

DÔVERA VO VZŤAHU MEDZI PACIENTOM S CHRONICKÝM OCHORENÍM A ZDRAVOTNÍCKYM PRACOVNÍKOM: LITERÁRNY PREHĽAD *TRUST IN THE RELATIONSHIP BETWEEN PATIENT WITH CHRONIC ILLNESS AND HEALTHCARE PROFESSIONAL: A LITERATURE REVIEW*

ŽIAKOVÁ Katarína, KALÁNKOVÁ Dominika, ČÁP Juraj, PODOLINSKÁ Lucia,
BÓRIKOVÁ Ivana, TOMAGOVÁ Martina, MIERTO VÁ Michaela

Ústav ošetrovateľstva, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave, Martin

ABSTRAKT

Východiská: Dôvera je kľúčovým aspektom budovania vzťahu medzi pacientom a zdravotníckym pracovníkom. Dôverný vzťah so zdravotníkom vedie u pacienta s chronickým ochorením k zlepšeniu adhérence k terapii a spokojnosti so starostlivosťou.

Cieľ: Identifikovať, analyzovať a syntetizovať výsledky kvalitatívnych štúdií zameraných na dôveru z perspektívy pacientov s chronickým ochorením vo vzťahu k zdravotníkom (lekármi a sestrami).

Metodológia: Vyhľadávanie bolo realizované v marci 2021 v štyroch vedeckých databázach (OVID Nursing, Scopus, PubMed a ProQuest) a bolo limitované anglickým jazykom. Celkovo bolo vyhladaných 403 štúdií. Proces vyhľadávania a triedenia reflektoval odporúčanie PRISMA. V rámci syntézy údajov bola využitá metóda tematickej analýzy.

Výsledky: Identifikovali sme dve nosné témy *Vytváranie a posilnenie dôvery* a *Narušenie a strata dôvery*, ktoré participanti spájajú s daným problémom. Prvá téma bola špecifikovaná prostredníctvom 5 subtém, ktoré prispievajú k vytváraniu a posilňovaniu dôverného vzťahu medzi pacientmi a zdravotníkmi. Druhá téma s negatívnym charakterom bola definovaná obsahom 6 subtém, ktoré negatívne ovplyvňujú vytváranie dôverného vzťahu alebo častokrát vedú až k úplnej strate dôvery pacientov v zdravotníkov.

Záver: Dôvera pacientov s chronickým ochorením môže byť v interakcii so zdravotníkmi posilňovaná alebo oslabovaná. Dosiahnutie vzťahovej kontinuity preferuje veľká skupina pacientov s chronickým ochorením. Dôverný vzťah so zdravotníkmi predstavuje pre nich esenciálnu bázu manažmentu vlastného ochorenia.

Kľúčové slová: Dôvera. Pacient. Chronické ochorenie. Zdravotnícky pracovník. Kvalitatívny výskum

ABSTRACT

Background: Trust is an essential aspect in building a relationship between the patient and healthcare professional. Trusting relationship with healthcare professionals improves adherence to therapy and satisfaction with care in a patient with a chronic disease.

Objective: To identify, analyse and synthesize the results of qualitative studies focusing on trust from the perspective of patients with a chronic disease concerning healthcare professionals (physicians and nurses).

Methods: The search was conducted in March 2021 in four scientific databases OVID Nursing, Scopus, PubMed and ProQuest and limited to English. Overall, the search produced 403 studies. The search and retrieval process reflected

PRISMA's recommendation. In data synthesis, thematic analysis was used.

Results: We identified two meaningful themes *Building and strengthening trust* and *Violation and loss of trust*, which participants associate with the given issue. The first theme was specified by five subthemes contributing to building and strengthening the trusting relationship between patients and healthcare professionals. The second theme with the opposing character was defined by the content of six subthemes, which negatively affect the building of trustworthy relationships or frequently lead to the complete loss of patients' trust towards healthcare professionals.

Conclusion: Trust of patients with the chronic disease might be strengthened or weakened in interactions with healthcare professionals. Achieving relationship continuity is preferred by the major group of patients with chronic disease. A trusting relationship with healthcare professionals represents an essential basis of patients' disease management.

Key words: Trust. Chronic disease. Patient. Healthcare professional. Qualitative research

ÚVOD

Dôvera patrí medzi základné prvky ľudského spolubytia a má významné miesto aj v kontexte zdravotnej starostlivosti. Dôveru je možné oslabiť, resp. posilniť a je považovaná za dynamicky prebiehajúci proces. Vzťah medzi pacientom a zdravotníkom predstavuje most medzi neistotou, očakávaniami pacientov, kompetenciami a správaním odborníkov (Murray et al., 2015). Za posledné roky počet pacientov s chronickými ochoreniami stúpa, čo si vyžaduje ich kontinuálny a častý kontakt o zdravotníkmi. V tomto kontexte je dôvera obzvlášť dôležitá, pretože pacienti sú vystavení riziku zvýšenej zraniteľnosti, neistoty a závislosti na zdravotníkoch. Dôvera je aj významný faktor ovplyvňujúci dosahovanie požadovaných výsledkov pacientov, ich adhérence a aktívnej participácie na starostlivosti a spokojnosti pacientov (Robinson, 2016). Dôvera vo vzťahu medzi zdravotníkom a pacientom s chronickým ochorením nebola doposiaľ v literatúre komplexne sumarizovaná. Prehľadové štúdie sa

zameriavali na rôznorodú skupinu pacientov (Rasiah et al., 2020), prípadne na konkrétnu skupinu zdravotníkov (Rørtveit et al., 2015; Sousa-Duarte et al., 2020). Nakoľko je dôvera kľúčovým komponentom poskytovania zdravotnej starostlivosti zameranej na chronického pacienta, je dôležité, aby si zdravotníci uvedomovali jej význam v kontexte efektivity manažmentu chronických ochorení. Pre jej hlbšie porozumenie a porozumenie faktorom, ktoré ju ovplyvňujú, je nutné pochopiť najmä perspektívu pacientov.

CIEĽ

Cieľom literárneho prehľadu bolo identifikovať, analyzovať a syntetizovať výsledky kvalitatívnych štúdií zameraných na dôveru z perspektívy pacientov s chronickým ochorením vo vzťahu k zdravotníkom (lekárom a sestram). Výskumnú otázku sme formulovali nasledovne: Ako vnímajú pacienti s chronickým ochorením dôveru vo vzťahu so zdravotníkom?

METODIKA

Dizajn

Literárny prehľad zameraný na syntézu výsledkov kvalitatívnych štúdií (Green et al., 2006).

Stratégia vyhľadávania

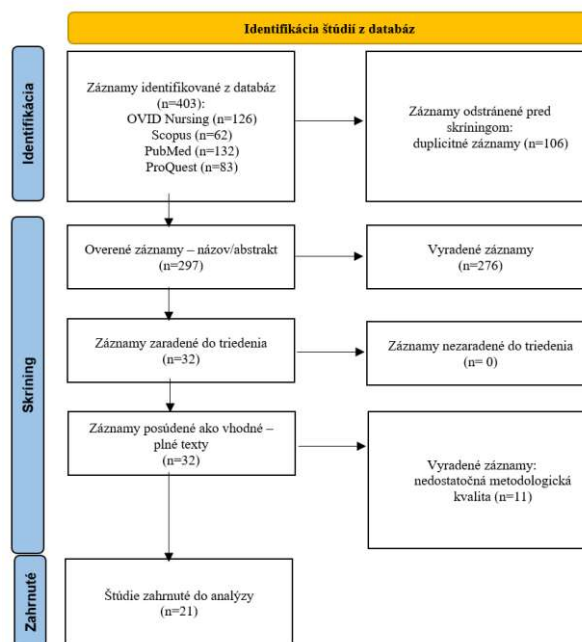
Vyhľadávanie bolo realizované v marci 2021 vo vedeckých databázach OVID Nursing, Scopus, PubMed a ProQuest. V rámci vyhľadávania boli v každej databáze použité rovnaké kľúčové slová a ich kombinácia s aplikovaním Booleovských operátorov AND a OR: patient*, chronic disease*, experience*, trust*, relationship*, physician*, nurse*. Vyhľadávanie bolo limitované recenzovanými štúdiami a anglickým jazykom a nebolo limitované časovým obdobím.

Výber štúdií

Štúdie sme zaradili, v prípade, že: a) bola empirická kvalitatívna štúdia (bez ohľadu na dizajn), b) zameriavala sa na perspektívu dospelého pacienta s chronickým ochorením (bez ohľadu na typ ochorenia), c) zameriavala sa na vzťah k zdravotníkom (lekárom alebo sestram), d) v prípade zmiešaného výskumu mala jasne vymedzenú kvalitatívnu časť. Štúdie sme vyradili pokiaľ: a) bola editoriál, prehľadová a kvantitatívna štúdia, protokol, komentár, b) opisovala vzťah pacientov s chronickým ochorením k iným zdravotníkom (napr. zdravotníckym asistentom, fyzioterapeutom a pod.).

Triedenie štúdií, posúdenie metodologickej kvality

Na základe kritérií bolo vyhľadaných 403 štúdií (126 OVID Nursing, 62 Scopus, 132 PubMed, 83 ProQuest). Údaje boli systematicky triedené dvomi nezávislými výskumníkmi v rámci dvoch fáz triedenia. Proces vyhľadávania a triedenia reflektoval odporúčania PRISMA (Obrázok 1) (Page et al., 2021).



Obrázok 1 PRISMA flow diagram

Triedenie štúdií bolo realizované v programe Rayyan QCRI® (Ouzzani et al., 2016). Po odstránení duplikátov ($n = 106$), bolo analyzovaných 297 štúdií na úrovni názvu/abstraktu. V druhej fáze triedenia bolo analyzovaných celkom 32 štúdií, ktoré spĺňali inkluzívne kritériá. Metodologická kvalita zaradených štúdií bola hodnotená prostredníctvom nástroja CASP pre kvalitatívne štúdie (CASP, 2018). V tejto fáze bolo vyradených 11 štúdií, ktoré nedosahovali potrebnú metodologickú kvalitu. Celkovo bolo do finálnej analýzy zaradených 21 štúdií, ktoré dosiahli CASP skóre medzi 8 až 10 bodmi.

Extrakcia dát a syntéza

Na syntézu bola použitá tematická analýza (Dixon-Woods et al., 2005). V prvom kroku boli extrahované témy z primárnych štúdií. Následne boli extrahované témy syntetizované podľa významovej podobnosti do tém vyššieho rádu a zaradené do dvoch nosných kategórií. K jednotlivým témam boli vytvorené opisné charakteristiky. Celý proces bol realizovaný s prihliadnutím na cieľ štúdie a vý-

skumnú otázku. Výsledná syntéza bola diskutovaná v rámci autorského tímu a nezrovnalosti boli riešené konsenzom.

VÝSLEDKY

V rámci analýzy dát bolo identifikovaných 11 subtém, ktoré sme syntetizovali do dvoch nosných tém: *Vytváranie a posilnenie dôvery* a *Narušenie a strata dôvery* (Obr. 2).



Obrázok 2 Prehľad výsledkov

Najväčšia časť analyzovaných štúdií bola realizovaná v USA (n = 4), Veľkej Británii (n = 3) a Kanade (n = 2). Štúdie boli realizované aj vo Švédsku (n = 4) a Nórsku (n = 2), ďalej v Nemecku, Švajčiarsku, Fínsku, Tanzánii, Thajsku a Novom Zélande. Publikované boli v rokoch 2003 až 2021. Najväčší počet štúdií využívalo kvalitatívny dizajn bez bližšej špecifikácie (n = 9), kvalitatívny deskriptívny alebo exploratívny dizajn (n = 4), naratívny dizajn (n = 2). Ďalšie štúdie využili longitudinálny dizajn, prípadovú štúdiu, hermeneutický, fenomenologický, fenomenologicko-hermeneutický a interpretatívno-fenomenologický dizajn (n = 6). Významná časť štúdií využívala v rámci zberu údajov pološtruktúrované rozhovory (n = 10) a hĺbkové rozhovory (n = 5). Ďalšie štúdie využili kombináciu ohniskových skupín a pološtruktúrovaných rozhovorov, rozhovory bez bližšej špecifikácie, ohniskové skupiny a neštruktúrované rozhovory (n = 6). Údaje boli v štúdiách analyzované s použitím rôz-

nych prístupov, najčastejšie však obsahovou alebo tematickou analýzou (n = 10) a zakotvenou teóriou (n = 4). Ďalšie prístupy k analýze údajov zahŕňali napr. fenomenologickú, štruktúrovanú, induktívnu, interpretatívno-fenomenologickú a naratívnu analýzu, pričom jedna štúdia analyzovala údaje prostredníctvom editovania (n = 7). Dôveryhodnosť bola v štúdiách najčastejšie zabezpečená pomocou triangulácie výskumníkov (n = 8), metód (n = 7) a zdrojov údajov (n = 1), pričom v 5 štúdiách bola využitá reflexia výskumného tímu (n = 5).

Vytváranie a posilnenie dôvery

Téma *Vytváranie a posilnenie dôvery* má pozitívny charakter a obsahuje päť subtém: Partnerský vzťah založený na porozumení; Komunikácia zameraná na pacienta; Erudovanosť a angažovanosť zdravotníkov; Spoľahlivosť, dostupnosť, dostatok času, kontinuita a kvalita starostlivosti; Rešpektovanie autonómie a princípu spravodlivosti.

Partnerský vzťah založený na porozumení zdravotníkov je pacientmi reflektovaný ako spoľahlivosť, optimizmus, láskavosť, rešpekt, vrúcnosť, srdečnosť, jemnosť, pochopenie problémov pacienta súvisiacich z chorobou, ako prejavy prispievajúce k budovaniu dôverného vzťahu (Andersson et al., 2021; Babac et al., 2019; Isangula et al., 2020; Jirapornchaoren et al., 2020; Nygårdh et al., 2012; Peltola et al., 2018; Perron et al., 2004; Torheim, Gjengedal, 2010; Lesnovska et al., 2017). V procese budovania dôvery pacient očakáva od zdravotníka odbornosť, prejavovanie súcitu, porozumenia, záujem o jeho zdravotný stav, ochotu prijateľným spôsobom vysvetliť možné alternatívy liečby a starostlivosti.

Komunikácia zameraná na pacienta je nevyhnutnou súčasťou profesijných kompetencií, ktorá výrazne ovplyvňuje výsledok sociálneho kontaktu a budovanie dôvery medzi zdravotníkmi a pacientmi (Andersson et al., 2021; Babac et al., 2019; Dang et al., 2017; Gonzalez et al., 2017; Isangula et al., 2020; Jirapornchaoren et al., 2020; Nygårdh et al., 2012; Peltola et al., 2018; Perron et al., 2004; Torheim et al., 2010). Poskytovanie informácií jasným, jednoduchým a pochopiteľným spôsobom vytvára priestor, v ktorom sa pacient cíti bezpečne. Pre vytvorenie dôvery je dôležité aj prejavovanie záujmu o celkový zdravotný stav pacientov, počúvanie, vysvetľovanie a poskytovanie adekvátnych informácií, ktoré vychádzajú nielen z výsledkov výskumu, ale aj skúseností a potrieb samotných pacientov.

Dôveryhodnosť podporujú jednoznačne podávané informácie v rodnom jazyku bez použitia odbornej terminológie. Srdečné privítanie, pozdrav, primeraná verbálna komunikácia počas celého procesu starostlivosti podporuje dôveryhodnosť zdravotníka.

Erudovanosť a angažovanosť zdravotníkov je založená na prístupe, ktorý zohľadňuje najmä adresnosť pri riešení obáv pacientov, a to najmä v prípade nových poskytovateľov starostlivosti (Dang et al., 2017; Kvangarsnes et al., 2013; Ledford et al., 2010; Mercer et al., 2019; Nygårdh et al. 2012; Perron et al., 2004; Torheim et al., 2010; Zotterman et al., 2016). Pacienti vnímajú erudovanosť zdravotníkov ako determinant svojej adherencie v terapii. Budovanie dôvery podporuje aj efektívnosť poskytovanej liečby a snaha zdravotníkov o minimalizáciu výskytu jej nežiaducich účinkov. Angažovanosť zdravotníkov vedie k aktívnejšiemu zapojeniu pacienta do starostlivosti. Dôvera pacientov vychádza aj z presvedčenia, že zdravotníci sú kompetentní pre svoju prácu a majú schopnosť identifikovať potreby pacientov ešte predtým ako si ich uvedomia oni sami. Pacienti si dôveru budujú aj na základe informácií o erudovanosti zdravotníkov z internetu, aj od iných pacientov ešte predtým, ako vyhľadajú odbornú starostlivosť.

Spôľahlivosť, dostupnosť, dostatok času, kontinuita a kvalita starostlivosti sú vnímané ako základ kontinuálnych vzťahov založených na dôvere (Andersson et al., 2021; Babac et al., 2019; Buchman et al., 2016; Dang et al., 2017; Edwards, 2003; Green et al., 2020; Isangula et al., 2020; Murphy et al., 2020; Perron et al., 2004; Zotterman et al., 2016). Pacienti si vážia vzťahovú kontinuitu s lekárom, ktorý pozná ich ochorenie, poskytuje konzistentné odporúčania, preberá za nich primárnu zodpovednosť a rešpektuje ich, pričom pravidelná spätná väzba je pre budovanie dôvery nevyhnutná. Pacienti v ambulantnej starostlivosti pozitívne vnímajú existenciu stálej kontaktnej osoby.

Rešpektovanie autonómie a princípu spravodlivosti vo vzťahu k pacientom, bez ohľadu na ich ekonomický status a vierovyznanie výrazne ovplyvňuje mieru dôvery medzi zdravotníkom a pacientom (Andersson et al., 2021; Babac et al., 2019; Buchman et al., 2016; Dang et al., 2017; Gonzales et al., 2017; Isangula et al., 2020; Lesnovska et al., 2017; Mercer et al., 2019; Murphy et al., 2020; Peltola et al., 2018; Perron et al., 2004; Walker et al., 2017). Pacienti vnímajú dôverný vzťah ako možnosť otvorene hovoriť o svojom ochorení a každodennom

živote. Očakávajú prejavenie empatie, aktívne počúvanie, nespochybňovanie svojich informácií a obhajovanie záujmov a potrieb. Tiež je pre nich dôležité, aby si zdravotník pamätal ich mená, čím sa zdôrazňuje potreba rešpektovania pacienta ako osoby. Vyzdvihujú dôležitosť uznávania vlastnej autonómie, rešpektovania ich vyjadrení a skúseností, nebagatelizovanie zdravotných ťažkostí. Významná je možnosť pacientov aktívne participovať na starostlivosti; niektorí však uprednostňujú skôr pasívnu participáciu, čím sa opäť dostávame k dôležitosti individuálneho prístupu pri budovaní dôvery.

Narušenie a strata dôvery

Téma *Narušenie a strata dôvery* má negatívny charakter a obsahuje šesť subtém: *Diskontinuita starostlivosti*; *Spochybňovanie pacienta a neschopnosť zvládnuť jeho problémy*; *Nenaplnené očakávania a potreby pacienta*; *Obviňovanie a stigmatizácia pacienta*; *Neochota a nezáujem zdravotníkov*; *Nedostatočná informovanosť*.

Diskontinuita starostlivosti zo strany zdravotníkov pri poskytovaní starostlivosti významne prispieva k formovaniu nedôvery zo strany pacienta (Andersson et al., 2021; Babac et al., 2019; Dang et al., 2017; Ledford et al., 2010; Lesnovska et al., 2017; Murphy, Salisbury, 2020; Nygårdh et al., 2011; Tavers et al., 2020; Zotterman et al., 2016). Nedostatok času považovali pacienti za ľahostajnosť zo strany zdravotníkov. V situácii, keď bol ošetrojúci lekár nahradený v krátkom čase iným, pacienti neboli schopní psychicky sa na zmenu pripraviť. *Diskontinuita starostlivosti* bola pre nich frustrujúca, lebo v prípade nového poskytovateľa starostlivosti boli konfrontovaní s rovnakými otázkami ohľadom ochorenia, čo vyvolávalo pocity situáčnej úzkosti až paniky. Zároveň vyjadrovali obavy z odmietnutia alebo apatie zo strany „nového“ zdravotníka. Boli znepokojení nejednotnými radami a neochotou lekára prevziať za nich zodpovednosť; vzťahová diskontinuita viedla k podceňovaniu ich problémov.

Spochybňovanie pacienta a neschopnosť zvládnuť jeho problémy sa prejavuje najmä v neochote akceptovať informácie podané pacientmi, čo im môže spôsobiť utrpenie, ktoré viedlo k prežívaniu bezmocnosti a pocitu, že lekár nie je ochotný obhajovať ich potreby (Buchman et al., 2016; Isangula et al., 2020; Ledford et al., 2010; Peltola et al., 2018; Walker et al., 2017). Pokiaľ sú pacienti presvedčení o tom, že im lekár nerozumie, resp. nedostavil sa

u nich požadovaný účinok liečby, vyjadrujú pochybnosti k jeho odporúčaniam/ordináciám, čo vedie k neistote a nespokojnosti so starostlivosťou. Nedôveryhodný je aj lekár, ktorý sa nevenuje obavam pacientov, poprípade sa dopustí chyby v preskripcii liekov a nie je schopný ospravedlniť sa za svoje chyby.

Nenaplnené očakávania a potreby pacienta boli opísané najmä v situáciách keď pacientom neboli podané lieky, ktoré mali dostať, alebo zdravotník nedodržiaval sľuby, nepriamo sa pacientom vyhrážal a vystavoval ich stresu (Babac et al., 2019; Buchman et al., 2016; Isangula et al., 2020; Kvangarsnes et al., 2013; Lesnovska et al., 2017; Tavers et al., 2020). Nepodanie potrebnej terapie, neochota pomôcť, neschopnosť vcítiť sa do pocitov pacienta a rešpektovať jeho autonómiu, nedostatočná snaha lekára o aktívnu participáciu pacienta na starostlivosti vedú k znižovaniu dôvery k zdravotníkom. K strate dôvery prispieva aj nesúlad v názoroch pacienta a lekára, ignorácia pacientových vyjadrení a obviňovanie z konfabulácie. Dôvera môže byť oslabená aj pri nesprávne stanovených diagnózach, čo vedie k zmene ošetrojúceho lekára. K nenaplneniu očakávaní a potrieb pacienta dochádza aj vtedy, keď nie je možné podávať liečbu.

Obviňovanie a stigmatizácia pacienta bola zdôraznená v súvislosti s nedôverou lekára voči zdravotným problémom pacienta (Andersson et al., 2021; Buchman et al., 2016; Edwards, 2003; Isangula et al., 2020; Murphy et al., 2020), pričom došlo k obviňovaniu v súvislosti s nedodržiavaním liečby. Ďalším nepriaznivým aspektom v budovaní dôvery je stigmatizovanie pacientov z hľadiska ekonomického statusu či náboženskej príslušnosti.

Neochota a nezáujem zdravotníkov súviseli s oslabením dôvery vzhľadom k predchádzajúcej negatívnej skúsenosti so zdravotníckym systémom, nízkou zaangažovanosťou zdravotníkov, žartovaním a osobnými rozhovormi pred pacientmi (Andersson et al., 2021; Babac et al., 2019; Buchman et al., 2016; Edwards, 2003; Gonzalez et al., 2017; Green et al., 2020; Isangula et al., 2020; Kvangarsnes et al., 2013; Ledford et al., 2010; Lesnovska et al., 2017; Mercer et al., 2019; Nygårdh et al., 2012; Peltola et al., 2018; Tavers et al., 2020; Walker et al., 2017). Taktiež nedostatok porozumenia, úprimnosti, času na pacienta, neochota viesť dialóg, venovanie sa písaniu alebo telefonovaniu počas rozhovoru s pacientom namiesto jeho počúvania, ale aj nedostatočné emocionálne zručnosti

ako sú nedostatok empatie a ohľaduplnosti, povýšeňské správanie oslabujú dôveru pacientov. Podobne aj neprimeraná neverbálna komunikácia, negatívny postoj zdravotníkov k ochoreniu pacienta, ktorý vyvoláva strach v súvislosti s návštevou zdravotníckeho zariadenia.

Nedostatočná informovanosť výrazne redukuje dôveru k zdravotníkom a súvisí s neposkytnutím dostatočných a presných informácií týkajúcich sa diagnostiky a liečby ochorenia, ako aj s informáciami vyjadrenými nešetrným spôsobom (Andersson et al., 2021; Babac et al., 2019; Edwards, 2003; Gonzalez et al., 2017; Green et al., 2020; Isangula et al., 2020; Ledford et al., 2010; Nygårdh et al., 2012; Peltola et al., 2018; Tavers et al., 2020). Dôveru oslabuje aj poskytovanie protichodných informácií, používanie odbornej terminológie, verbálny harašment, karhanie, nerešpektovanie rodného jazyka. Nedôveryhodnosť lekára umocňuje vyhýbavé správanie a zverejňovanie dôverných informácií o pacientovi.

DISKUSIA

Cieľom štúdie bolo syntetizovať výsledky kvalitatívnych štúdií zameraných na dôveru z perspektívy pacientov s chronickým ochorením vo vzťahu k zdravotníkom. Dôvera medzi zdravotníkom a pacientom je považovaná za esenciálny prvok poskytovania zdravotnej starostlivosti. Podľa Hupcey et al. (2001) dôvera pochádza z identifikácie potreby, ktorú nie je možné splniť bez pomoci iného, a to nesie so sebou riziko, či zapojením druhého dôjde k naplneniu tejto potreby. Výsledkom dôvery je teda vyhodnotenie zhody medzi očakávaniami pacienta a činmi a skutočným správaním zdravotníka, pre ktorého je dôležité pochopiť faktory, ktoré môžu uľahčiť a podporiť, alebo narušiť a oslabiť dôveru pacientov.

V literárnom prehľade sme identifikovali pozitívne a negatívne faktory, ktoré ovplyvňujú dôveru pacientov s chronickým ochorením, pričom nami zistené výsledky podporujú aj zahraničné štúdie (Battaglia et al., 2003; Gilson, 2006). V rámci pozitívnych faktorov sa ukazuje ako najvýznamnejšie správanie zdravotníkov, ktoré sa prejavuje najmä v komunikácii s pacientmi, čo aj Rørtveit et al. (2015) považujú za významné pre vytvorenie dôvery. V subtémach Adekvátne správanie, Efektívna komunikácia a adekvátna informovanosť účastníkov uvádzali spoľahlivosť, optimizmus, láskavosť, rešpekt, vrácnosť, srdečnosť, jemnosť, porozu-

menie, transparentné a jednoznačne podávané informácie v jazyku, ktorému pacient rozumie a pochopenie problémov pacientov ako nevyhnuté atribúty dôvery (Isangula et al., 2020). Ďalšími pozitívnymi prvkami v tomto kontexte sú angažovanosť, počúvanie, porozumenie a informovanosť, tiež zdieľanie skúseností a emócií (Bagatalia et al., 2003). Aj gestá a reč tela spojená so starostlivosťou, pozornosťou, srdečnosťou a trpezlivosťou naznačuje dôveryhodný charakter vzťahu medzi pacientom s chronickým ochorením a zdravotníkom (Seetharamu et al., 2007).

Medzi dôležité negatívne faktory, ktoré naopak dôveru oslabujú, môžeme považovať neprofesionálne správanie a komunikácia (napr. nízka angažovanosť zdravotníkov, povýšenecké správanie, neochota viesť dialóg), spochybňovanie pacienta a neschopnosť zvládnuť jeho problémy (napr. chyby v preskripcii, neochota obhajovať záujmy pacientov) (Babac et al., 2019). Väčšina participantov v našom literárnom prehľade spájala stratu dôvery v poskytovateľa starostlivosti s ich nedostatočnými kompetenciami, ale tiež s chybami lekárov a sestier (Rasiah et al., 2020). Strata dôvery v zdravotníkov sa premieta do vzťahu ako ustráchanosť, ostražitosť, prehlbovanie negatívnych pocitov, hnev. Strata dôvery následne vedie k zníženej adherencii k liečbe, jej odmietaniu, zníženej participácii pacientov na starostlivosti a negatívne ovplyvňuje aj celkový manažment chronického ochorenia (Sousa-Duarte et al., 2020). Participantí analyzovaných štúdií opisovali, že zdravotníci ich obviňovali, spochybňovali nimi podané informácie, ba dokonca opisovali aj pocit stigmatizácie (Andersson et al., 2021). Thom, Campbell (1997) identifikovali faktory ako dôkladnosť, svedomitosť a odbornosť počas diagnostického procesu, porozumenie individuálnym skúsenostiam pacienta, poskytovanie primeranej a účinnej liečby, jasnú komunikáciu, budovanie partnerstva. Úprimnosť a úcta k pacientovi sa môžu objavovať v pozitívnom, ako aj negatívnom význame pri vytváraní dôvery a uvedené faktory sa v takomto význame objavujú aj v našich výsledkoch.

Za limity našej štúdie môžeme považovať vyhládanie v databázach na základe inštitucionálnej dostupnosti, limitovanie vyhládania štúdií len v anglickom jazyku, prevahu štúdií zameraných na problematiku dôvery medzi pacientmi a lekármi.

ZÁVER

Dôvera je nevyhnutým aspektom starostlivosti

a môže byť posilňovaná alebo oslabovaná v interakcii so zdravotníkmi. U pacientov s chronickým ochorením je nadviazanie dôverného vzťahu kľúčové a významné pre celkový manažment chronického ochorenia. Identifikácia faktorov ovplyvňujúcich budovanie dôvery z perspektívy pacientov aj v našom sociokultúrnom prostredí a skúmanie dôvery vo vzťahu pacientov a zdravotníkov prostredníctvom kvalitatívneho výskumu by mohla prispieť k riešeniu tejto problematiky.

Pod'akovanie

Štúdia vznikla ako súčasť riešenia projektu VEGA 1/0276/21: Dôvera vo vzťahu medzi pacientom s chronickým ochorením a zdravotníckym pracovníkom: interpretatívno fenomenologická analýza.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

ANDERSSON K., SHADMAN A., STRANG S.

Trustful communication in the medical encounter: Perspectives of immigrated people with epilepsy. *Chronic Illness*. 2021; 17 (3): 159-172.

BABAC A., VON FRIEDRICH S., LITZKENDORF S. et al. Integrating patient perspectives in medical decision-making: a qualitative interview study examining potentials within the rare disease information exchange process in practice. *BMC Medical Informatics and Decision Making*. 2019; 19: 188.

BATTAGLIA T.A., FINLEY E., LIEBSCHUTZ J.M. Survivors of intimate partner violence speak out: trust in the patient-provider relationship. *Journal of General Internal Medicine*. 2003; 18: 617-623.

BUCHMAN D.Z., HO A., ILLES J. You present like a drug addict: patient and clinician perspectives on trust and trustworthiness in chronic pain management. *Pain Medicine*. 2016; 17 (8): 1394-1406.

CASP qualitative checklist. *Critical Appraisal Skills Programme* [online]. 2018. Dostupné na: https://casp-uk.b-cdn.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Qualitative-Checklist-2018_fillable_form.pdf CASP.

DANG B.N., WESTBROOK R.A., NJUE S.M. et al. Building trust and rapport early in the new doctor-patient relationship: a longitudinal qualitative study. *BMC Medical Education*. 2017; 17 (1): 32.

DIXON-WOODS M., AGARWAL S., JONES D. et al. Synthesising qualitative and quantitative evidence: a review of possible methods. *Journal of*

- Health Services Research & Policy*. 2005; 10 (1): 45-53.
- EDWARDS L.M. Why patients do not comply with compression bandaging. *British Journal of Nursing*. 2003; 12 (11 Suppl): S5-S16.
- GILSON L. Trust in health care: theoretical perspectives and research needs. *Journal of Health Organization and Management*. 2006; 20 (5): 359-375.
- GONZALEZ K., ULLOA J.G., MORENO G. et al. Intensive procedure preferences at the end of life (EOL) in older Latino adults with end stage renal disease (ESRD) on dialysis. *BMC Nephrology*. 2017; 18: 319.
- GREEN B.N., JOHNSON C.D., ADAMS A. Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: secrets of the trade. *Journal of Chiropractic Medicine*. 2006; 5 (3): 5-19.
- GREEN A.R., BOYD C.M., GLEASON K.S. et al. Designing a primary care-based deprescribing intervention for patients with dementia and multiple chronic conditions: a qualitative study. *Journal of General Internal Medicine*. 2020; 35 (12): 3556-3563.
- HUPCEY J.E., PENROD J., MORSE J.M. et al. An exploration and advancement of the concept of trust. *Journal of Advanced Nursing*. 2001; 36 (2): 282-293.
- ISANGULA K.G., SEALE H., JAYASURIYA R. et al. What factors shape doctors' trustworthiness? Patients' perspectives in the context of hypertension care in rural Tanzania. *Rural and Remote Health*. 2020; 20 (3): 5826.
- JIRAPORNCHAOREN W., PINYOPORNPA-NISH K., JUNJOM K. et al. Exploring perceptions, attitudes and beliefs of Thai patients with type 2 diabetes mellitus as they relate to medication adherence at an out-patient primary care clinic in Chiang Mai, Thailand. *BMC Family Practice*. 2020; 21 (1): 173.
- KVANGARSNES M., TORHEIM H., HOLE T. et al. Narratives of breathlessness in chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Clinical Nursing*. 2013; 22 (21-22): 3062-3070.
- LEDFOURD C.J.W., VILLAGRAN M.M., KREPS G.L. et al. Practicing medicine: Patient perceptions of physician communication and the process of prescription. *Patient Education and Counseling*. 2010; 80 (3): 384-392.
- LESNOVSKA P.K., FRISMAN G.H., HJORTSWANG H. et al. Health care as perceived by persons with inflammatory bowel disease – a focus group study. *Journal of Clinical Nursing*. 2017; 26 (21-22): 3677-3687.
- MERCER K., GUIRGUIS L., BURNS C. et al. Exploring the role of teams and technology in patients' medication decision making. *Journal of the American Pharmacists Association*. 2019; 59 (2): 35-46.
- MURPHY M., SALISBURY C. Relational continuity and patients' perception of GP trust and respect. *British Journal of General Practice*. 2020; 70 (698): e676-e683.
- MURRAY B., McCRONE S. An integrative review of promoting trust in the patient-primary care provider relationship. *Journal of Advanced Nursing*. 2015; 71 (1): 3-23.
- NYGÅRDH A., MALM D., WIKBY K. et al. The experience of empowerment in the patient-staff encounter: the patient's perspective. *Journal of Clinical Nursing*. 2012; 21 (5-6): 897-904.
- OUZZANI M., HAMMADY H., FEDOROWICZ Z et al. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*. 2016; 5: 210.
- PAGE M.J., MCKENZIE J.E., BOSSUYT P.M. et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021; 372: 71.
- PELTOLA M., ISOTALUS P., ÅSTEDT-KURKI P. Patients' interpersonal communication experiences in the context of type 2 diabetes care. *Qualitative Health Research*. 2018; 28 (8): 1267-1282.
- PERRON N.J., FAVRAT B., VANNOTTI M. Patients who attend a private practice vs a university outpatient clinic: how do they differ? *Swiss Medical Weekly*. 2004; 134 (19-50): 730-737.
- RASIAH S., JAAFAR S., YUSOF S. et al. A study of the nature and level of trust between patients and healthcare providers, its dimension and determinants: a scoping review protocol. *BMJ Open*. 2020; 10 (1): e028061.
- ROBINSON C.A. Trust, health care relationships, and chronic illness: a theoretical coalescence. *Global Qualitative Nursing Research*. 2016; 3: 1-11.
- RØRTVEIT K., HANSEN B.S., LEIKNES I. et al. Patients' experiences of trust in the patient-nurse relationship—a systematic review of qualitative studies. *Open Journal of Nursing*. 2015; 5 (3): 195-209.

- SOUSA-DUARTE F., BROWN P., MENDES A.M. Healthcare professionals' trust in patients: A review of the empirical and theoretical literatures. *Sociology Compass*. 2020; 14 (10): 1-15.
- SEETHARAMU N., IQBAL U., WEINER J.S. Determinants of trust in the patient-oncologist relationship. *Palliative & Supportive Care*. 2007; 5 (4): 405-409.
- TAVERS N., HUNT K.J., JARRETT N. et al. The preferences of patients with chronic obstructive pulmonary disease are to discuss palliative care plans with familiar respiratory clinicians, but to delay conversations until their condition deteriorates: A study guided by interpretative phenomenological analysis. *Palliative Medicine*. 2020; 34 (10): 1361-1373.
- TORHEIM H., GJENGEDAL E. How to cope with the mask? Experiences of mask treatment in patients with acute chronic obstructive pulmonary disease-exacerbations. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2010; 24 (3): 499-506.
- THOM D.H., CAMPBELL B. Patient-physician: an exploratory study. *The Journal of Family Practice*. 1997; 44 (2): 169-176.
- WALKER R.C., WALKER S., MORTON R.L. et al. Maori patients' experiences and perspectives of chronic kidney disease: a New Zealand qualitative interview study. *BMJ Open*. 2017; 7 (1): e013829.
- ZOTTERMAN A.N., SKÄR L., OLSSON M. et al. Being in togetherness: meanings of encounters within primary healthcare setting for patients living with long-term illness. *Journal of Clinical Nursing*. 2016; 25 (19-20): 2854-2862.