotny, dodatni i silny.

Bardzo podobnie kształtuje się sytuacja z oddziaływaniem postrzeganej wiarygodności internetowej informacji o zdrowiu pojmowanej w kategoriach zaufania na postrzeganą użyteczność Internetu jako źródła informacji o zdrowiu (przy wartości parametru

$p = 0,0000$: $V = 0,5211$ i $T_B = 0,611$). Związek jest również istotny i dodatni, lecz nieco silniejszy. Hipoteza H_7 została zatem potwierdzona empirycznie.

Postawa pacjentów względem wykorzystania Internetu jako źródła informacji o zdrowiu rozumiana jako gotowość i skłonność do korzystania z Internetu do celów zdrowotnych jest kształtowana przez trzy zmienne. Zarówno postrzegana łatwość użycia (przy wartości parametru $p = 0,0000$: $V = 0,4637$ i $T_B = 0,5094$), użyteczność (przy wartości parametru $p = 0,0000$: $V = 0,5719$ i $T_B = 0,6483$), jak i wiarygodność Internetu jako źródła informacji o zdrowiu ($V = 0,7014$ i $T_B = 0,824$ przy wartości parametru $p = 0,0000$) istotnie pozytywnie na nią oddziałują, potwierdzając hipotezy H_8 , H_9 i H_{10} . Siłę związku w pierwszym przypadku należy uznać za umiarkowaną, w drugim – dużą, w trzecim – największą.

Kolejne hipotezy H_{11} i H_{12} zakładają istotny związek bezpośrednio między postrzeganą użytecznością Internetu jako źródła informacji o zdrowiu oraz postawą pacjentów względem wykorzystania Internetu w tym celu a intencją behawioralną mierzącą prawdopodobieństwo przyjęcia Internetu za źródło informacji zdrowotnych. Obie zostały potwierdzone empirycznie, a związki mają dodatni kierunek i silny charakter na bardzo zbliżonym poziomie (przy wartości parametru $p = 0,0000$: $V = 0,5486$ i $T_B = 0,6207$ oraz $V = 0,5340$ i $T_B = 0,681$).

Tabela 3.8. Zależności między zmiennymi konceptualnego modelu cz. 2 – opinia pacjentów

Zmienna niezależna	Zmienna zależna		
	postrzegana użyteczność	postawa wobec Internetu	intencja behawioralna
Postrzegana łatwość użycia	H_6 $p = 0,0000$ V Cramera = 0,5151 τ -b Kendalla = 0,5685	H_8 $p = 0,0000$ V Cramera = 0,4637 τ -b Kendalla = 0,5094	–
Postrzegana użyteczność	–	H_9 $p = 0,0000$ V Cramera = 0,5719 τ -b Kendalla = 0,6483	H_{11} $p = 0,0000$ V Cramera = 0,5486 τ -b Kendalla = 0,6207
Postrzegana wiarygodność	H_7 $p = 0,0000$ V Cramera = 0,5211 τ -b Kendalla = 0,611	H_{10} $p = 0,0000$ V Cramera = 0,7014 τ -b Kendalla = 0,824	–
Postawa wobec Internetu	–	–	H_{12} $p = 0,0000$ V Cramera = 0,5340 τ -b Kendalla = 0,681

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Intencja behawioralna pacjentów w zakresie korzystania z Internetu jako źródła informacji o zdrowiu istotnie oddziałuje na zachowanie w zakresie poszukiwania w Internecie informacji o zdrowiu (przy wartości parametru $p = 0,0000$: $V = 0,5616$ i $T_B = 0,638$). Związek jest dodatni i silny, zatem hipoteza H_{13} jest prawdziwa.

Hipoteza H_{14} dotycząca wpływu zachowania pacjentów w zakresie poszukiwania w Internecie informacji o zdrowiu polegającego na znalezieniu potrzebnych informacji została zweryfikowana podwójnie – z perspektywy pacjenta i lekarza. W obu przypadkach potwierdzono istotne dodatnie zależności ($V = 0,3378$ i $T_B = 0,2555$ przy wartości parametru $p = 0,0000$ oraz $V = 0,3206$ i $T_B = 0,2023$ przy wartości parametru $p = 0,0196$). Hipoteza jest zatem prawdziwa, a siła związku na umiarkowanym poziomie.

Tabela 3.9. Zależności między zmiennymi konceptualnego modelu cz. 3 – opinia pacjentów

Zmienna niezależna	Zmienna zależna		
	zachowanie online	relacja lekarz–pacjent	
		wg pacjentów	wg lekarzy
Intencja behawioralna	H_{13} $p = 0,0000$ $V \text{ Cramera} = 0,5616$ $\text{tau-b Kendall} = 0,638$	–	–
Zachowanie online	–	H_{14} $p = 0,0000$ $V \text{ Cramera} = 0,3378$ $\text{tau-b Kendall} = 0,2555$	H_{14} $p = 0,0196$ $V \text{ Cramera} = 0,3206$ $\text{tau-b Kendall} = 0,2023$
Postawa wobec lekarza	–	H_{15} $p = 0,00006$ $V \text{ Cramera} = 0,2953$ $\text{tau-b Kendall} = 0,273$	H_{15} $p = 0,0044$ $V \text{ Cramera} = 0,519$ $\text{tau-b Kendall} = 0,3326$
Płeć	–	H_{16} $p = 0,91095$	H_{21} $p = 0,3051$
Wiek	–	H_{17} $p = 0,1783$	H_{22} $p = 0,0314$ $V \text{ Cramera} = 0,3091$ $\text{tau-b Kendall} = 0,2128$
Wykształcenie	–	H_{18} $p = 0,6969$	–
Stan zdrowia	–	H_{19} $p = 0,8072$	–
Częstotliwość wizyt	–	H_{20} $p = 0,6719$	–

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Podobna sytuacja występuje w odniesieniu do wpływu postawy pacjentów wobec lekarza na postrzeganą relację lekarz–pacjent, która również została przebadana z dwóch perspektyw – pacjenta i lekarza. Postawa okazała się mieć istotny pozytywny wpływ w obu przypadkach ($V = 0,2953$ i $T_B = 0,273$ przy wartości parametru $p = 0,00006$ oraz $V = 0,516$ i $T_B = 0,3326$ przy wartości parametru $p = 0,0044$). Hipoteza H_{15} została pozytywnie zweryfikowana empirycznie, lecz tym razem związek charakteryzuje się różną siłą. Według ocen pacjentów jest on słaby, a wg ocen lekarzy silny.

Kolejnych pięć hipotez dotyczących wpływu analizowanych cech pacjenta na postrzeganą relację lekarz–pacjent nie zostało potwierdzonych empirycznie. Żadna z cech, tj. wiek, płeć, wykształcenie, stan zdrowia ani częstotliwość wizyt u lekarza pierwszego kontaktu, nie oddziałuje istotnie na badaną relację (wartości parametru p wyniosły odpowiednio 0,91095, 0,1783, 0,6969, 0,8072 i 0,6719). Hipotezy H_{16} , H_{17} , H_{18} , H_{19} i H_{20} zostały odrzucone.

Spośród dwóch hipotez H_{20} i H_{21} odnoszących się do wpływu płci i wieku lekarza na postrzeganą relację lekarz–pacjent pierwsza została odrzucona przy wartości parametru $p = 3051$, a drugą potwierdzono empirycznie. Wiek lekarza pozytywnie istotnie oddziałuje na postrzeganą relację lekarz–pacjent, a siła związku jest umiarkowana (przy wartości parametru $p = 0,0314$: $V = 0,3091$ i $T_B = 0,2128$).

Dzięki uszczegółowieniu relacji lekarz–pacjent poprzez opisanie jej przez pryzmat określonych reakcji i zachowań towarzyszących pacjentom i lekarzom w warunkach posiadania przez pacjenta informacji dotyczących zdrowia z Internetu oraz badaniu wpływ tejże informacji na przywołane reakcje i zachowania z punktu widzenia zarówno lekarza, jak i pacjenta powstaje dokładniejszy obraz relacji i zachodzących w niej zmian (tabela 3.10).

Analiza zależności przeprowadzona na podstawie badania pacjentów potwierdziła istotne oddziaływanie wyszukanej w Internecie informacji na temat zdrowia na wszystkie cztery zmienne opisujące zachowanie pacjenta w relacji lekarz–pacjent. Zweryfikowano zatem pozytywnie hipotezy H_{23} , H_{24} , H_{25} i H_{26} . Znalezienie w Internecie przydatnych informacji o zdrowiu tworzy związek o kierunku dodatnim i słabej sile oddziaływania z konsultowaniem przez pacjenta zdobytych informacji z lekarzem ($V = 0,2646$ przy wartości parametru $p = 0,0000$) oraz wzrostem oczekiwań i roszczeń wobec lekarza ($V = 0,2467$ przy wartości parametru $p = 0,0000$), a związek o kierunku dodatnim o umiarkowanej sile z pewnością siebie pacjenta w kontaktach z lekarzem ($V = 0,3645$ przy wartości parametru $p = 0,0000$) oraz jego aktywnością ($V = 0,3442$ przy wartości parametru $p = 0,0000$). Analiza tych samych zależności z perspektywy lekarza potwierdziła istotność jednego związku opisanego hipotezą H_{25} . Oznacza to,

że w tym przypadku znalezienie w Internecie przydatnych informacji o zdrowiu wpływa dodatkowo ze słabą siłą tylko na aktywność pacjenta w kontaktach z lekarzem ($V = 0,2905$ przy wartości parametru $p = 0,0134$). Hipotezy H_{23} , H_{24} i H_{26} odrzucono.

Tabela 3.10. Zależności między zmiennymi konceptualnego modelu cz. 4 – opinia pacjentów i lekarzy

Zmienne		Wpływ informacji z Internetu na elementy relacji lekarz–pacjent	
		wg pacjentów	wg lekarzy
Elementy po stronie pacjenta	konsultowanie informacji	H_{23} $p = 0,0000$ V Cramera = 0,2646 τ -b Kendalla = 0,3083	H_{23} $p = 0,6581$
	wzrost pewności podczas wizyty	H_{24} $p = 0,0000$ V Cramera = 0,3645 τ -b Kendalla = 0,4391	H_{24} $p = 0,746$
	większa aktywność w kontaktach z lekarzem	H_{25} $p = 0,0000$ V Cramera = 0,3442 τ -b Kendalla = 0,4129	H_{25} $P = 0,0134$ V Cramera = 0,2905 τ -b Kendalla = 0,1799
	wzrost oczekiwań i roszczeń	H_{26} $p = 0,0000$ V Cramera = 0,2467 τ -b Kendalla = 0,3184	H_{26} $p = 0,2954$
Elementy po stronie lekarza	pozytywna reakcja na informacje z sieci	H_{27} $p = 0,00022$ V Cramera = 0,1907 τ -b Kendalla = -0,111	H_{27} $p = 0,0000$ V Cramera = 0,4051 τ -b Kendalla = 0,4698
	bardziej dwustronna komunikacja	H_{28} $P = 0,0000$ V Cramera = 0,2135 τ -b Kendalla = 0,1996	H_{28} $P = 0,0036$ V Cramera = 0,3124 τ -b Kendalla = 0,2997
	cierpliwe słuchanie pacjenta	H_{29} $p = 0,074$	H_{29} $p = 0,1551$
	dyskusja z pacjentem	H_{30} $p = 0,0081$ V Cramera = 0,1651 τ -b Kendalla = 0,0788	H_{30} $p = 0,1788$

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Analiza zależności na podstawie badania pacjentów potwierdziła istotne oddziaływanie wyszukanej w Internecie informacji na temat zdrowia na trzy z czterech zmiennych opisujących zachowanie lekarza w relacji lekarz–pacjent. Zweryfikowano pozytywnie hipotezy H_{28} i H_{30} . Znalezienie w Internecie przydatnych informacji o zdrowiu tworzy

związek o kierunku dodatnim i słabej sile oddziaływania z dwustronną komunikacją z pacjentem ($V = 0,2135$ przy wartości parametru $p = 0,0000$) oraz skłonnością lekarza do dyskusowania z pacjentem na temat informacji o zdrowiu pochodzącej z Internetu ($V = 0,1651$ przy wartości parametru $p = 0,0081$). Hipoteza H_{27} została również potwierdzona, gdyż zakładana, choć słaba istotność związku występuje i ma on ujemny kierunek ($V = 0,1907$ i T_B ujemne przy wartości parametru $p = 0,00022$).

Analiza tych samych zależności z perspektywy lekarza potwierdziła istotność dwóch związków opisanych hipotezami H_{27} i H_{28} , lecz tym razem ich siła jest znacznie silniejsza. Znalezienie w Internecie przydatnych informacji o zdrowiu wpływa tu dodatnio z umiarkowaną siłą na reakcję lekarza na przyniesioną na konsultację informację ($V = 0,4051$ przy wartości parametru $p = 0,0000$) i dwustronną komunikacją z pacjentem ($V = 0,3124$ przy wartości parametru $p = 0,0036$). Pozostałe dwa związki są nieistotne, zatem hipotezy H_{29} i H_{30} odrzucono.

3.5.2. Komentarz do wyników badania nad modelem relacji

Z przeprowadzonych badań wynika, że większość zależności konceptu badawczego zostało potwierdzonych, a relacja lekarz–pacjent poddaje się wpływowi Internetu jako źródła informacji o zdrowiu (rysunek 3.15).

Operatywność pacjentów w poszukiwaniu informacji o zdrowiu w Internecie ułatwia używanie Internetu do celów zdrowia, zwiększa postrzeganą użyteczność Internetu jako źródła informacji o zdrowiu i postrzeganą wiarygodność internetowej informacji o zdrowiu. Zatem im bardziej bezproblemowo pacjenci posługują się Internetem, tym jest on dla nich łatwiejszym, użyteczniejszym i bardziej wiarygodnym narzędziem służącym poszukiwaniu treści dotyczących zdrowia. Tę dość oczywistą zależność potwierdzają inne badania (Yun i Park, 2010; Kim i Park, 2012). Do podobnych wniosków doszedł twórca modelu wykorzystywanego w badaniu – Yun (2008), wykazując zależności między skutecznością korzystania z informacji zdrowotnych a postrzeganą łatwością użycia i postrzeganą wiarygodnością. W jego badaniu nie wykazano jednak związku między operatywnością a użytecznością, co autor tłumaczył odzwierciedleniem problemu braku praktycznej użyteczności informacji o chorobach z Internetu dla poprawy umiejętności zarządzania aktywnością zdrowotną oraz zwiększania udziału w procesie podejmowania decyzji związanych ze zdrowiem. W warunkach bieżącego badania taki związek wystąpił, co sugeruje większą pewność siebie badanych pacjentów w kwestii szukania i używania informacji z Internetu w porównaniu z pacjentami z badania Yuna.

Poza operatywnością czynnikami wspierającymi w badaniu postrzeganą użyteczność są także postrzegane ryzyko zdrowotne i świadomość zdrowotna pacjentów. Obie zmienne zwiększają użyteczność Internetu jako źródła informacji o zdrowiu. Wyniki te są zgodne zarówno z logiką każącą przypuszczać, że jeżeli pacjent dostrzega ryzyko zdrowotne i chce zarządzać swym zdrowiem, sięga po naturalne dziś narzędzie informacji, jakim jest Internet, jak i z wcześniejszymi badaniami (Ahadzadeh i in., 2015). Świadomość zdrowotna została w nich zidentyfikowana jako ważny motyw aktywności zdrowotnej (Berger i in. 2005; Sillence i in., 2007) i określona istotnym predyktorem postrzeganej przydatności, postawy i zamiaru korzystania z Internetu jako źródła informacji o chorobach (Yun i Park, 2010). Wykazano tam również, że poszukiwanie informacji przez ludzi jest wywoływane potrzebą wiedzy i stopniem zainteresowania informacjami oraz w sposób istotny i pozytywnie związane z ich zachowaniami w zakresie poszukiwania informacji (Sutcliffe i in., 2000; Homburg i Giering, 2001). Co do postrzeganego ryzyka dla zdrowia, we wcześniejszych badaniach stwierdzono, że jest ono jednym z ważnych czynników prognostycznych wpływających na zachowania związane z poszukiwaniem informacji w Internecie (Yun i Park, 2010; Mou i in., 2016). Pacjenci żądają więc dostępu do informacji o chorobach, jak wynika to z ustaleń dotyczących ogólnych badań zachowań w zakresie poszukiwania informacji (Kim i Kim, 2001; Jeon i Park, 2004; Kim i Shin, 2007).

Przeprowadzone analizy ukazują również silne zależności postaw pacjentów względem wykorzystania Internetu jako źródła informacji o zdrowiu od postrzeganej łatwości użycia Internetu, wiarygodności i użyteczności Internetu wykorzystywanego w tym celu. Okazuje się, że nie tylko zgodnie z przypuszczeniem wszystkie wymienione zmienne zwiększają, choć z różną siłą, pozytywne nastawienie pacjentów do Internetu i informacji zdrowotnych w nim znajdujących w sposób bezpośredni. Postrzegana łatwość użycia Internetu i wiarygodność internetowej informacji o zdrowiu oddziałują również pośrednio na te postawy, bo poprzez użyteczność będącą swoistą zmienną zbiorczą łączącą w sobie wpływ innych zmiennych. Znajduje to potwierdzenie w literaturze przedmiotu, gdzie postrzegana łatwość użytkowania, użyteczność i wiarygodność także zostały zidentyfikowane jako mające pozytywny wpływ na nastawienie do Internetu jako źródła informacji o zdrowiu (Davis i in., 1989, 1993; Yang i Choi, 2001; Yun i Park, 2010; Kim i Park, 2012; Ahadzadeh i in., 2015). Z wymienionych trzech zmiennych w badaniu najsilniej oddziałującą na postawy jest wiarygodność, którą w literaturze przedmiotu określa się jako kluczowy czynnik determinujący nastawienie pacjentów i zamiar korzystania z informacji internetowej o chorobach (Yun i Park, 2010). Inne badania (van der Heijden, 2004; Wakefield i Whitten, 2006) wskazują, że modele akceptacji można tworzyć,

koncentrując się na naturze korzystania z systemów informacyjnych zorientowanych na produktywność i przyjemność. Pacjenci korzystający z Internetu w celu uzyskania informacji o chorobach są jednak bardziej zainteresowani kontekstowymi niż technicznymi aspektami stron internetowych (Yun, 2008), a w konsekwencji jakość informacji staje się kluczową i priorytetową kwestią. Zachowanie w Internecie jest zatem celowe, a nie tylko łatwe i przyjemne (Fallis i Fricke, 2002; Hesse i in., 2005).

Następna zmienna w modelu, nazwana intencją behawioralną i związana z prawdopodobieństwem przyjęcia Internetu za źródło informacji o zdrowiu, jest wg badania zależna od postawy pacjentów względem wykorzystania Internetu jako źródła informacji o zdrowiu oraz postrzeganej użyteczności tego narzędzia dla celu zdrowia. Silne oddziaływania polegają na zwiększaniu prawdopodobieństwa wyboru Internetu na miejsce poszukiwania informacji i są spójne z wynikami innych testów badawczych modelu TAM (Davis, 1993; Yang i Choi, 2001). Na istotny wpływ postawy na intencję wskazywali w swych badaniach m.in. Kim i Park (2012) oraz Schaper i Pervan (2007b), a użyteczności na intencję Chismar i Wiley-Patton (2002) oraz Schaper i Pervan (2007a).

Intencja behawioralna polegająca na zamiarze regularnego używania Internetu w sytuacjach dotyczących zdrowia powinna przełożyć się na podjęte przez pacjentów działania skutkujące znalezieniem w sieci poszukiwanych i przydatnych informacji. Wyniki badania potwierdzają tę dodatnią zależność, określając ją jako silny związek. W literaturze przedmiotu dostępne są wyniki badań pokazujące tę umiejętność u pacjentów. Jeżeli szukają, to zwykle znajdują interesujące ich treści (Murray i in., 2003b; Bright i in., 2005; McMullan, 2006).

Kolejna część analiz ukazuje związki między zachowaniem pacjenta poszukującego w Internecie przydatnych informacji oraz jego postawą wobec lekarza a postrzeganą relacją lekarz–pacjent. Obie zależności mają charakter dodatni, tzn. wyszukiwanie przez pacjenta w sieci informacji dotyczących jego zdrowia oraz zaufanie, wola współpracy i realizowanie zaleceń lekarskich pozytywnie wpływają na relację, która ma w efekcie charakter bardziej partnerski i to zarówno w ocenie jednej, jak i drugiej strony. Różnica polega na sile oddziaływania zmiennych. Od strony pacjentów zauważalny jest silniejszy wpływ informacji, a od strony lekarzy – postawy. Taki wniosek wydaje się uzasadniony, gdyż biorąc pod uwagę doświadczenie i wiedzę lekarzy, należało się spodziewać, że szczególnie ważne będzie w ich ocenie to, jak pacjent współdziała w diagnostyce i leczeniu, a nie to, czego się dowiedział online. Pacjentom zaś w konsekwencji empowermentu wydaje się, że wiedzą wystarczająco dużo, aby podjąć dialog z lekarzem. Badania innych autorów również wskazują na pozytywne wykorzystywanie przez pacjentów informacji z Internetu w kontaktach z lekarzami, bo w efekcie relacja poprawia się (Murray i in.,

2003b; Stevenson i in., 2007; Newnham i in., 2006; AlGhamdi i Moussa, 2012; Bianco i in., 2013), choć ograniczeniem bywają umiejętności komunikacyjne lekarza i odczucie rzucenia przez pacjenta lekarzowi wyzwania (Murray i in., 2003b).

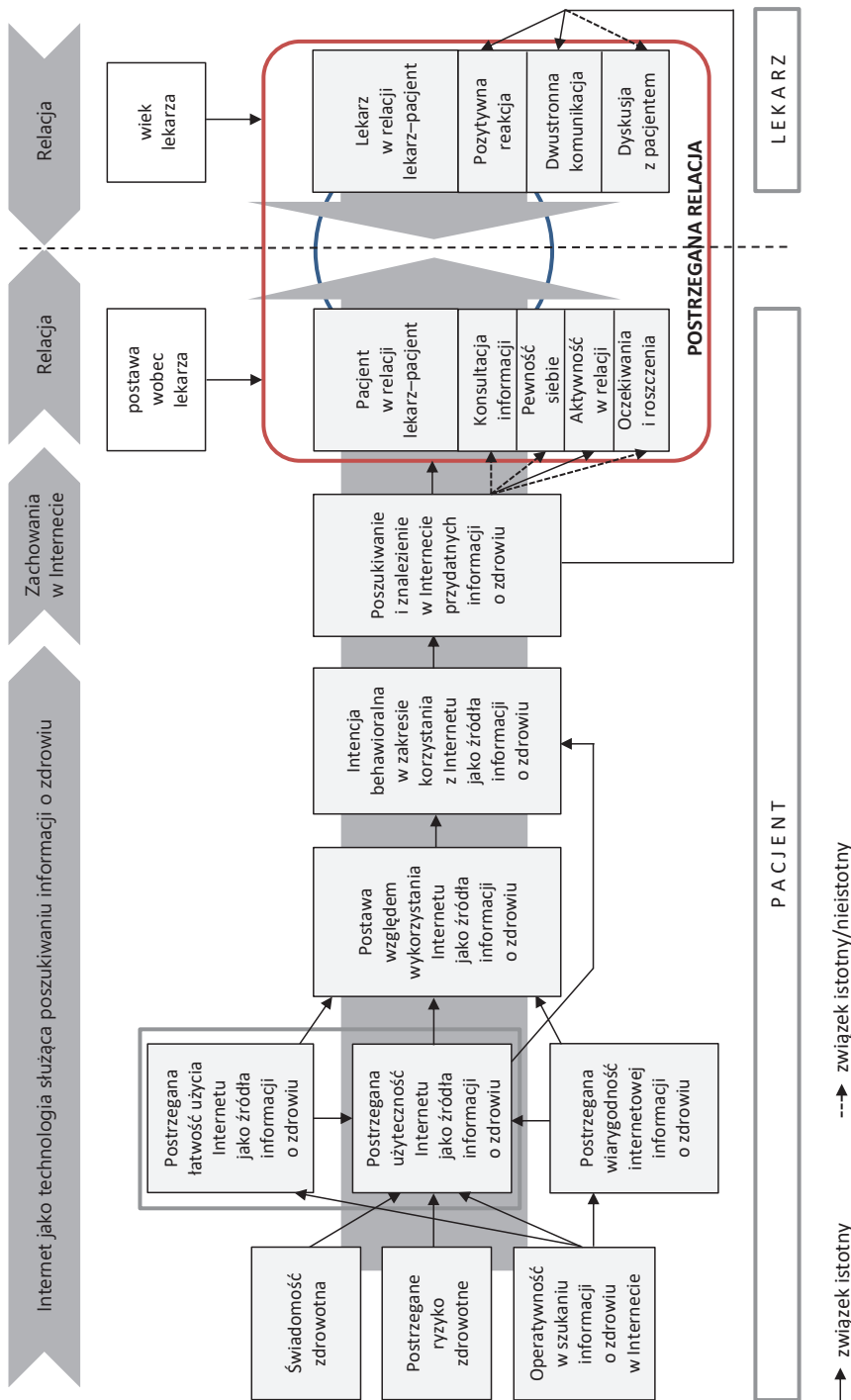
Co zaskakujące, na zbadaną relację lekarza z pacjentem w kontekście dostępu do internetowej informacji o zdrowiu nie miały istotnego wpływu zmienne opisujące pacjentów, tzn.: płeć, wiek, wykształcenie, stan zdrowia i częstotliwość wizyt. W licznych publikacjach (Czaja i in., 2003; Pandey i in., 2003; Benotsch i in., 2004; Flynn i in., 2006; Arora i in., 2007; Ayers i Kronenfeld, 2007; Drentea i in., 2008; Skopelja i in., 2008) wskazuje się te cechy jako różnicujące zachowania związane z wykorzystaniem Internetu do celów zdrowotnych, przy czym zwykle bada się, jak wygląda korzystanie z Internetu, a nie wpływ na relację. Związki cech pacjenta i relacji lekarz–pacjent w warunkach dostępu do internetowej informacji o zdrowiu sporadycznie oceniano, koncentrując się na płci (Chung, 2013; Santana i in., 2011), wieku (Santana i in., 2011; Russ i in., 2011), statusie zdrowotnym (Murray i in., 2003b; Santana i in., 2011), zestawiając je zazwyczaj z pojedynczymi działaniami pacjentów – np. zadawaniem pytań podczas konsultacji medycznej czy sugerowaniem lub kwestionowaniem diagnozy lub leczenia.

Oceniając wpływ cech lekarzy, tzn. płci i wieku, na ich relację z pacjentami, spodziewano się dostrzec różnice w ocenie w kontekście dostępu do internetowej informacji o zdrowiu. Okazało się, że mimo zwyczajowo przypisywanej empatii i wrażliwości kobietom nie odnotowano istotnej zależności od płci. W przypadku wieku lekarza ściśle związanego ze stażem pracy i doświadczeniem w zawodzie analizy wykazały dodatnią zależność z oceną relacji. Oznacza to, że z zasady starszy i dłużej pracujący z pacjentami lekarz lepiej postrzega ich zaangażowanie w poszukiwanie informacji na temat zdrowia również drogą elektroniczną. Wprawdzie literatura przedmiotu jest bogata w badania lekarzy w zakresie wpływu na ich relację z pacjentami informacji pochodzących z Internetu, ale z zasady ich cechy (wiek, płeć, liczba pacjentów, specjalizacja i wiele innych) pełnią tylko funkcję informacyjną na temat próby badawczej (Murray i in., 2003a).

W kwestii wyszukanej w Internecie przez pacjentów informacji o zdrowiu i jej wpływu na wybrane zachowania pacjenta i lekarza w konsekwencji posiadania internetowej informacji o zdrowiu zauważalna jest zasadnicza różnica w analizach przeprowadzonych na podstawie informacji zebranych od pacjentów i od lekarzy. U pacjentów, na podstawie ich własnej oceny, informacja pochodząca z Internetu wpływa na większą skłonność do konsultowania zdobytej wiedzy z lekarzem, zwiększa pewność siebie podczas konsultacji, wzmacnia aktywność oraz skutkuje wzrostem oczekiwań/roszczeń wobec lekarza. Według informacji zgromadzonych od lekarzy posiadanie informacji o zdrowiu z Internetu zwiększa aktywność pacjentów podczas wizyty, żadna zaś

z pozostałych trzech zakładanych zależności potwierdzonych już na bazie badań pacjentów nie znalazła empirycznego potwierdzenia. Oznacza to sporą różnicę w postrzeganiu oddziaływania Internetu na relację lekarz–pacjent. Należy przypuszczać, że biorąc pod uwagę wciąż obecną u pacjentów w relacji z lekarzami świadomość przewagi posiadanej wiedzy, pacjenci traktują Internet jako ważne źródło informacji (Stevenson i in., 2007), ale z zasady poddają się sugestiom lekarza i mimo dyskusowania z nim podczas wizyty, zgadzają się z diagnozą i leczeniem (Murray i in., 2003b; Fryc i in., 2018). Podobny pogląd wyrazili Hancock i in. (2007), wskazując, że pacjenci postrzegają udostępniane informacje niezgodnie z tym, jak postrzegają je pracownicy służby zdrowia. Poza tym w literaturze przedmiotu spotyka się dość często badania dotyczące zachowań pacjentów pod wpływem wiedzy dotyczącej zdrowia czerpanej przez pacjentów z różnych źródeł, w tym z Internetu, oraz kierunku zmian widocznych w różnych aspektach relacji lekarz–pacjent. Zazwyczaj jednak są to analizy oparte na statystykach podstawowych, jak częstość udzielanych odpowiedzi, średnia czy odchylenie standardowe, bez jakichkolwiek analiz zależności. Na podstawie informacji pochodzących od pacjentów temat pojawiającej się zazwyczaj większej pewności pacjenta (Murray i in., 2003b), większej aktywności (Kivits, 2006; Czerwińska, 2018), choć czasem bez wskazywania źródła wiedzy (Kivits, 2006), sugestii czynionych lekarzowi (Murray i in., 2003a; Sommerhalder i in., 2009; Santana i in., 2011), konsultowania wyszukanych informacji (Murray i in., 2003b; Stevenson i in., 2007; Sommerhalder i in., 2009; Bianco i in., 2013; Silver, 2015). Lepiej poinformowani pacjenci są bardziej skłonni do rozwijania poczucia partnerstwa i współpracy z lekarzami (Wald i in., 2007). Te same tematy omawiane przez pryzmat opinii lekarzy badali Cox (2002), Potts i Wyatt (2002), Murray i in. (2003b) oraz Fiske i in. (2020).

Z kolei u lekarzy, na podstawie ich własnej oceny, przynoszona przez pacjenta na wizytę informacja pochodząca z Internetu wpływa na ich pozytywną reakcję i bardziej dwustronną komunikację z pacjentem. Według danych zgromadzonych od pacjentów u lekarzy informacja pochodząca z Internetu powoduje większą skłonność do dyskusji i bardziej dwustronną komunikację z pacjentem, lecz jej wpływ na pozytywną reakcję lekarza jest ujemny. Pojawia się zatem sprzeczność co do kierunku oddziaływania informacji. Zapewne częściowo wynika to z subiektywizmu udzielonych odpowiedzi w procesie gromadzenia informacji. Lekarzom może się wydawać, iż pozytywnie reagują na tego typu sytuacje, a pacjenci, czując niedosyt, oceniają reakcję lekarza znacznie gorzej niż oni sami. Z dużym prawdopodobieństwem można jednak założyć, że za rozbieżność ocen w pewnej części odpowiada również zakorzeniony w polskich warunkach paternalizm (Ostrowska, 2006; Wroński i in., 2009; OECD, 2019). Nadal część medyków okazuje bowiem przewagę nad pacjentem i reagując na przynieszone przez pacjentów



Rysunek 3.15. Model relacji lekarz–pacjent w warunkach korzystania przez pacjenta z Internetu jako źródła informacji o zdrowiu

Źródło: opracowanie własne.

informacje, wykazuje dość mocne zachowania paternalistyczne, graniczące z autorytaryzmem i dominacją. W badaniach spotyka się nawet opinie, że pacjenci nie rozmawiają z lekarzami na temat tego, czego dowiedzieli się z Internetu, w obawie przed niewłaściwą reakcją lekarza (Kivits, 2004a; Chiu, 2011; Silver, 2015), gdyż jak twierdzi Cullen (2006), lekarze nie przyzwyczaili się jeszcze do bardziej aktywnej roli pacjentów. Co do opinii lekarzy i ich reakcji na informacje dotyczące zdrowia pacjentów w literaturze, to o małym jej wpływie na dyskusję, choć raczej pozytywnym i raczej pozytywnej reakcji podczas wizyty, piszą Murray i in. (2003b). Cox (2002) wskazuje na najczęstsze reakcje – zainteresowanie, wyzwanie dla wiedzy lekarza, współdzielenie z pacjentem opieki, partnerstwo. Pacjenci zaś dostrzegają u lekarzy różne reakcje – zarówno pozytywne (Russ i in., 2011), jak i negatywne (Chung, 2013), mniejszą skłonność do dyskusowania (Kivits, 2006) i traktowanie ich jako problematycznych pacjentów (Broom, 2005a). O poprawie komunikacji piszą Ahmad i in. (2006) i Sillence i in. (2007), a Chiu (2011) łączy ten pozytywny wpływ ze wzrostem poziomu przygotowania pacjenta do rozmowy.

Zakończenie

Internet, będący rewolucją w technologiach informacyjno-komunikacyjnych, zmotywował użytkowników do poszukiwania, tworzenia i udostępniania informacji związanych ze zdrowiem (Alwi i Murad, 2018). Internet jest podstawowym narzędziem do wyszukiwania informacji, a najczęściej wyszukiwane informacje dotyczą właśnie zdrowia (Szymczyk i in., 2015), dlatego dla części konsumentów stał się równie istotny i użyteczny w zdobywaniu wiedzy o zdrowiu jak w innych obszarach życia (Fox, 2011). Poszukiwanie informacji zdrowotnych odbywa się tu w celu zmniejszenia niepewności stanu zdrowia i zwiększenia zrozumienia chorób (Cotten i Gupta, 2004).

W związku z rosnącą popularnością wyszukiwania informacji zdrowotnych online stają się one coraz częściej tematem rozmów pacjentów z lekarzami podczas wizyty, wpływając na istniejące między nimi relacje. Na podstawie przeprowadzonego badania pacjentów i lekarzy powstał obraz relacji lekarz–pacjent w warunkach dostępu do internetowej informacji o zdrowiu, a skonstruowany model objął występujące zależności między poszczególnymi jej elementami, łącznie z procesem akceptacji Internetu jako źródła informacji dla celów zdrowia. W ten sposób zrealizowano zarówno wytyczony główny cel badawczy, jak i wynikające zeń cele częściowe. Wykazano, że informacja pochodząca z Internetu pozwala pacjentom na nawiązanie opartych na wiedzy relacji z lekarzem, a przez to umożliwia kształtowanie bardziej świadomych zachowań. Poznano motywacje, postawy i zachowania pacjentów w zakresie poszukiwania w Internecie informacji o zdrowiu, ustalono, jak internetowa informacja o zdrowiu wpływa na zachowania pacjenta w kontakcie z lekarzem, zbadano, jak lekarze postrzegają korzystanie przez pacjentów z Internetu jako źródła informacji o zdrowiu, oraz przeanalizowano wpływ e-informacji na relację lekarz–pacjent z perspektywy obu stron.

Dzięki badaniom i analizom udowodniono główną hipotezę, zgodnie z którą informacja o zdrowiu dostępna online pozytywnie wpływa na postrzeganą instytucjonalną

relację lekarz–pacjent, pomagając zmniejszyć asymetrię informacji i prowadząc do lepszej współpracy i efektów, choć ustalony wpływ jest mniejszy od spodziewanego. Nie potwierdzono hipotezy pomocniczej mówiącej o zależności zachowania pacjenta w zakresie poszukiwania w Internecie informacji o zdrowiu przede wszystkim od postrzeganej użyteczności i łatwości użycia Internetu. Zależności te są wprawdzie istotne i silne, jednak słabsze niż w przypadku wiarygodności. Podobnie tylko połowicznie potwierdzono kolejną hipotezę. Sposób wykorzystania wyszukanej w Internecie informacji o zdrowiu i jej wpływ na zachowania pacjenta zależy bowiem od postaw pacjenta, a nie jego cech i postaw. Ostatnia z hipotez, mówiąca o tym, że internetowa informacja o zdrowiu zwiększa siłę pacjenta w relacji z lekarzem, została potwierdzona empirycznie.

Cechą wyróżniającą przyjętą metodykę jest kompleksowe i dwustronne podejście do relacji lekarz–pacjent w warunkach dostępu do internetowej informacji o zdrowiu, co prawda oparte na wielokrotnie wykorzystywanych w literaturze metodach badawczych, lecz nowatorskie ze względu na połączenie w spójną całość elementów procesu poszukiwania i wykorzystywania informacji. Wynika to z faktu, iż zanim pacjent przyjdzie na wizytę z wyszukаныmi online treściami, musi zaakceptować Internet jako źródło przydatnej informacji w obszarze zdrowia, a potem skutecznie tej informacji poszukać i ją wykorzystać. Cały proces rozpoczyna się zatem od operatywności pacjentów w poszukiwaniu informacji online. Bez umiejętności bezproblemowego znalezienia potrzebnych informacji trudno bowiem mówić o szukaniu odpowiedzi na pytania z zakresu zdrowia. Poza tym niezbędne jest również występowanie odpowiedniego poziomu świadomości zdrowotnej pacjentów skłaniającej do zaangażowania w sprawy dotyczące własnego zdrowia oraz odpowiednia powaga, z jaką pacjent patrzy na możliwość utraty zdrowia. Te trzy czynniki uruchamiają proces poszukiwania w Internecie informacji związanych ze zdrowiem, na powodzenie którego składają się jego łatwość użycia, użyteczność i wiarygodność. Żeby wyszukiwanie informacji zakończyło się sukcesem, z jednej strony musi być zapewniona jakość kontekstowa dostępnych informacji oraz funkcjonalna łatwość użytkowania, a z drugiej strony powinny być rozwijane umiejętności wyszukiwania tego typu treści. Dopiero wówczas dzięki odpowiedniej postawie i intencji behawioralnej następuje uruchomienie procesu poszukiwania, a w konsekwencji znalezienia odpowiednich treści, co przekłada się na zmiany w relacji lekarz–pacjent w porównaniu z sytuacją, gdy pacjent był postrzegany jako ogniwo słabsze i wymagające czysto paternalistycznego podejścia.

Generalizując, o ile pacjenci radzą sobie dość dobrze w kwestiach uruchomienia procesu poszukiwania oraz wyszukiwania informacji o zdrowiu online przy pozytywnej postawie względem lekarza, o tyle wpływ posiadanej informacji na relację jest bliższy

wartościom neutralnym. Nie obserwuje się ani w ocenie pacjentów, ani w ocenie lekarzy szczególnie dużego optymizmu. Podobnie jest z wpływem pochodzącej z Internetu wiedzy o zdrowiu na relację. O ile według pacjentów po ich stronie uwidaczniają się bardziej aktywne zachowania, o tyle u lekarzy więcej jest negatywnych i neutralnych reakcji. Sytuacja nieco poprawia się w ocenie lekarzy, którzy zauważają pozytywne zmiany pod wpływem informacji znalezionych w Internecie przez pacjentów zarówno we własnych reakcjach, jak i w zachowaniach pacjentów.

Wyszukiwanie informacji zdrowotnych przez pacjentów w Internecie może więc poprawić relację z lekarzami i ma potencjał do zmiany jej tradycyjnej struktury, w której pacjenci postrzegani są jako niczego nieświadomi podopieczni lekarzy będących jedyneymi dysponentami wiedzy medycznej. Pacjent ma bowiem prawo do współdecydowania o sobie, a do tego potrzebuje informacji. W związku z tym, iż pomimo potencjalnych korzyści z pozyskiwania informacji zdrowotnych online pojawiają się obawy dotyczące negatywnych skutków, które mogą wpłynąć na ich akceptację i wykorzystanie przez pacjentów, należy zadbać o możliwość dotarcia do odpowiednich treści. Pośród wielu zasobów w Internecie znajdują się również informacje niskiej jakości (Tan i Goonawardene, 2017), których pacjenci, nie będąc w stanie ocenić ani odróżnić (Scantlebury i in., 2017), mogą używać niewłaściwie m.in. do autodiagnozy i samoleczenia (Mou i in., 2016).

Lekarze powinni zatem uznać poszukiwanie przez pacjentów informacji zdrowotnych poza wizytą medyczną za integralną część opieki zdrowotnej. Aby wykorzystać ich potrzebę i chęć zdobywania wiedzy oraz uniknąć potencjalnych kłopotów, medycy muszą się angażować w ocenę uzyskanych informacji i wpływać na właściwe postępowanie pacjentów opierających się na wynikach poszukiwań. Efekty tego typu działań mogą być korzystne nie tylko dla zdrowia pacjentów, ale również dla relacji lekarz–pacjent i całego systemu ochrony zdrowia. Unika się w ten sposób niepotrzebnych komplikacji w procesie leczenia, skraca proces przywracania zdrowia dzięki większemu zaangażowaniu pacjenta i odciąża system od niepotrzebnych kosztów związanych m.in. z przedłużającym się leczeniem. Ponadto warto zadbać o szkolenia pacjentów w zakresie umiejętności wyszukiwania informacji na temat zdrowia, szczególnie wśród populacji o niskim poziomie świadomości zdrowotnej.

Bibliografia

- Abraham Ch., Sheeran P. (2005). *The Health Belief Model* [w:] M. Conner, P. Norman (red.), *Predicting health behaviour. Research and practice with social cognition models*. Berkshire: Open University Press McGraw-Hill, s. 28–80.
- Adinolfi P., Starace F., Palumbo R. (2016). *Health Outcomes and Patient Empowerment*. „Journal of Health Management”, 18 (1), s. 117–133.
- Agner J., Braun K.L. (2018). *Patient empowerment: A critique of individualism and systematic review of patient perspectives*. „Patient Education and Counseling” 101, s. 2054–2064.
- Ahadzadeh A.S., Pahlevan Sharif S., Ong F., Khong K. (2015). *Integrating health belief model and technology acceptance model: An investigation of health-related internet use*. „Journal of Medical Internet Research” 17 (2), e45.
- Ahluwalia S., Murray E., Stevenson F., Kerr C., Burns J. (2010). ‘A heartbeat moment’: *Qualitative study of GP views of patients bringing health information from the internet to a consultation*. „British Journal of General Practice” 60, s. 88–94.
- Ahmad F., Hudak P.L., Bercovitz K., Hollenberg E., Levinson W. (2006). *Are physicians ready for patients with internet-based health information?* „Journal of Medical Internet Research” 8, e22.
- Ajzen I. (1991). *The theory of planned behaviour*. „Organisational Behaviour and Human Decision Processes”, 50, s. 179–211.
- Ajzen I., Fishbein M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behaviour*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- AlGhamdi K.M., Moussa N.A. (2012). *Internet use by the public to search for health-related information*. „International Journal of Medical Informatics” 81, s. 363–373.
- Alpay L., Verhoef J., Xie B., Te’eni D., Zwetsloot-Schonk J. (2009). *Current challenge in consumer health informatics: Bridging the gap between access to information and information understanding*. „Biomedical informatics insights” 2, s. 1–10.

- Alwi S., Murad M. (2018). *Online Information Seeking: A Review of the Literature in the Health Domain*. „International Journal of Computer and Information Engineering” 12 (12), s. 1025–1031.
- Anandarajan M., Simmers C., Igbaria M. (2000). *An exploratory investigation of the antecedents and impact of Internet usage: An individual perspective*. „Behaviour and Information Technology” 19 (1), s. 69–85.
- Anderson J.G., Rainey M.R., Eysenbach G. (2003). *The Impact of CyberHealthcare on the Physician–Patient Relationship*. „Journal of Medical Systems” 27 (1), s. 67–84.
- Andreassen H.K., Bujnowska-Fedak M.M., Chronaki C.E., Dumitru R.C., Pudule I., Santana S., Voss H., Wynn R. (2007). *European citizens’ use of e-health services: a study of seven countries*. „BMC Public Health” 7 (1), s. 53.
- Andrews L., Gajanayake R., Sahama T. (2014). *The Australian general public’s perceptions of having a personally controlled electronic health record (PCEHR)*. „International Journal of Medical Informatics” 83 (12), s. 889–900.
- Andrys-Wawrzyniak I., Jabłeczka A. (2009). *Zagadnienie komunikacji w relacji badacz-pacjent w badaniach klinicznych*. „Farmacja Współczesna” 4, s. 181–191.
- Anker A.E., Reinhart A.M., Feeley T.H. (2011). *Health information seeking: a review of measures and methods*. „Patient Education and Counseling” 82 (3), s. 346–354.
- Aronson E., Wilson T.D., Akert R.M. (1997). *Psychologia społeczna: serce i umysł*. Poznań: Zysk i S-ka.
- Arora N.K., Hesse B.W., Rimer B.K., Viswanath K., Clayman M.L., Croyle R.T. (2007). *Frustrated and confused: the American public rates its cancer-related information-seeking experiences*. „Journal of General Internal Medicine” 23, s. 223–228.
- Arrow K.J. (1963). *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*. „The American Economic Review” 53 (5), s. 941–973.
- Arrow K.J. (1979). *Lecznictwo z punktu widzenia niepewności i ekonomii dobrobytu. Eseje z teorii ryzyka*. Warszawa: PWN.
- Aujoulat I., d’Hoore W., Deccache A. (2007). *Patient empowerment in theory and practice: polysemy or cacophony?* „Patient Education and Counseling” 66, s. 13–20.
- Ayers S.L., Kronenfeld J.J. (2007). *Chronic illness and health-seeking information on the Internet*. „Health” 11 (3), s. 327–347.
- Baca-Marzecka A. (2013). *Relacja lekarz – pacjent w kontekście komunikacyjnym*, <http://www.med-biznes.pl/nasze-artykuly/relacja-lekarz-pacjent-w-kontekscie-komunikacyjnym.html>.
- Baker L., Wagner T.H., Singer S., Bundorf M.K. (2003). *Use of the Internet and email for health care information*. „Journal of the American Medical Association” 289 (18), s. 2400–2406.

- Banaś J. (2010). *Użycie modeli na potrzeby analizy użytkowników systemów informatycznych, ujęcie teoretyczne*. „Organizacja i Zarządzanie. Kwartalnik naukowy” 3 (11), s. 5–16.
- Barański J. (2002). *Interakcja lekarz–pacjent* [w:] J. Barański, W. Piątkowski (red.), *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*. Wrocław: Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, s. 201–209.
- Basu A., Dutta M.J. (2008). *The relationship between health information seeking and community participation: the roles of health information orientation and efficacy*. „Health Communication” 23, s. 70–79.
- Bates B.R., Romina S., Ahmed R., Hopson D. (2006). *The effect of source credibility on consumers' perceptions of the quality of health information on the Internet*. „Medical Informatics and the Internet in Medicine” 31 (1), s. 45–52.
- Baulch J., Chester A., Brennan L. (2010). *Adolescent and parent content preferences and predictors of intention to use an online healthy weight website for adolescents*. „Journal of Applied Psychology” 6 (1), s. 18–26.
- Beauchamp T.L., Childress J.F. (1996). *Zasady etyki medycznej*. Warszawa: Książka i Wiedza.
- Becker M.H. (1974). *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*. „Health Education Monographs” 2, s. 324–473.
- Bednarek-Michalska B. (2007). *Ocena jakości informacji elektronicznej. Pułapki sieci*. „Biuletyn EBIB”, 5 (86), <http://www.ebib.pl/2007/86/a.php?bednarek>.
- Behrens D., Glavin P., Wellman B. (2007). *Connected lives North – Chapleau. Report on the introduction of high-speed Internet to a Northern Ontario rural community*. Toronto: Bell Canada and University of Toronto.
- Benotsch E.G., Kalichman S., Weinhardt L.S. (2004). *HIV-AIDS patients' evaluation of health information on the internet: the digital divide and vulnerability to fraudulent claims*. „Journal of Consulting and Clinical Psychology” 72 (6), s. 1004–1011.
- Berger M., Wagner T.H., Baker L.C. (2005). *Internet use and stigmatized illness*. „Social Science and Medicine” 61, s. 1821–1827.
- Berkman N.D., Sheridan S.L., Donahue K.E., Halpern D.J., Crotty K. (2011). *Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review*. „Annals of Internal Medicine” 155 (2), s. 97–107.
- Bianco A., Zucco R., Nobile C.G., Pileggi C., Pavia M. (2013). *Parents seeking health-related information on the Internet: cross-sectional study*. „Journal of Medical Internet Research” 15 (9), e204.
- Bidmon S., Terlutter R., Rottl J. (2014). *What explains usage of mobile physician-rating apps? Results from a web-based questionnaire*. „Journal of Medical Internet Research” 16 (6), e148.

- Bik B., Przewoźniak L. (2005). *Historia profesji promotora (edukatora) zdrowia* [w:] W. Piątkowski, W. Brodniak (red.), *Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna*. Tyczyn: Wyższa Szkoła Społeczno-Gospodarcza, 2005.
- Bittlingmayer U.H., Dadaczynski K., Sahrai D., van den Broucke D., Okan O. (2020). *Digitale Gesundheitskompetenz – Konzeptionelle Verortung, Erfassung und Förderung mit Fokus auf Kinder und Jugendliche*. „Bundesgesundheitsbl” 63, s. 176–184.
- Blank G., Lutz C. (2018). *Benefits and harms from Internet use: A differentiated analysis of Great Britain*. „New Media and Society” 20 (2), s. 618–640.
- Bloom G., Standing H., Lloyd M. (2008). *Markets, information asymmetry and health care: Towards new social contracts*. „Social Science and Medicine” 66, s. 2076–2087.
- Boehm F.H. (2003). *Building trust*. „Family Practice News” 33, s. 12–18.
- Boguszewicz-Kreft M. (2009). *Zarządzanie doświadczeniem klienta w usługach*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Bonsignore C., Brolis E., Ionescu A., Karusinova V., Mitkova Z., Raps F., Renman V., Fedotova, N.R. (2017). *Patient Empowerment and Centredness – European Health Parliament*, https://www.healthparliament.eu/wp-content/uploads/2017/09/EHP-papers_Patients-empowerment.pdf.
- Borzekowski D.L., Fobil J.N., Asante K.O. (2006). *Online access by adolescents in Accra: Ghanaian teens’ use of the Internet for health information*. „Development and Psychopathology” 42, s. 450–458.
- Bos A.E., Visser G.C., Tempert B.F., Schaalma H.P. (2004). *Evaluation of the Dutch AIDS information helpline: an investigation of information needs and satisfaction of callers*. „Patient Education and Counseling” 54, s. 201–206.
- Bosslet G., Torke A., Hickman S., Terry C., Helft P. (2011). *The Patient–Doctor Relationship and Online Social Networks: Results of a National Survey*. „Journal of General Internal Medicine” 26 (10), s. 1168–1174.
- Bowes P., Stevenson F., Murray E., Ahluwalia S. (2012). *“I need her to be a doctor”: patients’ experiences of presenting health information from the Internet in GP consultations*. „British Journal of General Practice” 62 (604), s. 732–738.
- Brashers D.E., Neidig J.L., Haas S.M., Dobbs L.K., Cardillo L.W., Russell J.A. (2000). *Communication in the management of uncertainty: The case of persons living with HIV or AIDS*. „Communication Monographs” 67 (1), s. 63–84.
- Bravo P., Edwards A., Barr P.J., Scholl I., Elwyn G., McAllister M. (2015). *The Cochrane Healthcare Quality Research Group, Cardiff University, conceptualizing patient empowerment: a mixed methods study*. „Health Services Research” 15, s. 252.
- Bright M.A., Fleisher L., Thomsen C., Morra M.E., Marcus A., Gehring W. (2005). *Exploring e-health usage and interest among Cancer Information Service users: the need for*

- personalized interactions and multiple channel remains.* „Journal of Health Communication” 10, s. 35–52.
- Brody H. (2000). *The placebo response. Recent research and implications for family medicine.* „Journal of Family Practice” 49 (7), s. 649–654.
- Broom A. (2005a). Medical specialists’ accounts of the impact of the Internet on the doctor/patient relationship. „Health” 9 (3), s. 319–338.
- Broom A. (2005b). *Virtually he@lthy: the impact of internet use on disease experience and the doctor-patient relationship.* „Qualitative Health Research” 15 (3), s. 325–345.
- Brucks M. (1985). *The effects of product class knowledge on information search behavior.* „Journal of Consumer Research” 12, s. 1–16.
- Brzeziński T. (2000). *Historia medycyny.* Warszawa: Wyd. Lek. PZWL.
- Bujnowska-Fedak M.M., Staniszewski A., Steciwko A. (2007). *Is Internet used for health purposes? – the Polish national survey.* „Journal of Telemedicine and Telecare” 13 (1), s. 16–19.
- Bujnowska-Fedak M.M., Waligóra J., Mastalerz-Migas A. (2019). *The Internet as a Source of Health Information and Services* [w:] M. Pokorski (red.), *Advancements and Innovations in Health Sciences. Advances in Experimental Medicine and Biology*, vol. 1211. Cham: Springer.
- Bukowska-Piestrzyńska A. (2010). *Finansowanie marketingu w ochronie zdrowia.* Warszawa: CeDeWu.
- Buntin M.B., Burke M.F., Hoaglin M.C., Blumenthal D. (2011). *The benefits of health information technology: A review of the recent literature shows predominantly positive results.* „Health Affairs” 30 (3), s. 464–471.
- Burrows R., Nettleton S., Pleace N., Loader B., Muncer S. (2000). *Virtual community care? Social policy and the emergence of computer mediated social support.* „Information, Communication and Society” 3 (1), s. 95–121.
- Calnan M., Rowe R. (2005). *Trust relations in the ‘new’ NHS: Theoretical and methodological challenges*, <https://www.kent.ac.uk/scarr/publications/WkPaper14> (1)CalnanRowe.pdf.
- Case D.O., Andrews J.E., Johnson J.D., Allard S.L. (2005). *Avoiding versus seeking: The relationship of information seeking to avoidance, blunting, coping, dissonance, and related concepts.* „Journal of the Medical Library Association” 93 (3), s. 353–362.
- Case D.O., Given L.M. (2016). *Looking for information: A survey of research on information seeking, needs, and behavior.* New York: Academic Press.
- Cassell E. (1986). *The Changing Concept of the Ideal Physician.* „Daedalus” 115 (2), s. 185–208.
- Castells M. (2003). *Galaktyka Internetu.* Poznań: Rebis.
- Castleton K., Fong T., Wang-Gillam A., Waqar M.A., Jeffe D.B., Kehlenbrink L., Gao F., Govindan R. (2011). *A survey of Internet utilization among patients with cancer.* „Support Care Cancer” 19 (8), s. 1183–1190.

- Castro E.M., van Regenmortel T., Vanhaecht K., Sermeus W., van Hecke A. (2016). *Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: a concept analysis based on a literature review*. „Patient Education and Counseling” 99, s. 1923–1939.
- Champion V.L., Skinner C.S. (2008). *The health belief model* [w:] K. Glanz, B.K. Rimer, K. Viswanath (red.), *Health behavior and health education. Theory, Research and Practice*. San Francisco: Jossey-Bass, s. 45–65.
- Chang C.-C., Lin C.-Y., Chen Y.-C., Chin Y.-C. (2009). *Predicting information-seeking intention in academic digital libraries*. „The Electronic Library” 27 (3), s. 448–460.
- Chang Ch.-Ch., Huang M.-H. (2020). *Antecedents predicting health information seeking: A systematic review and meta-analysis*. „International Journal of Information Management” 54, 102115.
- Charles C., Gafn A., Whelan T. (2000). *How to improve communication between doctors and patients learning more about the decision making context is important*. „BMJ” 320, 1220.
- Chau P.Y., Hu P.J. (2001). *Information technology acceptance by individual professionals: a model comparison approach*. „Decision Science” 32, s. 699–719.
- Chau P.Y., Hu P.J. (2002). *Examining a model of information technology acceptance by individual professionals: an exploratory study*. „Journal of Management Information Systems” 18, s. 191–229.
- Chen C.C., Wu J., Crandall R.E. (2007). *Obstacles to the adoption of radio frequency identification technology in the emergency rooms of hospitals*. „International Journal of Electronic Healthcare” 3, s. 193–207.
- Chen M.S., Land K.C. (1986). *Testing the Health Belief Model: LISREL Analysis of Alternative Models of Causal Relationships Between Health Beliefs and Preventive Dental Behavior*. „Social Psychology Quarterly” 49 (1), s. 45–60.
- Chen Y.C., Li I.C. (2009). *Effectiveness of interventions using empowerment concept for patients with chronic disease: a systematic review*. „JBI library if Systematic Reviews” 7, s. 1179–1233.
- Chismar W.G., Wiley-Patton S. (2002). *Test of the technology acceptance model for the internet in pediatrics*. „Proceedings of the annual symposium of the American medical informatics association”, s. 155–159.
- Chiu Y.-C. (2011). *Probing, impelling, but not offending doctors: the role of the internet as an information source for patients’ interactions with doctors*. „Qualitative Health Research” 21 (12), s. 1658–1666.
- Chou C., Wu H.-C., Chen C.-H. (2011). *Re-visiting college students’ attitudes toward the Internet-based on a 6-T model: Gender and grade level difference*. „Computers and Education” 56 (4), s. 939–947.
- Chowdhury S. (2005). *The Role of Affect- and Cognition-based Trust in Complex Knowledge Sharing*. „Journal of Managerial Issues” 17 (3), s. 310–326.

- Chung J.E. (2013). *Patient-provider discussion of online health information: Results from the 2007 health information national trends survey (HINTS)*. „Journal of Health Communication” 18, s. 627–648.
- Cianciara D. (2006). *Ocena struktury oraz użyteczności informacji zawartych w materiałach reklamujących produkty lecznicze dostępne bez recepty z perspektywy nowego zdrowia publicznego* [rozprawa habilitacyjna]. Warszawa: Państwowy Zakład Higieny.
- Cilliers L., Viljoen K.L., Chinyamurindi W.T. (2018). *A study on students' acceptance of mobile phone use to seek health information in South Africa*. „Health Information Management” 47 (2), s. 59–69.
- Cline R.J., Haynes K.M. (2001). *Consumer health information seeking on the Internet: The state of the art*. „Health Education Research” 16 (6), s. 671–692.
- Coeckelbergh M. (2012). *A technology acceptance models review*. „Technology as Skill and Activity” 16 (3), s. 208–230.
- Cole J., Kiriaev O., Malpas P., Cheung G. (2017). *'Trust me, I'm a doctor': a qualitative study of the role of paternalism and older people in decision-making when they have lost their capacity*. „Australasian Psychiatry” 25 (6), s. 549–553.
- Commission of the European Communities (2004). *Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. e-Health – making healthcare better for European citizens: An action plan for a European e-Health Area*. Brussels, 30.4.2004, COM (2004) 356 final.
- Commission of the European Communities (2002). *Communication from the Commission to the Council, The European Parliament, The Economic and Social Committee and the Committee of the Regions: eEurope 2002: Quality Criteria for Health related Websites*. Brussels, 29.11.2002, COM (2002) 667 final.
- Compeau D.R., Higgins C.A. (1995). *Computer self-efficacy: development of a measure and initial test*. „Management Information Systems Quarterly” 19, s. 189–211.
- Cotten S.R., Gupta S.S. (2004). *Characteristics of online and offline health information seekers and factors that discriminate between them*. „Social Science and Medicine” 59 (9), s. 1795–1806.
- Cox B. (2002). *The impact of the Internet on the GP-patient relationship*. „Informatics in Primary Care” 10, s. 95–98.
- CSOIZ (2009). *Kierunki informatyzacji „e-Zdrowie Polska” na lata 2011–2015*. Warszawa, http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/kierunki_e_zdrowie_09022011.pdf.
- CSOIZ (2017). *Strategia e-Zdrowia w Polsce na lata 2018–2020*. Warszawa, <https://csioz.gov.pl/aktualnosci/szczegoly/prezentacja-strategii-rozwoju-e-zdrowia-w-polsce-na-lata-2018-2022/page/4/#>.

- Cudmore B.A., Kiguradze T., Bobrowski P.E. (2011). *Encouraging consumer searching behavior on healthcare web sites*. „Journal of Consumer Marketing” 28 (4), s. 290–299.
- Cullen R. (2005). *Empowering patients through health information literacy training*. „Health Education” 54 (4), s. 231–244.
- Czaja R., Manfredi C., Price J. (2003). *The determinant and consequences of information-seeking among cancer patients*. „Journal of Health Communication” 8 (6), s. 529–562.
- Czapiński J., Panek T. (2015). *Diagnoza społeczna 2015. Warunki i jakość życia Polaków. Raport*. Warszawa: Rada Monitoringu Społecznego 2015, http://www.diagnoza.com/pliki/raporty/Diagnoza_raport_2015.pdf.
- Czerska I. (2016). *Relacje lekarz–pacjent a wybrane teoretyczne modele relacji w kontekście dehumanizacji medycyny*. „Handel Wewnętrzny” 5 (364), s. 37–45.
- Czerwiński A. (2013a). Kreatywny NFZ. „Gazeta Wyborcza”, 1.02.2008, nr 27, s. 4.
- Czerwińska M. (2013b). *Postawy wobec e-zdrowia i opinie na jego temat w grupie studentów kierunku zdrowie publiczne*. „Roczniki Kolegium Analiz Ekonomicznych” 29, s. 539–552.
- Czerwińska M. (2014). *Kierunki wykorzystania Internetu w celach zdrowotnych na podstawie badań empirycznych*. „Studia i Materiały Polskiego Stowarzyszenia Zarządzania Wiedzą” 71, s. 18–28.
- Czerwińska M. (2015). *Specyfika zachowań e-pacjentów w Internecie*. „Roczniki Kolegium Analiz Ekonomicznych SGH” 38, s. 343–351.
- Czerwińska M. (2018). *Wpływ cyfryzacji informacji zdrowotnych na zachowania internautów*. „Roczniki Kolegium Analiz Ekonomicznych” 46, s. 39–49.
- Czerwiński A. (2016). *Ramy i modele jakości informacji – próba porównania* [w:] A. Czerwiński, A. Jańczyk M.S. Krzesaj (red.), *Informacja – dobro publiczne czy prywatne?* Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, s. 105–114.
- Czerwiński A., Krzesaj M. (2018). *Ocena jakości informacji w Internecie*. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- Czerwiński K. (2007). *Metodologiczne aspekty pomiaru postaw jako wypadkowej systemu wartości*. Bydgoszcz: Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy.
- Daraz L., Morrow A.S., Ponce O.J., Beuschel B., Farah M.H., Katabi A., Alsawas M., Majzoub A.M., Benkhadra R., Seisa M.O., Ding J., Prokop L., Murad M.H. (2019). *Can patients trust online health information? A meta-narrative systematic review addressing the quality of health information on the Internet*. „Journal of General Internal Medicine” 34 (9), s. 1884–1891.
- Davis F.D. (1985). *A technology acceptance model for empirically testing. New end-user information systems: theory and results*. Cambridge: MIT Press.
- Davis F.D. (1989). *Perceived usefulness, perceived ease of use and user acceptance of information technology*. „Management Information Systems Quarterly” 13 (3), s. 319–340.

- Davis F.D. (1993). *User acceptance of information technology: system characteristics, user perceptions and behavioral impacts*. „International Journal of Man-Machine Studies” 38 (3), s. 475–487.
- Davis F.D., Bagozzi R., Warshaw P. (1989). *User acceptance of computer technology: a comparison of two theoretical models*. „Management Sciences” 35 (8), s. 982–1003.
- Davis F.D., Venkatesh V. (1996). *A critical assessment of potential measurement biases in the technology acceptance model: Three experiments*. „International Journal of Human-Computer Studies” 45, s. 19–45.
- de Haes H., Bensing J. (2009). *Endpoints in medical communication research, proposing a framework of functions and outcomes*. „Patient Education and Counseling” 74 (3), s. 287–294.
- Del Giudice P. (2017). *The IC-health project: improving digital health literacy in Europe*. „European Journal of Public Health” 27 (3), 26.
- Deręgowska J. (2014). *Nauczanie komunikacji klinicznej w polskich ośrodkach akademickich – potrzeby i perspektywy* [w:] I. Werner, E. Więcek-Janka (red.), *Pomiędzy zarządzaniem procesami edukacyjnymi a rynkiem pracy*. Łódź: Społeczna Akademia Nauk.
- Des Armier D., Bolliger D.U. (2019). *An Investigation of Graduate Students’ Internet Attitudes and Their Feelings of Connectedness*. „The Journal of Continuing Higher Education” 67 (2–3), s. 83–96.
- Diaz J.A., Griffith R.A., Ng J.J., Reinert S.E., Friedmann P.D., Moulton A.W. (2002). *Patients’ use of the Internet for medical information*. „Journal of General Internal Medicine” 17, s. 180–185.
- Dillaway G., Maudsley G. (2008). *Patients bringing information to primary care consultations: A cross-sectional (questionnaire) study of doctors’ and nurses’ views of its impact*. „Journal of Evaluation in Clinical Practice” 14, s. 545–547.
- Dobrogowska-Schlebusch E., Niedźwiedzka B., Nowak-Bończa M. (2014). *Badanie publicznych portali i serwisów internetowych w celu wskazania najlepszych praktyk w zakresie dostarczania informacji o zdrowiu i leczeniu – wstępne wyniki badań* [w:] J. Jasiewicz, E.B. Zybert (red.), *Czas przemian – czas wyzwań: Rola bibliotek i ośrodków informacji w procesie kształtowania kompetencji współczesnego człowieka*. Warszawa: SBP, s. 257–273.
- Dobska A. (2015). *Dehumanizacja usług medycznych oraz przywracanie symetryczności relacji w kontaktach profesjonalista – pacjent*. „Handel Wewnętrzny” 3 (356), s. 24–36.
- Dobska M., Rogoziński K. (2008). *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Donat E., Brandtweiner R., Kerschbaum J. (2009). *Attitudes and the Digital Divide: Attitude Measurement as Instrument to Predict Internet Usage*. „Informing Science” 12, s. 37–56.
- Doney P.M., Cannon J.P. (1997). *An examination of the nature of trust in buyer-seller relationships*. „Journal of Marketing” 61, s. 35–51.

- Donnelly L.S., Shaw R.L., Van den Akker O.B. (2008). *eHealth as a challenge to 'expert' power: a focus group study of internet use for health information and management*. „Journal of the Royal Society of Medicine” 101 (10), s. 501–506.
- Doroszewska A. (2010). *Wpływ Internetu na zachowania w zdrowiu i chorobie* [w:] K. Popielski, M. Skrzypek, E. Albińska (red.), *Zdrowie i choroba w kontekście psychospołecznym*. Lublin: KUL, s. 299–311.
- Drentea P., Goldner M., Cotton S., Hale T. (2008). *The association among gender, computer use and online health searching, and mental health*. „Information Communication and Society” 11, s. 509–525.
- Dudek M. (2020). *Potrzeba komunikowania o zdrowiu. Relacja pacjent–lekarz*. „Com.press” 3 (1), s. 128–143.
- Duplaga M. (2012). *Acceptance of internet-based health care services among households in Poland: secondary analysis of a population-based survey*. „Journal of Medical Internet Research” 14 (6), e164.
- Durndell A., Haag Z. (2002). *Computer self-efficacy, computer anxiety, attitudes towards the Internet and reported experience with the Internet, by gender, in an East European sample*. „Computers in Human Behavior” 18 (5), s. 521–535.
- Dutton W.H., Reisdorf B.C. (2019). *Cultural divides and digital inequalities: attitudes shaping Internet and social media divides*. „Information, Communication and Society” 22 (1), s. 18–38.
- EACH (2014). General principles for teaching clinical communication, <http://www.each.eu/wp-content/uploads/2014/07/tEACH-General-principles-for-teaching-clinical-communication-2.pdf>.
- Eastin M. (2006). *Credibility assessments of Online Health Information: The Effects of Source Expertise and Knowledge of Content*. „Journal of Computer-Mediated Communication” 6 (4).
- Ehsan U., Ashill N. (2014). *Drivers of Patients' Trusts in Doctors: A Study of Private Healthcare in Pakistan*. „International Journal of Healthcare Management” 7 (4), s. 237–246.
- Eldh A.C., Ekman I., Ehnfors M. (2006). *Conditions for patient participation and non-participation in health care*. „Nursing Ethics” 13 (5), s. 503–514.
- Emanuel E.J., Emanuel L.L. (1992). *Four Models of the Physician-Patient Relationship*. „JAMA” 267 (16), s. 2221–2226.
- Eng T.R. (2001). *The eHealth landscape: a terrain map of emerging information and communication technologies in health and health care*. Princeton: Robert Wood Johnson Foundation.
- European Commission (2007). *Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the Economic and Social Committee and the Committee of the Regions 'Consumer Policy Strategy 2007–2013: Empowering consumers, enhancing their welfare, effectively protecting them'*. Brussels, 13.3.2007, COM (2007) 99 final.

- European Commission (2012). *Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. eHealth Action Plan 2012–2020 – Innovative healthcare for the 21st century*. Brussels, 6.12.2012, COM (2012) 736 final.
- Eurostat (2019). *Individuals using the internet for seeking health-related information*, <https://data.europa.eu/data/datasets/j2ydop1brd6yd7msmmkosg?locale=en>.
- Eysenbach G., Köhler C. (2002). *How do consumers search for and appraise health information on the World Wide Web? Qualitative study using focus groups, usability tests, and in-depth interviews*. „British Medical Journal” 324 (7337), s. 573–577.
- Eysenbach G., Powell J., Kuss O., Sa E.-R. (2002a). *Empirical studies assessing the quality of health information for consumers on the World Wide Web*. „The Journal of the American Medical Association” 287 (20), s. 2691–2715.
- Fallis D., Fricke M. (2002b). *Indicators of accuracy of consumer health information on the Internet: a study of indicators relating to information for managing fever in children in the home*. „Journal of the American Medical Informatics Association” 9, s. 73–79.
- Felisiak M. (2020). *Korzystanie z Internetu*. „Komunikat z Badań CBOS” 85, s. 1.
- Fishbein M. (red.) (1967). *Readings in Attitude Theory and Measurement*. New York: Wiley.
- Fishbein M., Ajzen I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading: Addison-Wesley.
- Fisher K.E., Erdeles S., McKechnie L. (red.) (2005). *Theories of information behavior*. Medford: Information Today, Inc.
- Fiske A., Buix A., Prainsack B. (2020). *The double-edged sword of digital self-care: Physician perspectives from Northern Germany*. „Social Science and Med” 260.
- Flanders C.E., Pragg L., Dobinson C., Logie C. (2017). *Young sexual minority women's use of the internet and other digital technologies for sexual health information seeking*. „The Canadian Journal of Human Sexuality” 26 (1), s. 17–25.
- Flynn K.E., Smith M.A., Freese J. (2006). *When do older adults turn to the Internet for health information? Findings from the Wisconsin Longitudinal Study*. „Journal of General Internal Medicine” 21, s. 1295–1301.
- Foucault M. (1977). *Discipline and punish: the birth of the prison*. London: Allen Lane.
- Fox S. (2011). *Health topics*. Washington: Pew Research Center's Internet & American Life Project.
- Fox S. (2014). *The social life of health information*, <http://www.pewresearch.org/fact-tank/2014/01/15/the-social-life-of-health-information>.
- Frankfort-Nachmias C., Nachmias D. (2001). *Metody badawcze w naukach społecznych*. Poznań: Zys i S-ka.

- Freidson E. (1960). *Client Control and Medical Practice*. „American Journal of Sociology” 65 (4), s. 374–382.
- Freidson E. (1970). *Professional dominance*. Chicago: Aldine, 1970.
- Fromm E. (1994). *The Art of Listening*. London: Constable.
- Fryc A., Krassowska M., Szymik D., Hamoud M., Patela K. (2018). *Rola Internetu w relacji lekarz–pacjent zbadana w wybranych grupach wiekowych*. „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne” 8 (4), s. 285–295.
- Fumagalli P., Radaelli G., Lettieri E., Bertele P., Masella C. (2015). *Patient empowerment and its neighbours: clarifying the boundaries and their mutual relationships*. „Health Policy” 119, s. 384–395.
- Gabay G. (2015). *Perceived control over health, communication and patient-physician trust*. „Patient Education and Counseling” 98, s. 1550–1557.
- Gałuszka M. (2003). *Spółeczne i kulturowe powinności medycyny. Tożsamość zawodowa i atrofia moralna*. Wrocław: Wydawnictwo Wrocławskiego Towarzystwa Naukowego.
- Gałuszka M. (2012). *Nowe zjawiska w relacji lekarz–pacjent w kontekście rozwoju Internetu*. „Przegląd Socjologiczny” 61 (2), s. 118–150.
- Gałuszka M. (2013). *Medycyna i zdrowie w społeczeństwie konsumpcyjnym: makdonaldyzacja opieki zdrowotnej versus ryzyko zdrowotne*. „Acta Universitatis Lodzensis Folia Sociologica” 45, s. 35–50.
- Garapich A. (2012). *Internet a decyzje zakupowe – rola Internetu w procesie zakupu leków i preparatów zdrowotnych*, https://www.slideshare.net/P_B_I/internet-a-decyzje-zakupowe-rola-internetu-w-procesie-zakupu-lekw-i-produktw-zdrowotnych.
- Gaventa J., Cornwall A. (2001). *Power and Knowledge* [w:] P. Reason, H. Bradbury (red.), *Handbook of Action Research: Participative Inquiry and Practice*. London: Sage Publications.
- Gefen D., Karahanna E., Straub D.W. (2003). *Trust and TAM in online shopping: an integrated model*. „Management Information Systems Quarterly” 27, s. 51–90.
- Gemius (2009). *Portale medyczne i zdrowie*, <https://www.gemius.pl/pl/raporty/2009-08/01>.
- Gemius (2012). *Pacjenci w sieci. Raport z badań wraz z komentarzem*, http://pliki.gemius.pl/Raporty/2012/Raport_Pacjenci_w_sieci_20121.pdf.
- Gemius, PBI (2020). *Polscy internauci w maju 2020*, <http://pbi.org.pl/raporty/polscy-internauci-w-maju-2020>.
- Getzen T. (2000). *Ekonomika zdrowia*. Warszawa: PWN.
- GfK Polonia (2016). *Raport: Zaufanie do zawodów*.
- Gilbert L.K., Temby J.R., Rogers S.E. (2005). *Evaluating a teen STD prevention web site*. „Journal of Adolescent Health” 37, s. 236–242.
- Gillon R. (1997). *Etyka lekarska: problemy filozoficzne*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

- Godin G., Kok G. (1996). *The Theory of Planned Behavior: A Review of Its Applications to Health-Related Behaviors*. „American Journal of Health Promotion” 11 (2), s. 87–98.
- Goldberg R. (2010). *Tabloid medicine: how the Internet is being used to hijack medical science for fear and profit*. New York: Kaplan Publishing.
- Golinowska S. (red.) (2015). *Od ekonomii do ekonomiki zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Goodwin N.C. (1987). *Functionality and usability*. „Communications of the ACM” 30, s. 229–233.
- Goozner M. (2016). *Patient empowerment through shared decisions can lower costs*. „Modern Healthcare” 46 (4), s. 24.
- Gordon T., Edwards W.S. (2009). *Rozmawiać z pacjentem. Podręcznik doskonalenia umiejętności komunikacyjnych i budowania partnerskich relacji. Wskazówki dla: lekarzy, personelu medycznego, wolontariuszy, rodziny chorego*. Warszawa: Academica.
- Gould J.D., Boies S.J., Lewis C. (1991). *Making usable, useful, productivity-enhancing computer applications*. „Communications of the ACM” 34, s. 74–85.
- Gowin E., Horst-Sikorska W. (2008). *Internet jako nowe źródło informacji o profilaktyce zdrowotnej – opinie pacjentów i lekarzy*. „Family Medicine and Primary Care Review” 10 (3), s. 417–419.
- Grasso K.L., Bell R.A. (2015). *Understanding Health Information Seeking: A Test of the Risk Perception Attitude Framework*. „Journal of Health Communication” 20 (12), s. 1406–1414.
- Gray S.W., Armstrong K., DeMichele A., Sanford Schwartz J., Hornik R.C. (2009). *Colon cancer patient information seeking and the adoption of targeted therapy for on-label and off-label indications*. „Cancer” 115, s. 1424–1434.
- Grealish A., Tai S., Hunter A., Morrison A.P. (2013). *Qualitative exploration of empowerment from the perspective of Young People with psychosis: empowerment from the perspective of Young People with psychosis*. „Clinical Psychology and Psychotherapy” 20, s. 136–148.
- Gruber T., Frugone F. (2011). *Uncovering the desired qualities and behaviours of general practitioners (GPs) during medical (service recovery) encounters*. „Journal of Service Management” 22 (4), s. 491–521.
- Grudzewski W.M., Hejduk I.K., Sankowska A., Wańtuchowicz M. (2007). *Zarządzanie zaufaniem w organizacjach wirtualnych*. Warszawa: Difin.
- Grupa Wirtualna Polska (2016). *Raport Zdrowie Polaków*, <http://raport-zdrowie-polakow-73cdc00cba6a203331fedd60d92aad54f7270d8e.pdf> (o2.pl).
- GUS (2015). *Wartości i zaufanie społeczne w Polsce w 2015 r.*, https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5486/21/1/1/wartosci_i_zaufanie_spoleczne_w_polsce_w_2015r_.pdf.
- GUS (2020). *Jak korzystamy z Internetu?* Warszawa.
- Haley J. (1963). *Strategies of Psychotherapy*. New York: Grune and Stratton.

- Hall M.A. (2006). *Researching medical trust in the United States*. „Journal of Health Organization Management” 20 (5), s. 456–467.
- 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” 79 (4), s. 613–639.
- Halpern J. (2001). *From Detached Concern to Empathy: Humanizing Medical Practice*. New York: Oxford University Press.
- Han S., Mustonen P., Seppänen M., Kallio M. (2005). *Does fragmenting of working time and working space influence the acceptance of mobile technology? A case of Finnish physicians*. Turku: Turku Centre for Computer Science.
- Hancock K., Clayton J.M., Parker S.M., Walder S., Butow P.N., Carrick S. (2007). *Discrepant perceptions about end-of-life communication: a systematic review*. „Journal of Pain and Symptom Management” 34, s. 190–200.
- Hart A., Henwood F., Wyatt S. (2004). *The Role of the Internet in Patient-Practitioner Relationships: Findings from a Qualitative Research Study*. „Journal of Medical Internet Research” 6 (3), e36.
- Harvey S., Memon A., Khan R., Yasin F. (2017). Parent’s use of the Internet in the search for healthcare information and subsequent impact on the doctor–patient relationship. „Irish Journal of Medical Science” 186 (4), s. 821–826.
- Hatlevik O.E., Guðmundsdóttir G.B., Loi M. (2015). *Digital diversity among upper secondary students: A multilevel analysis of the relationship between cultural capital, self-efficacy, strategic use of information and digital competence*. „Computers and Education” 81, s. 345–353.
- Hausman A. (2001). *Taking your medicine: relational steps to improving patient compliance*. „Health Mark Q” 19 (2), s. 49–71.
- Hay M.C., Cadigan R.J., Khanna D., Strathmann C., Lieber E., Altman R., McMahon M., Kokhab M., Furst D.E. (2008). *Prepared patients: Internet information seeking by new Rheumatology patients*. „Arthritis and Rheumatology” 59, s. 575–582.
- Heijden H. van der (2004). *User acceptance of hedonic information systems*. „Management Information Systems Quarterly” 28, s. 695–704.
- Henwood F., Wyatt S., Hart A., Smith J. (2003). *Ignorance is a bliss sometimes: constraints on the emergence of the “informed patient” in the changing landscape of health information*. „Sociology of Health and Illness” 25 (6), s. 589–607.
- Herrin J., Harris K.G., Kenward K., Hines S., Joshi M.S., Frosch D.L. (2016). *Patient and family engagement: a survey of US hospital practices*. „BMJ Quality and Safety” 25, s. 182–189.
- Hesse B.W., Nelson D.E., Kreps G.L., Croyle R.T., Arora N.K., Rimer B.K., Viswanath K. (2005). *Trust and sources of health Information: the impact of the Internet and its implications for health*

- care providers: findings from the first Health Information National Trends Survey*. „Archives of Internal Medicine” 165, s. 2618–2624.
- Heszen I., Sęk H. (2008). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hibbard J.H., Mahoney E.R., Stock R., Tusler M. (2007). *Do increases in patient activation result in improved self-management behaviors?* „Health Services Research” 42 (4), s. 1443–1463.
- Hill T., Smith N.D., Mann M.F. (1987). *Role of efficacy expectations in predicting the decision to use advanced technologies: the case of computers*. „Journal of Applied Psychology” 72, s. 307–313.
- Hochbaum G.M. (1958). *Public Participation in Medical Screening Programs: A Socio-Psychological Study*. Washington: U.S. Dept. of Health, Education, and Welfare.
- Holden R., Karsh B. (2010). *The Technology Acceptance Model: Its past and its future in health care*. „Journal of Biomedical Informatics” 43, s. 159–172.
- Holmström I., Röing M. (2010). *The relation between patient-centeredness and patient empowerment: A discussion on concepts*. „Patient Education and Counseling” 79, s. 167–172.
- Hołub J. (2001). *Kierunki rozwoju marketingu na rynku usług medycznych*. „Przegląd Organizacji” 6, s. 36–40.
- Homburg C., Giering A. (2001). *Personal characteristics as moderators of the relationship between customer satisfaction and loyalty – an empirical analysis*. „Psychology and Marketing” 18, s. 43–66.
- Hong T. (2008). *Internet health information in the patient-provider dialogue*. „Cyberpsychology and Behavior” 11, s. 587–589.
- Horan TA, Tulu B, Hilton B, Burton J. *Use of online systems in clinical medical assessments: an analysis of physician acceptance of online disability evaluation systems*. „Proceedings of the 37th Hawaii international conference on system sciences”, s. 1–10.
- Hu P.J., Chau P.Y., Sheng O.R., Tam K.Y. (1999). *Examining the technology acceptance model using physician acceptance of telemedicine technology*. „Journal of Management Information Systems” 16, s. 91–112.
- Hulewska A. (2015). *Przypadek chorobowy, partner czy klient? – Modele relacji z pacjentem aktywizowane przez pracowników ochrony zdrowia*. „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 414, s. 155–165.
- Hummel G.S. (2006). *eHelth: o iluminismo digital chega a saúde*. São Paulo: STS.
- IAB Polska (2020). *Zaufanie internautów a COVID-19. Raport z badania*, <https://www.iab.org.pl/tag/zaufanie>.
- Iverson S.A., Howard K.B., Penney B.K. (2008). *Impact of Internet Use on Health-Related Behaviors and the Patient-Physician Relationship: A Survey-Based Study and Review*. „JAOA” 108 (12), s. 699–707.

- Iwanowicz E. (2009). „*Health literacy*” jako jedno ze współczesnych wyzwań zdrowia publicznego. „*Medycyna Pracy*” 60 (5), s. 427–437.
- Jacobs W., Amuta A.O., Jeon K.C. (2017). *Health information seeking in the digital age: An analysis of health information seeking behavior among US adults*. „*Cogent Social Sciences*” 3 (1), s. 1302785.
- Janczukowicz J. (2013). *Empatia jako zasadnicza kompetencja współczesnego lekarza*. „*Medycyna po Dyplomie*” 10, s. 41–45.
- Jaworzyńska M. (2014). *Równowaga rynkowa na rynku usług zdrowotnych: ujęcie teoretyczne*. „*Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio H. Oeconomia*” 48 (2), s. 59–68.
- Jeon O.S., Park S.K. (2004). *A study of the relationship between perceived risk and information search*. „*Journal of International Area Studies (Korean)*” 8, s. 264–284.
- Jerofke T., Weiss M., Yakusheva O. (2014). *Patient perceptions of patient-empowering nurse behaviors, patient activation and functional health status in postsurgical patients with life-threatening long-term illness*. „*Journal of Advanced Nursing*” 70, s. 1310–1322.
- Jiang S., Beaudoin Ch.E. (2016). *Health literacy and the internet: An exploratory study on the 2013 HINTS survey*. „*Computers in Human Behavior*” 58, 240e248.
- Jo H.S., Song T.M., Kim B.G. (2017). *Analysis of the factors affecting consumer acceptance of accredited online health information*. „*Journal of Korean Medical Science*” 32 (11), s. 1757–1763.
- Johanson G.A. (1997). *Differential item functioning in attitude assessment*. „*Evaluation Practice*” 18 (2), s. 127–135.
- Jones S.S., Rudin R.S., Perry T., Shekelle P.G. (2014). *Health information technology: An updated systematic review with a focus on meaningful use*. „*Annals of Internal Medicine*” 160 (1), s. 48–54.
- Kaba R., Sooriakumaran P. (2007). *The evolution of the doctor-patient relationship*. „*International Journal of Surgery*” 5 (1), s. 57–65.
- Kantar (2019a). *E-Polacy. Co robimy w Internecie?*, <https://www.gov.pl/attachment/4d477f56-06f8-4db0-8e62-3f10717dd5c9>.
- Kantar (2019b). *Raport Internet w życiu Polaków, czerwiec 2019*.
- Karski J.B. (2003). *Praktyka i teoria promocji zdrowia. Wybrane zagadnienia*. Warszawa: CeDeWu.
- Kaur L., Kaur S., Sharma P. (2019). *Information-seeking Behaviour of Women Regarding Food Related Health and Hygiene Practices*. „*European Journal of Nutrition and Food Safety*” 10 (1), s. 56–63.
- Kautsch M. (2010). *Czynniki warunkujące zachowania konsumenckie w ochronie zdrowia – wybrane zagadnienia*. „*Problemy Zarządzania, Finansów i Marketingu*” 16, s. 235–245.
- Kessler D.P., Mylod D. (2011). *Does patient satisfaction affect patient loyalty?* „*International Journal of Health Care Quality Assurance*” 24 (4), s. 266–273.

- Kędzior Z., Karcz K. (1998). *Modele zachowań gospodarstw domowych i przedsiębiorstw*. Katowice: Wyd. Akademii Ekonomicznej.
- Kielanowski T. (1983). *Renesans myśli moralnej w medycynie*. „Polski Tygodnik Lekarski” 33/34, s. 1049–1052.
- Kieźel E. (red.) (2004). *Racjonalność konsumpcji i zachowań konsumentów*. Warszawa: PWE.
- Kieźel E. (red.) (2010). *Konsument i jego zachowania na rynku europejskim*. Warszawa: PWE.
- Kiley R. (2003). *Medical information on the internet. A guide for health professionals*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Kim D., Chang H. (2007). *Key functional characteristics in designing and operating health information websites for user satisfaction: an application of the extended technology acceptance model*. „International Journal of Medical Informatics” 76, s. 790–800.
- Kim H.G., Kim C.H. (2001). *A study on the cyberconsumer's information searching behavior in electronic commerce*. „Journal of Korean Marketing Management Association (Korean)” 6, s. 1–25.
- Kim J., Kim S. (2009). *Physicians' perception of the effects of internet health information on the doctor–patient relationship*. „Informatics for Health and Social Care” 34 (3), s. 136–148.
- Kim J., Park H.A. (2012). *Development of a health information technology acceptance model using consumers' health behavior intention*. „Journal of Medical Internet Research” 14 (5), e133.
- Kim K., Shin S. (2007). *Perception and selection of information sources by undergraduate students: effects of avoidant style, confidence and personal control in problem-solving*. „The Journal of Academic Librarianship” 33, s. 655–665.
- Kim M.S., Han Y.S. (2001). *Understanding consumer behavior on on-line shopping: an application of the theory of reasoned action and the theory of planned behavior*. „Journal of Korean Psychological Association (Korean)” 15, s. 17–32.
- Kim N.E., Han S.S., Yoo K.H., Yun E.K. (2012). *The impact of user's perceived ability on online health information acceptance*. „Telemedicine Journal and e-Health” 18 (9), s. 703–708.
- Kim S.S., Kaplowitz S., Johnston M.V. (2004). *The Effects of Physician Empathy on Patient Satisfaction and Compliance*. „Evaluation and the Health Professions” 27 (3), s. 237–251.
- Kirscht J.P. (1974). *The Health Belief Model and Illness Behavior*. „Health Education Monographs” 2, s. 2387–2408.
- Kivits J.I. (2004a). *Health information on the internet: researching information seekers and practices in a mediated health context*. London: London School of Economics and Political Science.
- Kivits J.I. (2004b). *Researching the 'Informed Patient'*. „Information, Communication and Society” 7 (4), s. 510–530.

- Kivits J.I. (2006). *Informed Patients and the Internet: A Mediated Context for Consultations with Health Professionals*. „Journal of Health Psychology” 11 (2), s. 269–282.
- Kivits J.I. (2009). *Everyday health and the internet: A mediated health perspective on health information seeking*. „Sociology of Health and Illness” 31 (5), s. 673–687.
- Kłak A., Gawińska E., Samoliński B., Raciborski F. (2017). *Dr Google as the source of health information – the results of pilot qualitative study*. „Polish Annals of Medicine” 24 (2), s. 188–193.
- Klein R. (2007). *An empirical examination of patient–physician portal acceptance*. „European Journal of Information Systems” 16, s. 751–760.
- Kliszcz J. (2017). *Empatia i jej związek z wybranymi cechami osobowości w kontekście ich znaczenia dla kształtowania relacji terapeutycznej z pacjentem* [w:] M. Podgórska (red.), *Choroby XXI wieku – wyzwania w pracy fizjoterapeuty*. Gdańsk: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania.
- Knol-Michałowska K. (2014). *Internet jako źródło informacji o zdrowiu – wady i zalety dla relacji lekarz–pacjent. Perspektywa pacjentów*. „Hygeia Public Health” 49 (3), s. 389–397.
- Koekenbier K., Leino-Kilpi H., Cabrera E., Isotomia N., Johansson Stark Å., Katajisto J., Lemonidou C., Papastavrou E., Salanterä S., Sigurdottir A., Valkeapää K., Eloranta S. (2016). *Empowering knowledge and its connection to health-related quality of life: a cross-cultural study*. „Applied Nursing Research” 29, s. 211–216.
- Korczak K. (2011). *Uwarunkowania rozwoju cybermedycyny w Polsce. Problemy i perspektywy badań*. „Studia i Materiały Polskiego Stowarzyszenia Zarządzania Wiedza/Studies and Proceedings Polish Association for Knowledge Management” 53, s. 82–92.
- Korzeniowski P. (2007). *Asymetria informacji usług zdrowotnych*. „Prace Kolegium Zarządzania i Finansów SGH” 78, s. 147–155.
- Kotler Ph. (1999). *Marketing: analiza, planowanie, wdrażanie i kontrola*. Warszawa: Gebethner i Ska.
- Kotler Ph., Shalowitz J., Stevens R.J. (2011). *Marketing strategiczny w opiece zdrowotnej*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska.
- Kowska K. (2005). *Racjonowanie usług medycznych – spojrzenie ekonomisty*. „Diametros” 5.
- Krakiwak J., Kaźmierczak A., Grzelewska A., Sułowska J., Stelmach W. (2010). *Dostosowanie systemu jednorodnych grup pacjentów do warunków panujących w polskich szpitalach*. „Przedsiębiorczość i Zarządzanie” 11 (7), s. 9–28.
- Krasner M.S., Epstein R.M., Beckman H., Suchman A.L., Chapman B., Mooney C.J., Quill T.E. (2009). *Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy and attitudes among primary care physicians*. „Journal of the American Medical Association” 302, s. 1284–1293.

- Krawczyńska A. (2005). *Internet a kształtowanie zaufania w usługach medycznych* [w:] M. Skurczyński (red.), *Innowacje w marketingu III*. Sopot: Wydawnictwo Fundacji Rozwoju Uniwersytetu Gdańskiego, s. 373–383.
- Krot K. (2013). *Determinanty współczesnego modelu relacji lekarz–pacjent*. „Przedsiębiorczość i Zarządzanie” 14 (10), s. 349–360.
- Krot K. (2016). *Wpływ zaufania do lekarzy na przestrzeganie zaleceń lekarskich przez pacjentów* *Współczesne koncepcje zarządzania publicznego* [w:] M. Ćwiklicki, M. Jabłoński, S. Mazur (red.), *Wyzwania modernizacyjne sektora publicznego*. Kraków: Fundacja Gospodarki i Administracji Publicznej, s. 129–140.
- Krot K. (2018). *Partycypacja pacjenta w procesie leczenia a zaufanie do lekarzy*. „Handel Wewnętrzny” 4 (375), s. 156–165.
- Krot K. (2019). *Zaufanie w relacji lekarz–pacjent. Implikacje dla zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*. Warszawa: CeDeWu.
- Krot K., Lewicka D. (2016). *Zaufanie w organizacji innowacyjnej*. Warszawa: C.H. Beck.
- Krot K., Rudawska I. (2016a). *Budowanie satysfakcji pacjenta na podstawie zaufania – studium empiryczne rynku usług medycznych*. „Handel Wewnętrzny” 4 (363), s. 110–121.
- Krot K., Rudawska I. (2016b). *The Role of Trust in Doctor–Patient Relationship: Qualitative Evaluation of Online Feedback from Polish Patients*. „Economics and Sociology” 9 (3), s. 76–88.
- Krot K., Rudawska I. (2017). *Komunikacja w relacji lekarz–pacjent a budowanie zaufania*. „Handel Wewnętrzny” 2 (367), s. 201–213.
- Krot K., Rudawska I. (2018). *Zaufanie jako zasób systemowy w sektorze zdrowia – w świetle badania polskich pacjentów*. „Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach” 350, s. 42–53.
- Krzesaj M. (2015). *Ocena jakości informacji dotyczących zdrowia na stronach WWW*. „Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy” 44 (4), s. 311–320.
- Kucharz E.J. (2009). *Medycyna personalizowana i jej wpływ na jakość terapii i bezpieczeństwo pacjenta*, Jubileuszowa Ogólnopolska Konferencja „Jakość w Opiece Zdrowotnej”. Kraków: Wydawca Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, s. 70–85.
- Kuokkanen L., Leino-Kilpi H. (2000). *Power and empowerment in nursing: three theoretical approaches*. „International Journal of Advances in Nursing Management” 31, s. 235–241.
- Kwon O., Kahlor L., Kim Y. (2011). *Are seekers also doers? Linking health information seeking and health behavioral intentions from a risk perception perspective*. „Annual meeting of the International Communication Association”, May 25.
- Lai T.Y., Larson E.L., Rockoff M.L., Bakken S. (2008). *User acceptance of HIV TIDES–tailored interventions for management of depressive symptoms in persons living with HIV/AIDS*. „Journal of the American Medical Informatics Association” 15 (2), s. 217–226.

- Lanseng E.J., Andreassen T.W. (2007). *Electronic healthcare: A study of people's readiness and attitude toward performing self-diagnosis*. „International Journal of Service Industry Management” 18 (4), s. 394–417.
- Laperrier B., Edwards P., Romeder J.M., Maxwell-Young L. (1998). *Using the Internet to support self-care*. „The Canadian Nurse” 94, s. 47–48.
- Larner A.J. (2006). *Searching the Internet for medical information: frequency over time and by age and gender in an outpatient population in the UK*. „Journal of Telemedicine and Telecare” 12, s. 186–188.
- Laugesen J., Hassanein K., Yuan Y. (2015). *The impact of internet health information on patient compliance: a research model and an empirical study*. „Journal of Medical Internet Research” 17 (6), e143.
- Lazard A.J., Watkins I., Mackert M.S., Xie B., Stephens K.K., Shalev H. (2016). *Design simplicity influences patient portal use: The role of aesthetic evaluations for technology acceptance*. „Journal of the American Medical Informatics Association” 23 (e1), e157–e161.
- Lebrun F. (1997). *Jak dawniej leczono. Lekarze, święci i czarodzieje w XVII i XVIII wieku*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Volumen.
- Lee K., Hoti K., Hughes J.D., Emmerton L. (2014). *Dr Google and the Consumer: A Qualitative Study Exploring the Navigational Needs and Online Health Information-Seeking Behaviors of Consumers With Chronic Health Conditions*. „Journal of Medical Internet Research” 16 (12), e262.
- Lee S.T., Lin J. (2016). *A Self-Determination Perspective on Online Health Information Seeking: The Internet vs. Face-to-Face Office Visits With Physicians*. „Journal of Health Communication” 21 (6), s. 714–722.
- Lee Y.-Y., Lin J. (2009). *The Effects of Trust in Physician on Self-Efficacy, Adherence and Diabetes Outcomes*. „Social Science and Medicine” 68, s. 1060–1068.
- Leila A. (2014). *The effects of health information technology on the costs and quality of medical care*. „Journal of Health Economics” 34 (1), s. 19–30.
- Leszczyńska E. (2019). *Polacy w sieci. Analiza przemian użytkowania Internetu*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Levin-Zamir D., Lemish D., Gofin R. (2011). *Media health literacy (MHL): development and measurement of the concept among adolescents*. „Health Education Research” 26 (2), s. 323–335.
- Li J., Mizerski D., Lee A., Liu F. (2009). *The relationship between attitude and behavior: an empirical study in China*. „Asia Pacific Journal of Marketing and Logistics” 21 (2), s. 232–242.
- Liang H., Xue Y., Byrd T.A. (2003). *PDA usage in healthcare professionals: testing an extended technology acceptance model*. „International Journal of Mobile Communications” 1, s. 372–389.

- Liang H., Xue Y., Chase S.K. (2011). *Online health information seeking by people with physical disabilities due to neurological conditions*. „International Journal of Medical Informatics” 80 (11), s. 745–753.
- Lim S., Xue L., Yen C.C., Chang L., Chan H.C., Tai B.C., Duh H.B., Choolani M. (2011). *A study on Singaporean women's acceptance of using mobile phones to seek health information*. „International Journal of Medical Informatics” 80 (12), e189–202.
- Lings P., Evans P., Seamark G., Seamark C., Sweeney K., Dixon M., Gray D.P. (2003). *The doctor–patient relationship in US primary care*. „Journal of The Royal Society of Medicine” 96 (4), s. 180–184.
- Liu L., Ma Q. (2005). *The impact of service level on the acceptance of application service oriented medical records*. „Information and Management” 42, s. 1121–1135.
- Loiselle C.G., Semenic S.E., Côté B., Lapointe M., Gendron R. (2001). *Impressions of breastfeeding information and support among first-time mothers within a multiethnic community*. „Canadian Journal of Nursing Research” 33 (3), s. 31–46.
- Londono A.M., Schultz P. (2015). *Influences of health literacy, judgement skills, and empowerment on asthma self-management practices*. „Patient Education and Counseling” 98, s. 908–917.
- Lopez-Gomez M., Ortega C., Suarez I., Gomez-Raposo C., Sereno M., Casado E., Espinosa E., Lobo F., Feliu J. (2012). *Internet use by cancer patients: should oncologists 'prescribe' accurate web sites in combination with chemotherapy? A survey in a Spanish cohort*. „Annals of Oncology” 23 (6), s. 1579–1585.
- Lovelock C., Wirtz J. (2004). *Services marketing: people, technology, strategy*. New Jersey: Prentice Hall.
- Łuków P. (2005). *Granice zgody: autonomia zasad i dobro pacjenta*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Maass W., Varshney U. (2012). *Design and evaluation of ubiquitous information systems and use in healthcare*. „Decision Support Systems” 54 (1), s. 597–609.
- Manfredi C., Czaja R., Buis M., Derk D. (1993). *Patient use of treatment-related information received from the cancer information service*. „Cancer” 71 (4), s. 1326–1337.
- Marcinkowski J.T., Właśniak K. (2007). *Jakość dostępnych w Internecie informacji o zdrowiu*. „Zdrowie Publiczne” 117 (2).
- Mariański J. (2001). *Kryzys moralny czy transformacja wartości?* Lublin: Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Marton C., Choo C.W. (2012). *A review of theoretical models of health information seeking on the web*. „Journal of Documentation” 68, s. 330–352.
- Mathieson K. (1991). *Predicting user intentions: Comparing the technology acceptance model with the theory of planned behaviour*. „Information Systems Research” 2 (3), s. 173–191.

- Matthews A.K., Sellergren S.A., Manfredi C., Williams M. (2002). *Factors influencing medical information-seeking among African American cancer patients*. „Journal of Health Communication” 7 (3), s. 205–219.
- Matysiewicz J., Smyczek S. (2012). *Modele relacji jednostek medycznych z pacjentami w otoczeniu wirtualnym*. Warszawa: Wydawnictwo Placet.
- Mayer R.C., Davis J.H., Schoorman F.D. (1995). *An integrative model of organizational trust*. „Academy of Management Review” 2007, 32 (2), s. 344–354.
- McKenzie P.J. (2003). *A model of information practices in accounts of everyday-life information seeking*. „Journal of Documentation” 59 (1), s. 19–40.
- McMullan M. (2006). *Patients using the internet to obtain health information: How this affects the patient-health professional relationship*. „Patient Education and Counseling” 63, s. 24–28.
- Mechanic D. (1996). *Changing Medical Organization and the Erosion of Trust*. „The Milbank Quarterly” 74 (2), s. 171–189.
- Mechanic D. (1998). *The Functions and Limitations of Trust in the Provision of Medical Care*. „J Health Polit Policy Law” 23 (4), s. 661–686.
- Miah A., Rich E. (2008). *The Medicalization of Cyberspace*. London: Routledge.
- Michaelidou M., Hassan L.M. (2008). *The role of health consciousness, food safety concern and ethical identity on attitudes and intentions towards organic food*. „International Journal of Consumer Studies” 32, s. 163–170.
- Mikesell L. (2013). *Medicinal Relationships: caring conversations*. „Medical Education” 47, s. 443–452.
- Miłaszewicz D. (2016). *Zaufanie jako wartość społeczna*. „Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach” 259, s. 80–87.
- Miller H. (1996). *The multiple dimensions of information quality*. „Information System Management” 13 (2), s. 79–82.
- Miller H. (2007). *The Multiple Dimensions of Information Quality*. „Information System Management” 13 (2), s. 79.
- Ministerstwo Cyfryzacji (2019). *Internet ułatwia życie! Badanie w ramach projektu „Kampanie edukacyjno-informacyjne na rzecz upowszechnienia korzyści z wykorzystywania technologii cyfrowych”*, <https://www.gov.pl/web/cyfryzacja/polacy-juz-to-wiedza--internet-ulatwia-zycie>.
- Ministerstwo Zdrowia (2004). *Strategia e-Zdrowie Polska na lata 2004–2006*, <https://ezdrowie.lodzkie.pl/do-pobrania/kluczowe-dokumenty/file/8-strategia-e-zdrowie-polska?tmpl=component>.
- Ministry of Health (2002). *Korea National Health and Nutrition Examination Survey Report*. Seoul: Ministry of Health and Welfare.

- Mitręga M. (2004). Wymiary relacji z konsumentem na rynku usług w świetle wyzwań nowej gospodarki. „Acta Universitatis Lodzensis Folia Oeconomica” 179, s. 266–267.
- Mitręga M. (2005). Pomiar relacji pomiędzy przedsiębiorstwem a konsumentem. „Marketing i Rynek” 2, s. 2–7.
- Mittman R., Cain M. (2001). *The Future of the Internet in Health Care: A Five-Year Forecast* [w:] R.E. Rice, J.E. Katz (red.), *The Internet and Health Communication: Experiences and Expectations*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Mohammed S.N. (2012). *The (dis)information age: the persistence of ignorance*. New York: Peter Lang Publishing.
- 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 and Medicine” 64 (7), s. 1373–1383.
- Montaño D.E., Kasprzyk D. (2008). *Theory of Reasoned Action, Theory of Planned Behavior, and the Integrated Behavioral Model* [w:] K. Glanz, B.K. Rimer, K. Viswanath (red.), *Health behavior and health education. Theory, Research and Practice*. San Francisco: Jossey-Bass, s. 67–96.
- Moon J.S. (1990). *Development of Instrument for Koreans' Health Belief* [unpublished doctoral dissertation]. Seoul: Yonsei University.
- Morgan M. (2008). *The doctor-patient relationship* [w:] G. Scrambler (red.), *Sociology as applied to medicine*. London: Saunders Elsevier.
- Morse B.J., Gullekson N.L., Morris S.A., Popovich P.M. (2011). *The development of a general Internet attitudes scale*. „Computers in Human Behavior” 27 (1), s. 480–489.
- Mota F.P., Cilento I. (2020). *Competence for internet use: Integrating knowledge, skills, and attitudes*. „Computers and Education Open” 1, 100015.
- Motylińska P., Pieczka A. (2020). *Ewaluacja jakości informacji jako komponent zachowania bezpieczeństwa informacyjnego* [w:] P. Korycińska (red.), *Horyzonty informacji*. Kraków: Uniwersytet Jagielloński Biblioteka Jagiellońska.
- Mou J., Shin D.H., Cohen J.F. (2016). *Health Beliefs and The Valence Framework In Health Information Seeking Behaviors*. „IT & People” 29 (4), s. 876–900.
- Mruk H. (2013). *Zachowania pacjentów a wydatki na ochronę zdrowia*. „Problemy Zarządzania” 41 (2), s. 160–173.
- Mruk H. (2018). *Uwarunkowania zachowań pacjentów – cz. I*, <https://stomatologianews.pl/uwarunkowania-zachowan-pacjentow>.
- Murray E., Lo B., Pollack L., Donelan K., Catania J., Lee K., Zapert K., Turner R. (2003a). *The impact of health information on the internet on Health Care and the Physician-Patient Relationship: National U.S. Survey among 1.050 U.S. Physicians*. „Journal of Medical Internet Research” 5 (3), e17.

- Murray E., Lo B., Pollack L., Donelan K., Catania J., White M., Zapert K., Turner, R. (2003b). *The impact of health information on the internet on the physician-patient relationship: Patient perceptions*. „Archives of Internal Medicine” 163, s. 1727–1734.
- Nadzir M.M., Salim J. (2013). *Information seeking behavior factors: A measurement model*. „International Conference on Research and Innovation in Information Systems”, s. 168–173.
- Navarro V. (1976). *Medicine under Capitalism*. New York: Prodist.
- Nazarko-Ludwiczak E. (2012). *Pacjenci doby empowered*. „OSOZ” 10, s. 13.
- Newnham G.M., Burns W.I., Snyder R.D., Dowling A.J., Ranieri N.F., Gray E.L., McLachlan S.-A. (2006). *Information from the Internet: attitudes of Australian oncology patients*. „Journal of Internal Medicine” 36 (11), s. 718–723.
- Nickell G.S., Pinto J.N. (1986). The computer attitude scale. „Computers in Human Behavior” 2, s. 301–306.
- Niederdeppe J., Hornik R.C., Kelly B.J., Frosch D.L., Romantan A., Stevens R.S., Barg F.K., Weiner J.L., Schwartz J.S. (2007). *Examining the dimensions of cancer-related information seeking and scanning behavior*. „Health Communitu” 22, s. 153–167.
- Norman C.D., Skinner H.A. (2006). *eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World*. „Journal of Medical Internet Research” 8 (2), e9.
- Novak T., Hoffman D. (2000). *Modeling the Structure of Flow Experience Among Web Users*, <https://www.semanticscholar.org/paper/Modeling-the-Structure-of-the-Flow-Experience-Among-Novak-Hoffman/79c4161fb24d2517322d26804e66563de8c95533>.
- Nowakowska E. (2015). *Morfologia więzi relacyjnych w instytucjach służby zdrowia. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego*. „Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania” 39 (2), s. 285–297.
- Nowina-Konopka M. (2016). *Komunikacja lekarz – pacjent. Teoria i praktyka*. Kraków: Uniwersytet Jagielloński.
- Nowotarska-Romaniak B. (2013). *Marketing usług zdrowotnych*. Warszawa: ABC Wolters Kluwer business.
- Nutbeam D. (1998). *Health promotion glossary*. „Health Promotion International” 13, s. 349–364.
- Nutbeam D. (2000). *Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century*. „Health Promotion International” 15, s. 259.
- Nutbeam D., Kickbush I. (2000). *Advancing health literacy: a global challenge for the 21st century*. „Health Promotion International” 15, s. 183–184.
- Nwosu C.R., Cox B.M. (2000). *The impact of the Internet on the doctor-patient relationship*. „Health Informatics Journal” 6 (3), s. 156–161.
- OECD (2013). *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing.

- OECD (2019). *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing.
- Oppenheim A.N. (2004). *Kwestionariusze, wywiady, pomiary postaw*. Poznań: Zysk i S-ka.
- Or C.K., Karsh B.T. (2009). *A systematic review of patient acceptance of Consumer Health Information Technology*. „Journal of the American Medical Informatics Association” 16, s. 550–560.
- Ormrod J.E. (2006). *Educational Psychology: Developing Learners*. Upper Saddle River: Pearson Education.
- Osmólska-Bogucka A. (2014). *W poszukiwaniu uniwersalnego schematu relacji pacjent–lekarz i lekarz–pacjent. Przegląd piśmiennictwa*. „Magazyn Stomatologiczny” 12, s. 128–132.
- Osterberg L., Blaschke T. (2005). *Przestrzeganie leków*. „The New England Journal of Medicine” 353 (5), s. 487–497.
- Ostrowska A. (2006). *Paternalizm czy partnerstwo? Relacje między pacjentami a lekarzami w Europie* [w:] H. Domański, A. Ostrowska, P.B. Sztabiński (red.), *W środku Europy? Wyniki Europejskiego Sondażu Społecznego*. Warszawa: Wydaw. IFiS PAN, 2006.
- Ostrowska A. (2009). *Modele relacji pacjent–lekarz. Socjologia medycyny: podejmowane problemy, kategorie analizy* [w:] A. Ostrowska (red.), *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy kategorie analizy*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN, s. 236–250.
- Paasche-Orlow M.K., Wolf M.S. (2007). *The causal pathways linking health literacy to health outcomes*. „American Journal of Health Behavior” 31 Suppl 1, s. 19–26.
- Pacenti G.C., Mancini P. (2015). *Marketing produktów farmaceutycznych. Nowe strategie dla ochrony zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo CeDeWu.
- Palumbo R. (2017). *The bright side and the dark side of patient empowerment. Co-creation and co-destruction of value in the healthcare environment*. Cham: Springer International Publishing.
- Pandey S.K., Hart J.J., Tiwary S. (2003). *Women's health and the Internet: Understanding emerging trends and implications*. „Social Science and Medicine” 56 (1), s. 179–191.
- Paré G., Malek J.-N., Sicotte C., Lemire M. (2009). *Internet as a source of health information and its perceived influence on personal empowerment*. „International Journal Of Healthcare Information Systems And Informatics” 4 (4).
- Paré G., Sicotte C., Jacques H. (2006). *The effects of creating psychological ownership on physicians' acceptance of clinical information systems*. „Journal of the American Medical Informatics Association” 13, s. 197–205.
- Park C.W., Mothersbaugh D.L., Feick L. (1994). *Consumer knowledge assessment*. „Journal of Consumer Research” 21, s. 71–82.
- Parsons T. (1951). *The social system*. London: Routledge and Kegan Paul.
- PBI (2011). *Internetowe serwisy o zdrowiu. Zawartość. Popularność. Profil użytkowników. Poszukiwane informacje*, <http://pbi.org.pl/raporty/zdrowieserwisy.pdf>.

- PBI (2016). *Raport Internetowe serwisy o zdrowiu – zawartość i popularność serwisów, profil użytkowników*, <https://pbi.org.pl/wp-content/uploads/2016/11/03-RAPORT-Internetowe-serwisy-o-zdrowiu-2016.pdf>.
- Pearce T.O. (1993). *Lay Medical Knowledge in an African Context* [w:] S. Lindenbaum, M.M. Lock (red.), *Knowledge, power, and practice: the anthropology of medicine and everyday life*. Berkeley: University of California Press.
- Pena-Purcell N. (2008). *Hispanics' use of Internet health information: an exploratory study*. „Journal of the Medical Library Association” 96 (2), s. 101–107.
- Peters D., Youssef F.F. (2016). *Public Trust in the Healthcare System in a Developing Country*. „International Journal of Health Planning and Management” 31, s. 227–241.
- Petrocchi S., Iannello P., Lecciso F., Levante A., Antonietti A., Schultz P.J. (2019). *Interpersonal trust in doctor-patient relation: Evidence from dyadic analysis and association with quality of dyadic communication*. „Social Science and Medicine” 235, 112391.
- Pilnick A., Dingwall R. (2011). *On the remarkable persistence of asymmetry in doctor/patient interaction: A critical review*. „Social Science and Medicine” 72, s. 1374–1382.
- Pitts V. (2004). *Illness and Internet empowerment: Writing and reading breast cancer in cyberspace*. „Health” 8 (1), s. 33–59.
- Platonova E.A., Kennedy K.N., Shewchuk R.M. (2008). *Understanding Patient Satisfaction, Trust, and Loyalty to Primary Care Physicians*. „Medical Care Research and Review” 65 (6), s. 696–712.
- Popay J., Williams G., Thomas C., Gatrell A. (2003). *Theorizing inequalities in health. The place of lay knowledge* [w:] R. Hofrichter (red.), *Health and social justice. Politics, ideology and inequity in distribution of disease*. San Francisco: Jossey-Bass, s. 385–409.
- Porter C.E., Donthu N. (2006). *Using the technology acceptance model to explain how attitudes determine Internet usage: The role of perceived access barriers and demographics*. „Journal of Business Research” 59 (9), s. 999–1007.
- Potts H.W., Wyatt J.C. (2002). *Survey of Doctors' Experience of Patients Using the Internet*. „Journal of Medical Internet Research” 4 (1), e5.
- Prior L. (2003). *Belief, knowledge and expertise: the emergence of the lay expert in medical sociology*. „Sociology of Health and Illness” 25, s. 41–57.
- Procontent Communication (2012). *Pacjenci w sieci*, http://pliki.gemius.pl/Raporty/2012/Raport_Pacjenci_w_sieci_20121.pdf.
- Przechlewski T. (2012). *Modelowanie satysfakcji, użyteczności i wykorzystania oprogramowania Open Source*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Radner R., Rothschild M. (1975). *On the Allocation of Effort*. „Journal of Economic Theory” 10, s. 358–376.

- Rains S.A. (2008). *Seeking health information in the information age: the role of Internet self-efficacy*. „Western Journal of Communication” 72, s. 1–18.
- Rakel D.P., Hoeft T.J., Barrett B.P., Chewning B.A., Craig B.M., Niu M. (2009). *Practitioner empathy and the duration of the common cold*. „Family Medicine” 41 (7), s. 494–501.
- Rawstorne P., Jayasuriya R., Caputi P. (2000). *Issues in predicting and explaining usage behaviors with the technology acceptance model and the theory of planned behavior when usage is mandatory*. „Proceedings of the 21st international conference on information systems”, s. 35–44.
- Reinartz W.J., Kumar V. (2000). *On the profitability of long-life customers in a no contractual setting: an empirical investigation and implications for marketing*. „Journal of Marketing” 64 (4), s. 17–35.
- Reinartz W.J., Kumar V. (2002). *The mismanagement of customer loyalty*. „Harvard Business Review” 80 (7), s. 86–94.
- Renahy E., Chauvin P. (2006). *Internet uses for health information seeking: a literature review*. „Revue d'Epidemiologie et de Sante Publique” 54 (3), s. 263–275.
- Rieh S.Y. (2002). *Judgment of information quality and cognitive authority in the Web*. „Journal of the Association for Information Science and Technology” 53 (2), s. 145–161.
- Riel N.V., Auwerx K., Debbaut P., Hees S.V., Schoenmakers B. (2017). *The effect of Dr Google on doctor–patient encounters in primary care: A quantitative, observational, cross-sectional study*. „BJGP Open” 1 (2).
- Riess H. (2010). *Empathy in Medicine – A Neurobiological Perspective*. „JAMA” 304 (14), s. 1604–1605.
- Ritzer G. (2009). *Makdonaldyzacja społeczeństwa*. Warszawa: Muza.
- Ritzer G. (2012). *Magiczny świat konsumpcji*. Warszawa: Muza.
- Roberts K.J. (1999). *Patient empowerment in the United States: a critical commentary*. „Health Expect” 2, s. 82–92.
- Robinson T.N., Patrick K., Eng T.R., Gustafson D. (1998). *An evidence-based approach to interactive health communication: a challenge to medicine in the information age*. „Journal of the American Medical Association” 280, s. 1264–1269.
- Rogala A. (2020). *Wyzwania realizacji koncepcji patient empowerment w kontekście kompetencji pacjentów*. „e-mentor” 3 (85), s. 41–49.
- Rogers C.R. (2012). *Sposób bycia*. Poznań: Rebis.
- Rosa G., Ostrowska I. (2015). *Konsument na rynku usług medycznych* [w:] G. Rosa (red.), *Konsument na rynku usług*. Warszawa: C.H. Beck, s. 294–314.
- Rosen D., Surprenant E.C. (1998). *Evaluating relationships: are satisfaction and quality enough?* „International Journal of Service Industry Management” 9 (2), s. 103–125.

- Rosenstock I.M. (1974a). *Historical origins of the health belief model*. „Health Education Monographs” 2 (4), s. 328–335.
- Rosenstock I.M. (1974b). *The health belief model and preventive health behavior*. „Health Education Monographs” 2 (4), s. 354–386.
- Rostkowski T., Strzemiński J. (2019). *Przywództwo w systemie ochrony zdrowia*. „Edukacja Ekonomistów i Menedżerów” 51 (1), s. 133–144.
- Roter D. (2000). *The enduring and evolving nature of the patient-physician relationship*. „Patient Education and Counseling” 39 (1), s. 5–15.
- Roter D., Hall J. (2006). *Doctors talking with patients/patients talking with doctors: improving communication in medical visits*. London: Praeger.
- Rotter J.B. (1967). *A new scale for the measurement of interpersonal trust*. „Journal of Personality” 35 (4), s. 651–665.
- Rudawska I. (2005). *Rola mass mediów w promocji zachowań sprzyjających zdrowiu*. „Pielęgniarstwo Polskie” 2 (20), s. 239.
- Rudawska I. (2007). *Opieka zdrowotna – aspekty rynkowe i marketingowe*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Rudawska I. (2010). *E-pacjent na rynku usług medycznych*. „Marketing i Rynek” 11, s. 8–15.
- Rudawska I. (2011a). *Ku rynkowi w opiece zdrowotnej*. „Studies and Proceedings of Polish Association for Knowledge Management” 55, s. 131–138.
- Rudawska I. (2011b). *Relacje partnerskie między podmiotami opieki zdrowotnej – warunki powodzenia*. „Przegląd Organizacji” 5, s. 27–30.
- Rudawska I. (2011c). *Zintegrowana opieka zdrowotna – w poszukiwaniu poprawy efektywności*. „Problemy Zarządzania” 3 (33), s. 140–152.
- Rudawska I. (2014). *Zintegrowana opieka zdrowotna. Podejście relacyjne do obsługi pacjenta jako klienta*. Warszawa: Wolters Kluwer SA.
- Rudawska I., Sagan A. (2006). *Identyfikacja więzi relacyjnych w sektorze ochrony zdrowia – zastosowanie modelu LVPLS*. „Problemy Zarządzania” 2 (12), s. 80–91.
- Rudnicka P. (2007). *Wzorce aktywności studentów w Internecie*. „Psychologia Społeczna” 3–4 (5), s. 214–224.
- Rudnicki L. (2012). *Zachowania konsumentów na rynku*. Warszawa: PWE.
- Russ H., Givon S.M., Catarivas M.G., Yaphe J. (2011). *The effect of the internet on the patient-doctor relationship from the patient’s perspective: a survey from primary care*. „The Israel Medical Association Journal” 13 (4), s. 220–224.
- Salmon P. (2002). *Psychologia w medycynie wspomagająca współpracę z pacjentem i proces leczenia*. Gdańsk: Wydawnictwo Psychologiczne.

- Sam H., Othman A.E., Nordin Z. (2005). *Computer self-efficacy, computer anxiety, and attitudes toward the Internet: A study among undergraduates in Unimas*. „Educational Technology and Society” 8 (4), s. 205–219.
- Santana S., Lausen B., Bujnowska-Fedak M., Chronaki C.E., Prokosch H.-U., Wynn R. (2011). Informed citizen and empowered citizen in health: results from an European survey. „BMC Family Practice” 20.
- Sbaffi L., Rowley J. (2017). *Trust and Credibility in Web-Based Health Information: A Review and Agenda for Future Research*. „Journal of Medical Internet Research” 19 (6), e218.
- Scantlebury A., Booth A., Hanley B. (2017). *Experiences, practices and barriers to accessing health information: A qualitative study*. „International Journal of Medical Informatics” 103, s. 103–108.
- Schaper L.K., Pervan G.P. (2007a). *ICT and OTs: a model of information and communication technology acceptance and utilization by occupational therapists*. „International Journal of Medical Informatics” 76, S212–221.
- Schaper L.K., Pervan G.P. (2007b). *ICTs i OTs: a model of information and communications technology acceptance and utilization by occupational therapists (part 2)*. „Studies in Health Technology and Informatics” 130, s. 91–101.
- Schrank B., Sibitz I., Unger A., Amering M. (2010). *How patients with schizophrenia use the internet: Qualitative study*. „Journal of Medical Internet Research” 12, e70.
- Schrijvers G. (2016). *Integrated Care. Better and Cheaper*. Amsterdam: Reed Business Information.
- Schulz P.J., Nakamoto K. (2013). *Health literacy and patient empowerment in health communication: the importance of separating conjoined twins*. „Patient Education and Counseling” 90, s. 4–11.
- Schumacher P., Morahan-Martin J. (2001). *Gender, Internet and computer attitudes and experiences*. „Computers in Human Behavior” 17 (1), s. 95–110.
- Seçkin G., Yeatts D., Hughes S., Hudson C., Bell V. (2016). *Being an informed consumer of health information and assessment of electronic health literacy in a national sample of Internet users: validity and reliability of the e-HLS instrument*. „Journal of Medical Internet Research” 18 (7), e161.
- Shieh C., Mays R., McDaniel A., Yu J. (2009). *Health literacy and its association with the use of information sources and with barriers to information seeking in clinic based pregnant women*. „Health Care for Women International” 30 (11), s. 971–988.
- Shklovski I., Kraut R., Rainie L. (2004). *The Internet and social participation: Contrasting cross-sectional and longitudinal analyses*. „Journal of Computer Mediated Communication” 10 (1).
- Shortell S.M., Kaluzny A.D. (2001). *Podstawy zarządzania opieką zdrowotną*. Kraków: Fundacja Zdrowia Publicznego – Uniwersyteckie Wydawnictwo Vesalius.

- Silber D. (2003). *The case for e-health*. Brussels: European Institute of Public Administration.
- Sillence E., Briggs P., Harris P.R., Fishwick L. (2007). *How do patients evaluate and make use of online health information?* „Social Science and Medicine” 64 (9), s. 1853–1862.
- Silver M.P. (2015). *Patient perspectives on online health information and communication with doctors: a qualitative study of patients 50 years old and over*. „Journal of Medical Internet Research” 17 (1), e19.
- Singh J.A., Sloan J.A., Atherton P.J., Smith T., Hack T.F., Kuschka M.M., Rummans T.A., Clark M.M., Diekmann B., Degner L.F. (2010). *Preferred roles in treatment decision making among patients with cancer: a pooled analysis of studies using the Control Preferences Scale*. „The American Journal of Managed Care” 16 (9), s. 688–696.
- Siuda P., Gomoliszek J. (2017). *Słowem wstępu: Od protestu w sprawie polskich sądów do społecznej przestrzeni internetu* [w:] P. Siuda, J. Gomoliszek (red.), *Internet. Wybrane przykłady zastosowań i doświadczeń*. Gdańsk: Wydawnictwo Naukowe Katedra, s. 7–17.
- Siuda P., Pluta M. (2020). *Doświadczenie zdrowia i choroby w dobie Internetu* [w:] P. Siuda, M. Pluta (red.), *Internet, zdrowie i choroba – powiązania społeczne, kulturowe i edukacyjne*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, s. 5–19.
- Skopelja E.N., Whipple E.C., Richwine P. (2008). *Reaching and Teaching Teens: Adolescent Health Literacy and the Internet*. „Journal of Consumer Health on the Internet” 12 (2), s. 105–118.
- Słownik Języka Polskiego (2012). PWN, Warszawa.
- Smyczek S., Sowa I. (2005). *Konsument na rynku – zachowania, modele, aplikacje*. Warszawa: Difin.
- Sobierajski T. (2012a). *Medyczni googlersi, czyli o komunikacji z nowym typem pacjenta (cz. 1)*. „Ogólnopolski System Ochrony Zdrowia Czasopismo” 3, s. 27–28.
- Sobierajski T. (2012b). *Medyczni googlersi, czyli o komunikacji z nowym typem pacjenta (cz. 2)*. „Ogólnopolski System Ochrony Zdrowia Czasopismo” 4, s. 32–33.
- Soboń M. (2013a). *Jakość informacji elektronicznej o lekach*. „Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania” 34 (2), s. 131–146.
- Soboń M. (2013b). *Komunikacyjno-informacyjne aspekty wykorzystania Internetu w obszarze zdrowia*. „Handel Wewnętrzny” 3, s. 246–253.
- Soboń M. (2016). *Behaviour research methods in doctor -patient relationship in terms of access to the online health information in Poland*. „International Journal of Management Cases” 18 (2), s. 58–72.
- Soboń M. (2018). *Modern communication in the doctor-patient relationship – an educational aspect: needs and practice*. „Proceedings of 11th ICEBE i 7th ICIE i PEESA III International conference on engineering and business education, innovation and entrepreneurship, and capacity building in higher education”, s. 353–361.

- Soboń M. (2020a). *Użytkownik Internetu w obszarze informacji o zdrowiu – typologia postaw według modelu TAM* [w:] K. Mazurek-Łopacińska, M. Sobocińska (red.), *Badania marketingowe w gospodarce cyfrowej*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, s. 299–314.
- Soboń M. (2020b). *Web-Based communication with a patient in hospital care in Szczecin: comparative analysis of 2014 and 2018*. „Problemy Zarządzania” 3 (89), s. 151–169.
- Sommerhalder K., Abraham A., Zufferey M.C., Barth J., Abel T. (2009). *Internet information and medical consultations: Experiences from patients’ and physicians’ perspectives*. „Patient Education and Counseling” 77, s. 266–271.
- Stachura K. (2011). *Towarzyskie aspekty interakcji w Internecie, czyli uspołecznieniu przez zapośredniczenie*. Toruń: Konspekty społeczno-kulturowe.
- Stangierska I., Horst-Sikorska W. (2007). *Ogólne zasady komunikacji między pacjentem a lekarzem*. „Forum Medycyny Rodzinnej” 1 (1), s. 58–68.
- Stevenson F.A., Kerr C., Murray E., Nazareth I. (2007). *Information from the Internet and the doctor-patient relationship: the patient perspective – a qualitative study*. „BMC Family Practice” 8, s. 47.
- Stewart M., Roter D. (red.) (1989). *Sage series in interpersonal communication, Communicating with medical patients*. Newbury Park: Sage Publications.
- Stoeckle J.D. (red.) (1987). *Encounters between patients and doctors*. Cambridge Mass: MIT Press.
- Storbacka K., Strandvik T., Grönroos C. (1994). *Managing customer relationships for profit: the dynamics of relationship quality*. „International Journal of Service Industry Management” 5 (5), s. 21–28.
- Suchecka J. (2010). *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o.
- Sun Y., Zhang Y., Gwizdka J., Trace C.B. (2019). *Consumer Evaluation of the Quality of Online Health Information: Systematic Literature Review of Relevant Criteria and Indicators*. „Journal of Medical Internet Research” 21 (5), e12522.
- Sutcliffe A.G., Ennis M., Watkinson S.J. (2000). *Empirical studies of end-user information searching*. „Journal of the American Society for Information Science” 51, s. 1211–1231.
- Sweeny K., Melnyk D., Miller W., Shepperd A. (2010). *Information avoidance: Who, what, when, and why*. „Review of General Psychology” 14 (4), s. 340–353.
- Swoboda I. (2016). *Jakość informacji* [w:] W.S. Cisek, A. Januszko-Szakiel (red.), *Zawód infobroker. Polski rynek informacji*. Warszawa: Wydawnictwo Nieoczywiste, s. 238–259.
- Szalonka K. (2015). *Strategie konkurowania na rynku ochrony zdrowia w Polsce – próba identyfikacji*. „Problemy Zarządzania, Finansów i Marketingu” 37, s. 93–105.
- Szasz T., Hollender M. (1956). *A contribution to the philosophy of medicine: the best models of the doctor-patient relationship*. „AMA Archives of Internal Medicine” 97, s. 585–592.

- Szeszycka I. (1999). *Pacjent klientem*. „Marketing w Praktyce” 6, s. 53–54.
- Szewczyk K. (2009). *O bezsensie i potrzebie konstruowania modeli relacji lekarz–pacjent*. „Krytyka Lekarska” 2–3, s. 17–38.
- Szmigielska B., Wolski K., Jaszczak A. (2012). *Modele wyjaśniające zachowania użytkowników Internetu*. „e-mentor” 3 (45), s. 17–24.
- Sztompka P. (2007). *Zaufanie. Fundament społeczeństwa*. Kraków: Znak.
- Szumska M. (2016). *Zachowania pacjenta w gabinecie medycznym i stomatologicznym. Cechy pacjenta i efekty, które buduje pacjent jako klient*. „Medical Maestro Magazine” 13, s. 1777–1924.
- Szymczuk E., Zajchowska J., Dominik A., Makara-Studzińska M. (2011). *Media jako źródło wiedzy o zdrowiu*. „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 17 (4), s. 165–168.
- Szymczyk D.M., Grela M., Horoch A., Smoleń A. (2015). *Wykorzystanie Internetu jako źródła informacji o zdrowiu i chorobie w ocenie studentów uczelni lubelskich*. „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 21 (2), s. 221–226.
- Śliwińska Z., Makara-Studzińska M., Śliwiński Z. (2015). *The patient-doctor relationship – a psychological perspective*. „Medical Studies/Studia Medyczne” 31 (3), s. 223–228.
- Światowy G. (2006). *Zachowania konsumentów*. Warszawa: PWE.
- Świętochowski R., Wawrzków M. (2020). *Motywacja osób dorosłych do realizowania zachowań zdrowotnych*. „Psychologia Wychowawcza” 17, s. 81–95.
- Taha J., Sharit J., Czaja S. (2009). *Use of and satisfaction with sources of health information among older Internet users and nonusers*. „Gerontologist” 49, s. 663–673.
- Taleghani F., Bahrami M., Loripoor M., Yousefi A. (2014). *Empowerment needs of women with breast cancer: a qualitative study*. „Iranian Red Crescent Medical Journal” 16 (3).
- Tan S.S., Goonawardene N. (2017). *Internet health information seeking and the patient-physician relationship: A systematic review*. „Journal of Medical Internet Research” 19, e9.
- Tao D. (2009). *Intention to Use and Actual Use of Electronic Information Resources: Further Exploring Technology Acceptance Model (TAM)*. „AMIA Annual Symposium Proceedings”, s. 629–633.
- Tao D., Wang T., Wang T., Zhang T., Zhang X., Qu X. (2020). *A systematic review and meta-analysis of user acceptance of consumer-oriented health information technologies*. „Computers in Human Behavior” 104, 106147.
- Tao D., Yuan J., Shao F., Li D., Zhou Q., Qu X. (2018). *Factors affecting consumer acceptance of an online health information portal among young internet users*. „Computers, Informatics, Nursing” 36 (11), s. 530–539.
- Tariman J.D., Berry D.L., Cochrane B., Doorenbos A., Schepp K. (2010). *Preferred and actual participation roles during health care decision making in persons with cancer: a systematic review*. „Annals of oncology” 21 (6), s. 1145–1151.

- Ten Have P. (1991). *Talk and institution: a reconsideration of the "asymmetry" of doctor-patient interaction* [w:] D. Boden, D. Zimmerman (red.), *Talk and social structure: Studies in ethnology methodology and conversation analysis*. Cambridge: Polity Press, s. 138–163.
- Thom D.H., Kravitz R.L., Bell R.A., Krupat E., Azari R. (2002). *Patient trust in the physician: relationship to patient requests*. „Family Practice” 19 (5), s. 476–483.
- TNS-OBOP (2008). *Postawy Polaków wobec technologii teleinformatycznych w medycynie*.
- Tobiasz-Adamczyk B. (2002). *Relacje lekarz-pacjent w perspektywie socjologii medycyny*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Tomita H. (2016). *The Post-Mobile Society: From the Smart/Mobile to Second Offline*. London: Routledge.
- Torkzadeh G., Van Dyke T.P. (2002). *Effects of training on Internet self-efficacy and computer user attitudes*. „Computers in Human Behavior” 18 (5), s. 479–494.
- Tsai C.-C., Lin S.S., Tsai M.-J. (2001). *Developing an Internet Attitude Scale for high school students*. „Computers i Education” 37 (1), s. 41–51.
- Tung F.-C., Chang S.-C., Chou C.M. (2008). *An extension of trust and TAM model with IDT in the adoption of the electronic logistics information system in HIS in the medical industry*. „International Journal of Medical Informatics” 77, s. 324–335.
- Tveiten S., Haukland M., Onstad F.R. (2011). *The Patient's Voice-Empowerment in a Psychiatric Context*. „Vård i Norden” 31 (3), s. 20–24.
- UK National Health Service (2008). *Health informatics defined. NHS connecting for health*, <http://www.connectingforhealth.nhs.uk/systemsandservices/capability/phi/about/hid>.
- Ulatowska-Szostak E., Marcinkowski J.T., Gromadecka-Sutkiewicz M., Krzywińska-Wiewiórowska M., Stawińska-Witoszyńska B. (2009). *Badania nad Internetem jako źródłem informacji o chorobie*. „Problemy Higieny i Epidemiologii” 90 (2), s. 246–253.
- van de Poll-Franse L.V., van Eenbergen M.C. (2008). *Internet use by cancer survivors: current use and future wishes*. „Support Care Cancer” 16 (10), s. 1189–1195.
- van Deursen A., Helsper E.J. (2015). *A nuanced understanding of Internet use and non-use among the elderly*. „European Journal of Communication” 30 (2), s. 171–187.
- Veatch R.M. (2010). *Zawodowa etyka medyczna: fundament jej zasad* [w:] W. Galewicz (red.), *Moralność i profesjonalizm. Spór o pozycję etyk zawodowych*. Kraków: Universitas.
- Venkatesh V., Bala H. (2008). *Technology Acceptance Model 3 and a Research Agenda on Interventions*. „Decision Science” 39 (2), s. 273–312.
- Venkatesh V., Davis F.D. (2000). *A Theoretical Extension of the Technology Acceptance Model: Four Longitudinal Field Studies*. „Management Science” 46 (2), s. 186–204.
- Waitzkin H. (1983). *Community-Based Health Care: Contradictions and Challenges*. „Medicine and Public Issues” 98 (2), 235–242.

- Waitzkin H., Stoeckle J.D. (1976). *Information Control and the Micropolitics of Health Care* [w:] J.D. Stoeckle (red.), *Encounters between patients and doctors: an anthology*. Cambridge: MIT Press.
- Wakefield R., Whitten D. (2006). *Mobile computing: a user study on hedonic/utilitarian mobile device usage*. „European Journal of Information Systems” 15, s. 292–300.
- Wald H.S., Dube C.E., Anthony D.C. (2007). *Untangling the web – The impact of internet use on health care and the physician-patient relationship*. „Patient Education and Counseling” 68, s. 218–224.
- Warnecke E. (2014). *The art of communication*. „Australian Family Physician” 43 (3), s. 156–158.
- Waszyński E., Steciwko A., Barański J. (2000). *Od redaktorów* [w:] J. Barański, E. Waszyński, A. Steciwko (red.), *Komunikowanie się lekarza z pacjentem*. Wrocław: Astrum, s. 9–10.
- Weaver J.B., Thompson N.J., Sargent Weaver S., Hopkins G.L. (2009). *Healthcare nonadherence decisions and internet health information*. „Computers in Human Behavior” 25, s. 1373–1378.
- West M.D. (1994). Validating a scale for the measurement of credibility – A covariance structure modeling approach. „The Journalism Quarterly” 71, s. 159–168.
- WHO (2007). *European survey on E-health Consumer Trends; eHealth Trends across Europe 2005–2007*. Norwegian Centre for Telemedicine Hospital of University North Norway.
- Więk A. (2016). *Kształtowanie informacji literatury: rola biblioteki akademickiej* [w:] A. Czerwinski, A. Jandziak, M. Krzesaj (red.), *Informacja – dobro publiczne czy prywatne?* Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, s. 175–186.
- Wiercińska A. (2012). *Specyfika rynku usług zdrowotnych*. „Zarządzanie i Finanse” 2 (2), s. 165–176.
- Wilkin J. (2016). *Instytucjonalne i kulturowe podstawy gospodarowania*. Humanistyczna perspektywa ekonomii. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Williams A. (1987). *Health Economics: The Cheerful Face of the Dismal Science?* [w:] A. Williams (red.) *Health and Economics*. British Association for the Advancement of Science. London: Palgrave Macmillan.
- Williams G., Popay J. (1994). *Lay knowledge and the privilege of experience* [w:] J. Gabe, D. Kellerher, G. Williams (red.), *Challenging Medicine*. London: Routledge.
- Wilson T.D. (2000). *Human information behaviour*. „Informing Science” 3 (2), s. 49–55.
- Winnicki M., Basiński K., Szyndler A., Chrostowska M., Narkiewicz K. (2016). *Jak poprawić stopień przestrzegania zaleceń terapeutycznych i jakość współpracy lekarz–pacjent?* „Choroby Serca i Naczynia” 13 (3), s. 194–202.
- Wise T. (1996). *Związek lekarz–pacjent* [w:] J.M. Wiener (red.), *Medycyna behawioralna*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner.

- Włoszczak-Szubzda A. (2009). *Kompetencje komunikacyjne personelu medycznego – badanie stanu oraz ocena potrzeb edukacyjnych* [rozprawa doktorska]. Lublin: Uniwersytet Medyczny.
- Włoszczak-Szubzda A., Jarosz M.J. (2012). *Rola i znaczenie komunikacji w relacji lekarz–pacjent–rodzina*. „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 18 (3), s. 206–211.
- Wojtecka A., Wojnarowska M., Zarzeczna-Baran M. (2016). *Wykorzystanie Internetu jako źródła informacji o zdrowiu. przegląd wybranych badań na świecie*. „Annales Academiae Medicae Gedanensis” 2016, 46, s. 107–113.
- Wong C.K., Yeung D.Y., Ho H.C., Tse K.P., Lam C.Y. (2014). *Chinese older adults’ Internet use for health information*. „Journal of Applied Gerontology” 33 (3), s. 316–335.
- Wójcik J. (2018). *Lekarz: zawód czy powołanie? Postawy lekarzy wobec pracy zawodowej*. Katowice, Oficyna Wydawnicza Wacław Walasek.
- Wroński K., Bocian R., Depta A., Cywiński J., Dżiki A. (2009). *Opinie pacjentów na temat modelu paternalistycznego w relacji lekarz–pacjent. Prawne aspekty autonomii pacjenta w opiece zdrowotnej*. „Nowotwory. Journal of Oncology” 59 (4), s. 266–273.
- Wu I.L., Chen J.L. (2005). *An extension of Trust and TAM model with TPB in the initial adoption of online tax: an empirical study*. „International Journal of Human-Computer Studies” 62, s. 784–808.
- Wu J.-H., Wang S.-C., Lin L.-M. (2007). *Mobile computing acceptance factors in the healthcare industry: a structural equation model*. „International Journal of Medical Informatics” 76, s. 66–77.
- Xie B. (2009). *Older adults’ health information wants in the internet age: implications for patient-provider relationships*. „Journal of Health Communication” 14 (6), s. 510–524.
- Yang H.D., Choi I.Y. (2001). *The impact of social influence on information systems adoption: an extension to the technology acceptance model*. „The Journal of MIS Research (Korean)” 11, s. 165–184.
- Yi M.Y., Jackson J.D., Park J.S., Probst J.C. (2006). *Understanding information technology acceptance by individual professionals: toward an integrative view*. „Information and Management” 43, s. 350–363.
- Yigzaw K.Y., Wynn R., Marco-Ruiz L., Budrionis A., Oyeyemi S.O., Fagerlund A.J., Bellika J.G. (2020). *The Association Between Health Information Seeking on the Internet and Physician Visits (The Seventh Tromsø Study – Part 4): Population-Based Questionnaire Study*. „Journal of Medical Internet Research” 22 (3), e13120.
- Yoo E.Y., Robbins L.S. (2008). *Understanding middle-aged women’s health information seeking on the web: A theoretical approach*. „Journal of the American Society for Information Science and Technology” 59 (4), s. 577–590.

- Yun E.K. (2008). *Development and Testing of a Model of Consumer's Health Information Seeking Behavior on the Internet* [doctoral thesis]. Seoul: Seoul National University.
- Yun E.K., Park H.-A. (2010). *Consumers' disease information – seeking behaviour on the Internet in Korea*. „Journal of Clinical Nursing” 19, s. 2860–2868.
- Zhang Y. (2007). *Development and validation of an internet use attitude scale*. „Computers and Education” 49 (2), s. 243–253.
- Ziebland S., Chapple A., Dumelow C., Evans J., Prinjha S., Rosmovits L. (2004). *How the internet affects patients' experience of cancer: a qualitative study*. „British Medical Journal” 328 (7439), s. 564–569.
- Zimbardo P.G., Leippe M.R. (2004). *Psychologia zmiany postaw i wpływu społecznego*. Poznań: Zysk i S-ka.
- Zimmerman M.S., Shaw G. (2019). *Health information seeking behaviour: a concept analysis*. „Health Information and Libraries Journal” 37, s. 173–191.
- Zins C. (2007). *Knowledge Map of Information Science*. „Journal of the American Society for Information Science and Technology” 58 (4), s. 526–535.
- Zolnierek K.B., Dimatteo M.R. (2009). *Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis*. „Medical Care” 47 (8), s. 826–834.

Spis rysunków i tabel

Rysunek 1.1.	Model relacji popytowo-podażowej w opiece zdrowotnej.....	18
Rysunek 1.2.	Elementy budujące relację lekarza z pacjentem.....	23
Rysunek 1.3.	Zależności pomiędzy fundamentalnymi kategoriami w relacji lekarz–pacjent	27
Rysunek 1.4.	Angażowanie pacjentów w podejmowanie decyzji dotyczących opieki i leczenia w krajach OECD w latach 2010 i 2017	30
Rysunek 1.5.	Relacyjna interpretacja koncepcji <i>patient empowerment</i>	32
Rysunek 1.6.	Model podstawowej jednostki komunikacyjnej w relacji lekarz–pacjent	45
Rysunek 1.7.	Lekarz spędzający wystarczająco dużo czasu z pacjentem podczas konsultacji w krajach OECD w latach 2010 i 2017	46
Rysunek 1.8.	Lekarz dostarczający zrozumiałych wyjaśnień w krajach OECD w latach 2010 i 2017	46
Rysunek 2.1.	Korzystanie przez Polaków z Internetu przynajmniej raz w tygodniu.....	49
Rysunek 2.2.	Popularność wyszukiwania terminu „zdrowie” w Internecie	53
Rysunek 2.3.	Popularność wyszukiwania terminu „koronawirus” w Internecie	54
Rysunek 2.4.	Poszukiwanie informacji w kontekście zdrowia.....	64
Rysunek 2.5.	Model przekonań zdrowotnych	67
Rysunek 2.6.	Teoria uzasadnionego działania (TRA) i teoria planowanego zachowania (TPB)	70
Rysunek 2.7.	Model akceptacji technologii	71
Rysunek 2.8.	Model akceptacji technologii po modyfikacji.....	71
Rysunek 2.9.	Model autorstwa Eun Kyoung Yuna	73
Rysunek 3.1.	Model konceptualny badania	84

Rysunek 3.2.	Sklonność pacjentów do wykorzystywania Internetu jako źródła informacji o zdrowiu.....	96
Rysunek 3.3.	Akceptacja Internetu jako źródła informacji o zdrowiu wśród pacjentów.....	97
Rysunek 3.4.	Postawa pacjentów względem wykorzystania Internetu jako źródła informacji o zdrowiu.....	98
Rysunek 3.5.	Intencja behawioralna pacjentów względem wykorzystania Internetu jako źródła informacji o zdrowiu.....	99
Rysunek 3.6.	Znajdowanie w Internecie informacji adekwatnej do każdego problemu zdrowotnego.....	100
Rysunek 3.7.	Postawa pacjenta względem lekarza w opinii własnej.....	102
Rysunek 3.8.	Wpływ informacji o zdrowiu z Internetu na relację lekarz–pacjent według pacjentów	103
Rysunek 3.9.	Zachowania pacjenta w relacji z lekarzem pod wpływem informacji znalezionej w Internecie przez pacjenta w opinii własnej.....	104
Rysunek 3.10.	Zachowanie lekarza w relacji z pacjentem pod wpływem informacji znalezionej w Internecie przez pacjenta w opinii pacjentów	105
Rysunek 3.11.	Sklonność pacjentów do wykorzystywania Internetu jako źródła informacji o zdrowiu w opinii lekarzy.....	107
Rysunek 3.12.	Wpływ informacji o zdrowiu znalezionej w Internecie przez pacjentów na relację lekarz–pacjent według lekarzy.....	108
Rysunek 3.13.	Zachowania pacjenta w relacji z lekarzem pod wpływem informacji znalezionej w Internecie przez pacjenta w opinii lekarzy.....	109
Rysunek 3.14.	Zachowanie lekarza w relacji z pacjentem pod wpływem informacji znalezionej w Internecie przez pacjenta w opinii własnej.....	110
Rysunek 3.15.	Model relacji lekarz–pacjent w warunkach korzystania przez pacjenta z Internetu jako źródła informacji o zdrowiu	122
Tabela 1.1.	Konotacje medycyny i opieki zdrowotnej jako daru i towaru.....	16
Tabela 1.2.	Najważniejsze zmienne reprezentujące kluczowe cechy relacji – adaptacja na potrzeby relacji lekarz–pacjent.....	24
Tabela 1.3.	Kategorie więzi w relacji lekarz–pacjent	25
Tabela 1.4.	Typy relacji lekarz–pacjent	38
Tabela 2.1.	Poszukiwanie w Internecie informacji o zdrowiu w wybranych krajach Europy	52

Tabela 2.2.	Czołowe serwisy o zdrowiu między 9 a 15 marca 2020 roku.....	53
Tabela 2.3.	Atrybuty jakości informacji wg Komisji Europejskiej.....	56
Tabela 2.4.	<i>Health literacy, empowerment</i> i zachowanie pacjenta.....	59
Tabela 2.5.	Pomiar postaw wobec Internetu	61
Tabela 2.6.	Elementy składowe modelu HBM	67
Tabela 2.7.	Elementy składowe modeli TRA i TPB.....	69
Tabela 2.8.	Zredukowane skale pomiarowe użyteczności i łatwości użycia technologii informacyjnej	72
Tabela 2.9.	Zmienne modelu poszukiwania informacji o zdrowiu w Internecie wg E.K. Yuna	75
Tabela 2.10.	Definicje zmiennych w modelu TAM i modelach pokrewnych	77
Tabela 2.11.	Przykłady wykorzystania w badaniach teorii i modeli zachowań w obszarze poszukiwania informacji o zdrowiu w Internecie przez pacjentów.....	78
Tabela 3.1.	Liczebności pacjentów i lekarzy w próbie wg lokalizacji.....	90
Tabela 3.2.	Charakterystyka badanej próby – pacjenci.....	93
Tabela 3.3.	Charakterystyka badanej próby – lekarze	94
Tabela 3.4.	Stwierdzenia opisujące pacjentów korzystających z Internetu jako źródła informacji o zdrowiu	95
Tabela 3.5.	Stwierdzenia opisujące relację lekarz–pacjent z perspektywy pacjentów	101
Tabela 3.6.	Stwierdzenia opisujące relację lekarz–pacjent z perspektywy lekarzy.....	106
Tabela 3.7.	Zależności między zmiennymi konceptualnego modelu cz. 1 – opinia pacjentów	112
Tabela 3.8.	Zależności między zmiennymi konceptualnego modelu cz. 2 – opinia pacjentów	113
Tabela 3.9.	Zależności między zmiennymi konceptualnego modelu cz. 3 – opinia pacjentów	114
Tabela 3.10.	Zależności między zmiennymi konceptualnego modelu cz. 4 – opinia pacjentów i lekarzy.....	116

MAGDALENA SOBOŃ – doktor nauk ekonomicznych, adiunkt Uniwersytetu Szczecińskiego; jej zainteresowania naukowe obejmują m.in. szerokie spektrum tematów związanych w wykorzystaniem ICT w obszarze zdrowia i usług zdrowotnych w tym wpływu Internetu na funkcjonowanie sektora ochrony zdrowia oraz relacji lekarz-pacjent.

Internet, stanowiąc rewolucję w technologiach informacyjno-komunikacyjnych, cieszy się rosnącą popularnością w obszarze wyszukiwania informacji o zdrowiu, które stając się coraz częściej tematem rozmów pacjentów z lekarzami, wpływają na istniejące relacje. W książce pokazano obraz tejsze relacji w warunkach dostępu do internetowej informacji wsparty modelem zależności występujących między poszczególnymi jej elementami, łącznie z procesem akceptacji Internetu jako źródła informacji dla celów zdrowia.

Ponieważ efektem posiadania informacji zdrowotnej jest nawiązanie przez pacjentów opartych na wiedzy relacji z lekarzem, a przez to kształtowanie bardziej świadomych zachowań, rozpoznano i opisano motywacje, postawy i zachowania pacjentów w zakresie poszukiwania w Internecie informacji o zdrowiu, ustalono jak internetowa informacja o zdrowiu wpływa na zachowania pacjenta w kontakcie z lekarzem, zbadano postrzeganie przez lekarzy korzystania przez pacjentów z Internetu jako źródła informacji o zdrowiu oraz przeanalizowano wpływ e-informacji na relację lekarz-pacjent z perspektywy obu stron. W efekcie wykazano związek między informacją o zdrowiu pochodzącą z Internetu a zachowaniem pacjenta i lekarza POZ w reakcji na posiadaną wiedzę. Wskazano na potrzebę właściwego jej kształtowania w związku nie tylko z budowaniem zadowolenia pacjenta, ale jej realnym wpływem na funkcjonowanie POZ.

Książka jest adresowana do pracowników ochrony zdrowia ze szczególnym uwzględnieniem lekarzy POZ i osób prowadzących tego typu placówki, studentów medycyny i kierunków powiązanych z ochroną zdrowia oraz kształcących kadry menedżerskie dla potrzeb sektora ochrony zdrowia.



71-101 Szczecin, ul. Mickiewicza 64
tel. 91 444 20 06, 91 444 20 09
e-mail: wydawnictwo@usz.edu.pl
www.wn.usz.edu.pl

ISBN 978-83-7972-496-3 (print)
ISBN 978-83-7972-748-3 (online)



9 788379 724963