



**Politechnika Białostocka
Wydział Inżynierii Zarządzania**

Katedra Marketingu i Przedsiębiorczości

dr Katarzyna Krot

AUTOREFERAT

**Załącznik do wniosku o przeprowadzenie postępowania habilitacyjnego
w dziedzinie nauk ekonomicznych w dyscyplinie nauki o zarządzaniu**

Białystok 2019

Spis treści

1. Imię i nazwisko	3
2. Posiadane dyplomy, stopnie naukowe/artystyczne – z podaniem nazwy, miejsca i roku ich uzyskania oraz tytułu rozprawy doktorskiej.....	3
3. Informacje o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych/artystycznych	4
4. Wskazanie osiągnięcia wynikającego z art. 16 ust. 2 ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. 2017 r. poz. 1789) ..	4
4.1 Tytuł osiągnięcia naukowego.....	4
4.2 Omówienie celu naukowego ww. pracy i osiągniętych wyników wraz z omówieniem ich ewentualnego wykorzystania	5
4.2.1. Przesłanki podjęcia tematu i luka badawcza.....	5
4.2.1. Cel naukowy pracy, hipotezy i metody	7
4.2.2. Osiągnięte wyniki i ich wykorzystanie.....	11
4.2.3. Wkład głównego osiągnięcia do nauk o zarządzaniu	17
5. Omówienie pozostałych osiągnięć naukowo - badawczych	21
6. Syntetyczna charakterystyka działalności naukowej, dydaktycznej, organizacyjnej i popularyzatorskiej	35
7. Wskaźniki dokonań naukowo-badawczych	37
Bibliografia.....	38

1. Imię i nazwisko

Katarzyna Krot

2. Posiadane dyplomy, stopnie naukowe – z podaniem nazwy, miejsca i roku ich uzyskania oraz tytułu rozprawy doktorskiej

- 2.1 **Doktor nauk ekonomicznych w zakresie nauk o zarządzaniu**; stopień doktora nadany przez Radę Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego 20 grudnia 2006, tytuł rozprawy: *Jakość usług medycznych w opinii pacjentów szpitali ginekologiczno-położniczych*, napisana pod kierunkiem dr. hab. Wiesława Tadeusza Popławskiego, prof. PB (recenzenci: prof. zw. dr hab. Grzegorz Karasiewicz, prof. zw. dr hab. Jacek Otto)
- 2.2 Dyplom ukończenia pięcioletnich **studiów magisterskich na kierunku ekonomia na Wydziale Ekonomicznym Uniwersytetu w Białymstoku** w latach 1993-1998; tytuł pracy magisterskiej *Segmentacja rynku na przykładzie przedsiębiorstwa Biawar Sp. z o.o.*, której promotorem był prof. zw. dr hab. Andrzej Jasiński; dyplom ukończenia studiów wyższych magisterskich uzyskany 30 czerwca 1998 roku
- 2.3 Studia magisterskie na **Wydziale Historyczno-Socjologicznym na kierunku socjologia**, Uniwersytet w Białymstoku, lata 1998-2004
- 2.4 Dyplom ukończenia rocznych **Studiów Podyplomowych Zarządzanie badaniami naukowymi i pracami rozwojowymi**, Wyższa Szkoła Ekonomiczna w Białymstoku (świadectwo ukończenia studiów podyplomowych zostało wydane 2 lipca 2011 roku)
- 2.5 **Certyfikaty potwierdzające kompetencje z zakresu analizy statystycznej**
 - certyfikat ukończenia 22 Warsztatów Analitycznych zorganizowanych przez Predictive Solutions; zakres tematyczny: drzewa klasyfikacyjno-regresyjne (CRT) i lasy losowe; 6-7 luty 2018
 - certyfikat ukończenia Zimowych Warsztatów Analitycznych PASW Statistics, zorganizowanych przez Predictive Solutions; zakres tematyczny: modelowanie strukturalne, od teorii do prezentacji wyników, 4-5 luty 2014
 - certyfikat ukończenia Zimowych Warsztatów Analitycznych PASW Statistics, zorganizowanych przez Predictive Solutions; zakres tematyczny: porównywanie nieliniowych i liniowych modeli regresji, 5-6 luty 2013
 - certyfikat ukończenia Letnich Warsztatów Analitycznych zorganizowanych przez Predictive Solutions; zakres tematyczny: wprowadzenie do modelowania równań strukturalnych; 6-7 wrzesień 2010

- certyfikat ukończenia całorocznego kursu „Biostatystyka” zorganizowanego przez Uniwersytet Medyczny w Białymstoku; kurs obejmował 108 godz. dydaktycznych w terminie 27.02-20.06.2010
- certyfikat ukończenia szkolenia pt. „Zarządzanie wiedzą i informacją oraz prowadzenie badań i analiz rynkowych z użyciem SPSS” (80 h - certyfikat wydany przez Centrum Szkoleniowe SPSS Polska w dniu 13 grudnia 2009 roku)

3. Informacje o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych

- 3.1 Od 01.09.2008 do dziś - adiunkt na Wydziale Inżynierii Zarządzania Politechniki Białostockiej (Katedra Marketingu i Przedsiębiorczości)
- 3.2 Od 1 października 1998 do 31.08.2008 - asystent w Instytucie Marketingu i Zarządzania, przekształcony później w Wydział Inżynierii Zarządzania Politechniki Białostockiej (Katedra Marketingu i Przedsiębiorczości)

4. Wskazanie osiągnięcia wynikającego z art. 16 ust. 2 ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. 2017 r. poz. 1789)

4.1 Tytuł osiągnięcia naukowego

Tytuł osiągnięcia naukowego:

Zaufanie w relacji lekarz-pacjent. Implikacje dla zarządzania zakładem opieki zdrowotnej

Osiągnięcie zostało opublikowane w monografii:

Katarzyna Krot, *Zaufanie w relacji lekarz-pacjent. Implikacje dla zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2019, ISBN 978-83-7556-927-8, liczba stron: 336.

Recenzenci wydawniczy: prof. zw. dr hab. Aldona Glińska-Noweś, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
dr hab. Monika Dobska, prof. nadzw. UEP, Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu

4.2 Omówienie celu naukowego ww. pracy i osiągniętych wyników wraz z omówieniem ich ewentualnego wykorzystania

4.2.1. Przesłanki podjęcia tematu i luka badawcza

Zaufanie decyduje o sukcesie wielu przedsięwzięć i transakcji między podmiotami. Można powiedzieć, że zaufanie – jako postawa i jej przejawy w postaci działań – pośrednio wpływają na skuteczność podejmowanych aktywności. Mimo że zaufanie należy do „miękkich”, trudniejszych do zbadania zjawisk, zyskuje sobie coraz większą popularność wśród badaczy.

Kontekst badawczy przyjęty w monografii będącej osiągnięciem naukowym, tzn. system opieki zdrowotnej i relacja lekarz-pacjent, wydaje się być z zaufaniem nierozzerwalnie związany. Wynika to ze specyfiki usług medycznych, które należą do usług profesjonalnych, gdzie istnieje znacząca asymetria informacyjna pomiędzy partnerami relacji, a o charakterze tej relacji decydują nie tylko umiejętności lekarza, ale również jego osobowość (Rogoziński 1998). Ponadto usługi medyczne – ze względu na wagę problemów rozwiązywanych w gabinecie lekarskim – wiążą się z większym, niż w przypadku innych usług, zaangażowaniem klientów/pacjentów, niepewnością, a w efekcie potrzebą ufania lekarzowi.

Zaufanie jest kluczowym pojęciem i zagadnieniem interesującym teoretyków i praktyków zajmujących się marketingiem relacyjnym (Gronroos, 1994; Rogoziński 2000; Otto 2004). Zaufanie świadczy o jakości relacji między usługodawcą a usługobiorcą, zapewnia jej trwałość, satysfakcję i lojalność klientów (Sirdeshmukh, Singh, Sabol 2002) oraz ich zaangażowanie (Morgan, Hunt 1994).

Zaufanie do lekarza pełni dwojaką funkcję. Z jednej strony ma znaczenie terapeutyczne, ułatwiając pacjentom otwartość w kontaktach z lekarzem, pomagając uwierzyć w możliwość wygrania z chorobą oraz zwiększyć samodzielność i skuteczność w radzeniu sobie z nią (Anderson 1998). Z drugiej strony usługom medycznym i relacji, jaka tworzy się pomiędzy lekarzem a pacjentem, często towarzyszy wysoki poziom niepewności i ryzyka. Dlatego też zaufanie staje się dla pacjentów kierunkowskazem postępowania i przesłanką zachęcającą do zachowań przynoszących korzyści dla wszystkich stron. W przypadku pacjenta zaufanie może wpływać na satysfakcję (Zineldin 2015), przestrzeganie zaleceń (Blackstock i in. 2012), udział we współtworzeniu procesu leczenia (Gruber, Frugone 2011). Dla pacjentów zaufanie do lekarza jest również wartością łagodzącą ewentualne niepowodzenia w procesie leczenia, zapewniającą przewidywalność i poczucie bezpieczeństwa oraz ułatwiającą dialog. Dla lekarza zaufanie pacjenta jest motywacją do pracy, daje satysfakcję z pracy i większe zaangażowanie (Grembowski i in. 2005).

Z punktu widzenia zakładów opieki zdrowotnej ważne są wszystkie powyższe korzyści (m.in. zadowolony i lojalny pacjent oraz zadowolony i lojalny lekarz), bowiem te przekładają się na realne wyniki. Oprócz tego, dzięki zaufaniu pacjentów, placówki opieki zdrowotnej osiągają większą zyskowność (Zhou i in. 2017), trwałe relacje, niższe koszty marketingowe i transakcyjne (Taylor-Gooby 2005), pozytywny wizerunek (Berry 1995) oraz są rekomendowane innym potencjalnym usługobiorcom (Assem, Dulewicz 2015). Jak twierdzi K. Rogoziński (2000),

zaufanie jest potrzebne w całym cyklu życia nabywcy, tzn. kształtuje zachowania pacjentów przed skorzystaniem z usługi i w jej trakcie oraz modyfikuje zachowania również po opuszczeniu gabinetu.

Zaufanie do lekarza ma więc wpływ na zarządzanie placówką opieki zdrowotnej, determinując jej działania marketingowe oraz będąc jej niematerialnym strategicznym zasobem (Rudzewicz 2009). Wiedza o zaufaniu umożliwia bowiem lepsze zrozumienie sposobu rozwijania kapitału klienckiego i rozpoznanie procesów organizacyjnych oraz pozwala na przygotowanie narzędzi służących bardziej skutecznemu zarządzaniu organizacją (Siemieniako, Mitręga 2018).

Ważne z punktu widzenia powyższych korzyści jest poznanie „struktury” zaufania do lekarza oraz jego uwarunkowań. Taka wiedza pozwoli lekarzom i całej placówce świadomie budować swoją wiarygodność w oczach pacjenta. Konieczna jest więc identyfikacja wymiarów zaufania z perspektywy współczesnego pacjenta.

W literaturze podkreśla się również uzależnienie współczesnych organizacji od ekosystemu (Payne, Frow 2017), do którego przynależą, co w połączeniu z multiprzyczynowością zaufania skłania do uwzględniania w badaniach zewnętrznych wpływów na zaufanie do lekarza. A. Fulmer i K. Dirks (2018) uwypuklili wielopoziomowość zaufania, tzn. że zaufanie do drugiej strony podlega wpływom na wielu różnych poziomach analizy, począwszy od poziomu indywidualnego, poprzez poziom relacji, sieci, aż po wartości na poziomie instytucjonalnym czy systemowym. Pomimo tej wielopoziomowej charakterystyki zaufania całościowe badania uwzględniające poszczególne poziomy realizowane są stosunkowo rzadko. Natomiast badania wybranych poziomów zaufania, ignorujące uwarunkowania wynikające z innych poziomów analizy, są bardzo popularne (Fulmer, Dirks 2018). Wielopoziomowe ujęcie ma szczególne znaczenie poznawcze w analizie relacji zachodzących w systemie ochrony zdrowia. Pozwala bowiem na holistyczne poznanie zaufania, kompleksową analizę zależności pomiędzy podmiotami systemu ochrony zdrowia oraz ustalenie czynników, które istotnie modyfikują zaufanie do lekarza.

Rozległe powiązania placówek opieki zdrowotnej z otoczeniem, w tym budowanie opartej na zaufaniu relacji z pacjentem/klientem zgodnie z koncepcją marketingu relacyjnego, wskazują na silną zależność tych organizacji od zasobów czerpanych z otoczenia i jednocześnie możliwość wykorzystania tych zasobów do realizacji celów rozwojowych placówek. Ten sposób podejścia do badanych zagadnień nawiązuje do szkoły zależności od zasobów (Frączkiewicz-Wronka, Szymaniec 2012; Marczevska 2016).

W dotychczasowych badaniach w niewystarczającym stopniu proponowane modele badawcze i konkluzje obejmują zmienne będące efektem zmian współczesnej pozycji lekarza i pacjenta. Obecnie pozycja lekarza, jako strony relacji, zmienia się z autorytarnej i dominującej w partnerską (Gruber, Frugone 2011). Od lekarza wymaga się odpowiedzialności za zbudowanie więzi z pacjentem z wkomponowaną współpracą i dzieleniem się wiedzą przez obie strony relacji. Uwzględnienie w badaniach tej nowej perspektywy - odnoszącej się do zmieniającej się roli zarówno lekarza, jak i pacjenta - dostarczy placówkom opieki zdrowotnej wiedzy dotyczącej

nie tylko istoty i mechanizmu budowania zaufania, ale również kierowania pracownikami/lekarzami odpowiedzialnymi za współpracę z pacjentami.

Podsumowując, na podstawie przeglądu literatury sformułowałam **lukę badawczą**, która przejawia się jako niewystarczająca wiedza o:

- istocie zaufania w relacji lekarz-pacjent (wymiarach tego zaufania);
- złożoności zaufania do lekarza wynikającej z wielopłaszczyznowego oddziaływania na to zaufanie pozostałych elementów systemu opieki zdrowotnej oraz innych składowych otoczenia;
- uwarunkowaniach i następstwach zaufania do lekarza, wynikających ze zmieniającej się pozycji lekarza i pacjenta, które wpływają na zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej.

4.2.1. Cel naukowy pracy, hipotezy i metody

Biorąc pod uwagę opisane wyżej przesłanki i zidentyfikowane luki poznawcze w teorii nauk o zarządzaniu, zdefiniowałam cel moich dociekań naukowych. **Głównym celem poznawczym** jest więc opracowanie modelowego ujęcia zaufania w relacji lekarz-pacjent przy uwzględnieniu wielopoziomowych uwarunkowań tego zaufania, a także jego następstw w kontekście zmian współczesnej roli lekarza i pacjenta mających kluczowe znaczenie w zarządzaniu placówką opieki zdrowotnej. Uznałam również, że szczególnie istotne jest określenie kierunku i siły relacji pomiędzy poszczególnymi uwarunkowaniami a zaufaniem do lekarza oraz pomiędzy zaufaniem a jego następstwami.

Szczegółowymi celami poznawczymi publikacji są więc:

- 1) identyfikacja wymiarów zaufania w relacji lekarz-pacjent i jego pomiar,
- 2) identyfikacja wielopoziomowych uwarunkowań zaufania w relacji lekarz-pacjent,
- 3) identyfikacja następstw zaufania do lekarza,
- 4) konstrukcja modelu teoretycznego i jego weryfikacja, czyli określenie kierunków i siły zależności pomiędzy uwarunkowaniami a zaufaniem do lekarza oraz pomiędzy zaufaniem a jego następstwami.

Tak sformułowany cel wynikał z potrzeby systematyzacji wiedzy na temat zaufania w relacji lekarz-pacjent i jego wpływu na zarządzanie placówką ochrony zdrowia oraz wielopłaszczyznowego oddziaływania otoczenia na to zaufanie i w konsekwencji na zarządzanie placówką. Biorąc pod uwagę powyższe cele, uznałam, że badanie zaufania będzie dotyczyć relacji usługowej pomiędzy lekarzem – przedstawicielem usługodawcy a pacjentem – usługobiorcą traktowanym jako klient.

W obszarze **metodologicznym celem** monografii jest przygotowanie i weryfikacja narzędzia badawczego, umożliwiającego wielowymiarowy pomiar zaufania do lekarza oraz zawierającego skale służące do pomiaru pozostałych konstruktów uwzględnionych w modelu. **W aspekcie praktycznym** celem jest dostarczenie menedżerom rekomendacji odnoszących się do zarządzania zakładem opieki zdrowotnej i dotyczących istoty zaufania do lekarza oraz sposobów jego budowania, związanych z koniecznością adaptacji placówek do dynamicznego otoczenia, a także wytycznych co do sposobów wykorzystania potencjału zaufania w relacji

lekarz-pacjent do generowania silnej pozycji rynkowej tych placówek. Praca ma również uświadamiać kadrze zarządzającej zakładami opieki zdrowotnej wieloaspektowość roli lekarzy, nie tylko jako profesjonalistów medycznych, ale również jako personelu odpowiedzialnego za kreowanie opartej na zaufaniu relacji z pacjentem i w konsekwencji wpływającego na sposób funkcjonowania placówek.

W pracy przyjąłem modelowe podejście, traktując zaufanie do lekarza, podobnie jak przedsiębiorstwo według ujęcia neoklasycznego, jako „czarną skrzynkę”, próbując poznać to, co dzieje się „na wejściu” i „na wyjściu” tej skrzynki (Lichtarski 2001, s. 27). Biorąc pod uwagę nakreślony cel opracowania i pogłębiony przegląd literatury, w rozważaniach teoretycznych oraz w badaniu empirycznym uwzględniono:

- jako uwarunkowania zaufania do lekarza: zaufanie do systemu, zaufanie do technologii i metod leczenia, partycypację pacjentów oraz wizerunek medialny lekarzy i systemu opieki zdrowotnej;
- jako następstwa zaufania do lekarza: satysfakcję i lojalność pacjentów oraz ich chęć rekomendowania lekarza, przestrzeganie zaleceń lekarskich, poszukiwanie informacji o zdrowiu w Internecie.

Przesłankami wyboru powyższych zmiennych wykorzystanych w modelu były:

- zależność pomiędzy zaufaniem a daną determinantą potwierdzoną wcześniejszymi badaniami i opisem w literaturze,
- dobór zapewniający holistyczne podejście do zaufania do lekarza,
- zmiany w zachowaniach pacjentów i lekarzy wynikające ze współczesnej i dynamicznie zmieniającej się sytuacji pacjenta i lekarza,
- konieczność uwzględnienia wielopłaszczyznowego kontekstu zaufania do lekarza,
- potencjał implikacyjny/wdrożeniowy umożliwiający osiągnięcie korzyści z zakresu zarządzania placówką.

Należy jednak pamiętać, że przyjęte założenia badawcze i model zaufania do lekarza nie w pełni wyjaśniają badane zjawisko, m.in. ze względu na ograniczoną liczbę zmiennych w modelu. Przede wszystkim nie uwzględniono miejsca świadczenia usługi medycznej w systemie opieki zdrowotnej. Może się bowiem okazać, że zupełnie inaczej zależności mogą zachodzić w podstawowej, ambulatoryjnej i szpitalnej opiece zdrowotnej.

Realizacja założonych celów, obok pogłębionych studiów literaturowych, wiązała się z realizacją badań pierwotnych, zarówno o charakterze jakościowym, jak i ilościowym. Połączenie tych dwóch podejść badawczych owocowało lepszym zrozumieniem i bardziej wnikliwą obserwacją analizowanych zjawisk i procesów.

Celem głównym badań była weryfikacja modelu budowania zaufania w relacji lekarz-pacjent. Model ten obejmuje identyfikację wielopoziomowych uwarunkowań wpływających na to zaufanie oraz określenie jego konsekwencji, mających wpływ na zarządzanie placówką opieki zdrowotnej w kontekście zmieniającej się roli pacjenta i lekarza.

Zgodnie z założeniami celowi głównemu zostały przyporządkowane następujące cele szczegółowe:

1. Określenie istoty zaufania w relacji lekarz-pacjent oraz pomiar tego zaufania w poszczególnych wymiarach odnoszących się do kompetencji, rzetelności i życzliwości.
2. Określenie wielopoziomowych uwarunkowań zaufania pacjentów do lekarzy i siły ich wpływu (m.in. czynników społeczno-demograficznych, zaufania do systemu opieki zdrowotnej, zaufania do metod leczenia, partycypacji pacjenta w procesie leczenia oraz medialnego wizerunku służby zdrowia).
3. Określenie siły wpływu zaufania do lekarza (w poszczególnych wymiarach) na zagadnienia identyfikowane jako „efekty” relacji lekarz-pacjent, tj. satysfakcja i lojalność pacjentów, współpraca z lekarzem w postaci przestrzegania zaleceń lekarskich, poszukiwanie informacji online.

Na podstawie pogłębionego przeglądu literatury sformułowano **hipotezę główną**:

Zaufanie pacjenta do lekarza jest efektem wiarygodności lekarza budowanej poprzez wymiary/działania odnoszące się do kompetencji, uczciwości i życzliwości lekarza. Zależy ono od wielopoziomowych uwarunkowań zewnętrznych, a także decyduje o zachowaniach i odczuciach pacjenta mających wpływ na funkcjonowanie placówek opieki zdrowotnej.

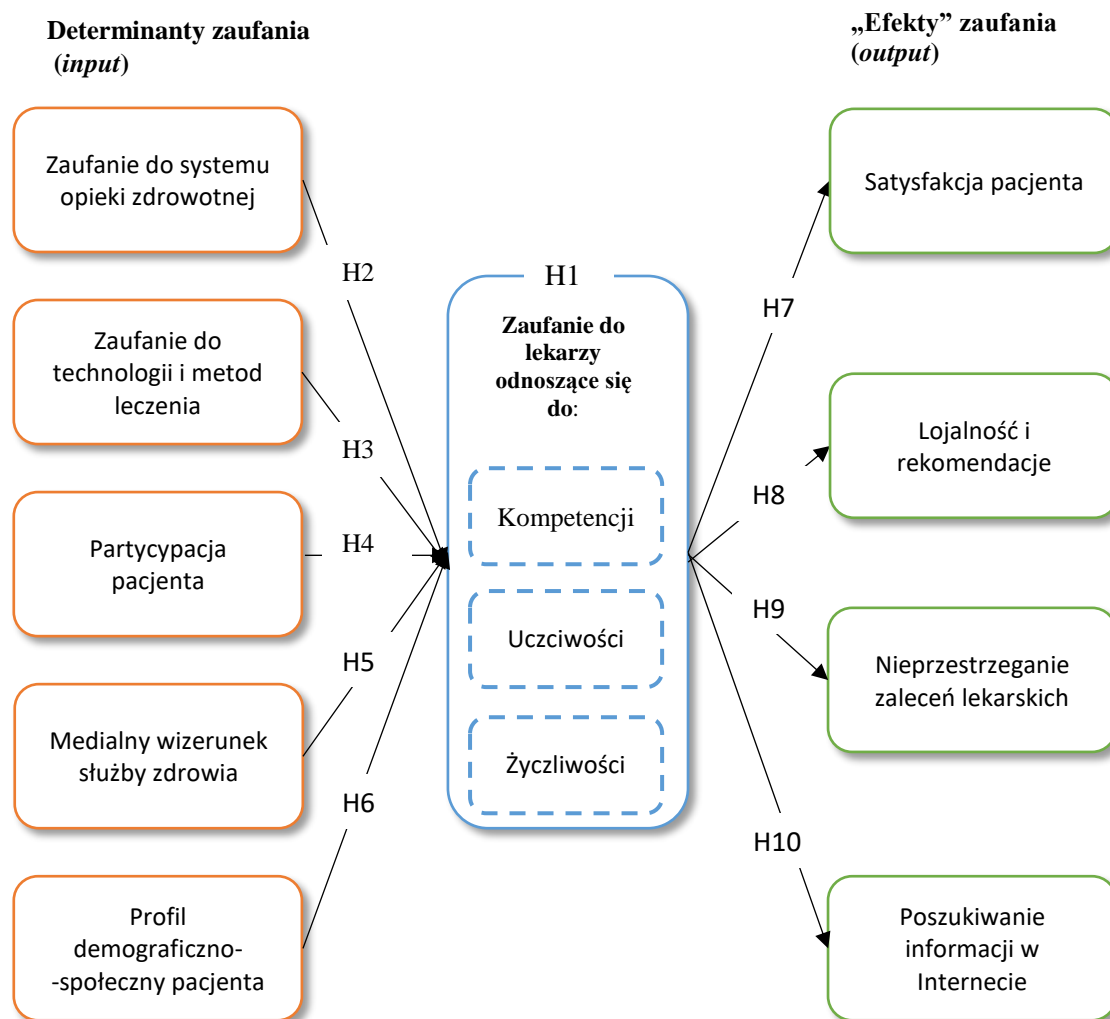
W nawiązaniu do hipotezy głównej i w oparciu o przegląd literatury został stworzony model teoretyczny (rysunek 1) oraz sformułowano szczegółowe hipotezy badawcze (przypisane do poszczególnych celów; tabela 1).

Tabela 1. Cele i hipotezy badawcze

Cele	Hipotezy odnoszące się do celu	Metody badawcze
Cel 1	H1: Zaufanie do lekarza jest konstruktem składającym się z wymiarów odnoszących się: do kompetencji, uczciwości i życzliwości lekarzy.	Krytyczna analiza literatury Badanie ilościowe
Cel 2	H2: Zaufanie do systemu opieki zdrowotnej (w skali makro) wpływa na wymiary zaufania do lekarza. H3: Zaufanie do technologii i metod leczenia pozytywnie wpływa na wymiary zaufania do lekarza. H4: Partycypacja pacjenta w procesie leczenia pozytywnie wpływa na wymiary zaufania do lekarza. H5: Wizerunek medialny negatywnie wpływa na wymiary zaufania do lekarza. H6: Zmienne społeczno-demograficzne (m.in. wiek, płeć, poziom wykształcenia, samoocena stanu zdrowia) są determinantami zaufania do lekarza.	Krytyczna analiza literatury Badanie ilościowe Badanie jakościowe
Cel 3	H7: Zaufanie do lekarza pozytywnie wpływa na satysfakcję pacjentów. H8: Zaufanie do lekarza pozytywnie wpływa na lojalność pacjentów i ich skłonność do rekomendowania świadczeń. H9: Zaufanie do lekarza negatywnie wpływa na nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich przez pacjentów. H10: Zaufanie do lekarza negatywnie wpływa na poszukiwanie przez pacjentów informacji o zdrowiu w Internecie.	Krytyczna analiza literatury Badanie ilościowe

Źródło: opracowanie własne.

Rysunek 1. Determinanty i konsekwencje zaufania w relacji lekarz-pacjent – model teoretyczny



Źródło: opracowanie własne.

Pierwszym etapem procesu badawczego było badanie jakościowe polegające na analizie treści forów internetowych. Jego głównym celem była wstępna identyfikacja płaszczyzn uwarunkowań zaufania w relacji lekarz-pacjent. Ponadto wnioski z tego badania miały posłużyć do przygotowania narzędzia badawczego – kwestionariusza.

Drugim zasadniczym etapem było badanie ilościowe (sondaż diagnostyczny) - wywiad standaryzowany CATI, zrealizowany na reprezentatywnej ogólnopolskiej próbie 1000 dorosłych Polaków (w wieku ponad 18 lat), gdzie kryterium rekrutacyjnym do próby badawczej był fakt korzystania z opieki lekarskiej (niezależnie od rodzaju opieki: podstawowej, ambulatoryjnej czy szpitalnej) w ciągu ostatniego pół roku przed realizacją badania. Przeprowadzenie badania zostało zlecone Instytutowi Badań Rynku i Opinii Publicznej MillwardBrown.

Główną **metodą analityczną** służącą do testowania hipotez było modelowanie równań strukturalnych (SEM), analiza czynnikowa (konfirmacyjna i eksploracyjna), analiza wariacji, modele regresji wielorakiej, a także testy istotności statystycznej, m.in. rang ANOVA Kruskala-Wallis, test U Manna-Whitneya.

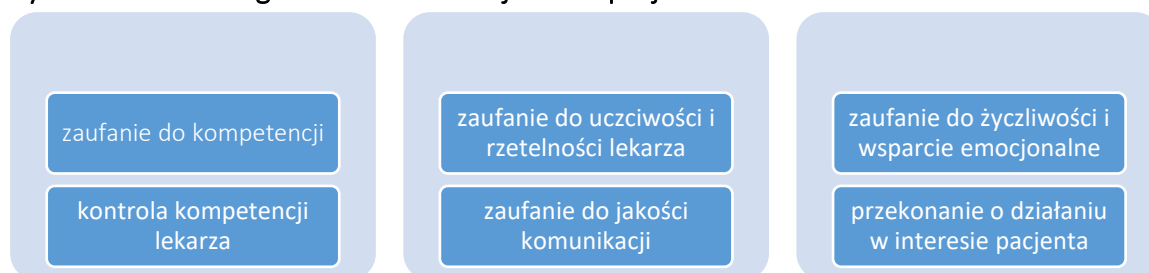
4.2.2. Osiągnięte wyniki i ich wykorzystanie

Zaufanie do lekarza, placówki opieki medycznej czy całego systemu ochrony zdrowia pełni szczególną rolę (Axelrod, Goold 2000). Poprzez redukcję niepewności i strachu przed ryzykiem związanym z procedurami medycznymi wielu pacjentom umożliwia bowiem skorzystanie z porad lekarzy (Hall i in. 2001). Zaufanie daje wiarę w możliwość rozwiązania trudnej sytuacji zdrowotnej poprzez współpracę z lekarzem, zwiększenie aktywności samych pacjentów, poczucie dokonania właściwego wyboru, własną sprawczość (Głós 2015). Umiejętność kreowania zaufania jest również skutecznym narzędziem zarządzania zakładem opieki zdrowotnej. Pozwala bowiem w sposób celowy podejmować działania mogące poprawić poziom zaufania pacjentów do lekarzy i placówki. Tym bardziej że – jak wskazuje wielu autorów – zaufanie przynosi obu stronom liczne i często wymierne korzyści, m.in. satysfakcję i lojalność pacjentów, obniżenie kosztów marketingowych, wyższą zyskowność, niższe koszty transakcyjne (m.in. Taylor-Gooby 2005; Calnan, Rowe 2006; Platonova i in. 2008).

Pierwszym celem projektu badawczego (i powiązanej z nim H1) było określenie morfologii zaufania w relacji lekarz-pacjent i pomiar tego zaufania. Mimo zakładanych na początku trzech wymiarów wyniki analiz unaocznily jeszcze bardziej złożoną strukturę zaufania do lekarza. W stosunku do wymiarów zaproponowanych przez R.D. Mayera i in. (1995) wyodrębniono dodatkowo: zaufanie do jakości komunikacji, przekonanie o działaniu w interesie pacjenta oraz kontrolę kompetencji. Otwarta, wyczerpująca, jasna komunikacja z lekarzem jest podstawą każdej satysfakcjonującej relacji, więc nie dziwi fakt, że akurat ten aspekt zaufania został wyodrębniony. Z kolei działanie w interesie partnera relacji jest jednym z głównych elementów definicyjnych zaufania (Delgado-Ballester, Munuera-Alemn 2001), co tłumaczy zasadność ujawnienia się tego wymiaru.

Ostatni wymiar – kontrola kompetencji – jest wyjątkowo interesujący, ponieważ pokazuje, że w relacjach z lekarzami przeplata się zaufanie do sposobu ich działania, a jednocześnie kontrola ich poczynań. Kontrola ta nie oznacza nieufności, lecz jest przejawem wyważonego podejścia do lekarza. Współistnienie zaufania i kontroli jest naturalną konsekwencją zmian, jakie zachodzą w zachowaniach konsumentów, w tym pacjentów (Welch 2006). Szeroki dostęp do profesjonalnej wiedzy, coraz wyższy poziom wykształcenia, świadomość konsumencka i zdrowotna sprawiają, że pacjentów ślepo ufających lekarzom będzie coraz mniej. Relacje stają się coraz bardziej partnerskie, polegające na wzajemnej wymianie dotychczas zgromadzonej wiedzy.

Rysunek 2. Morfologia zaufania w relacji lekarz-pacjent



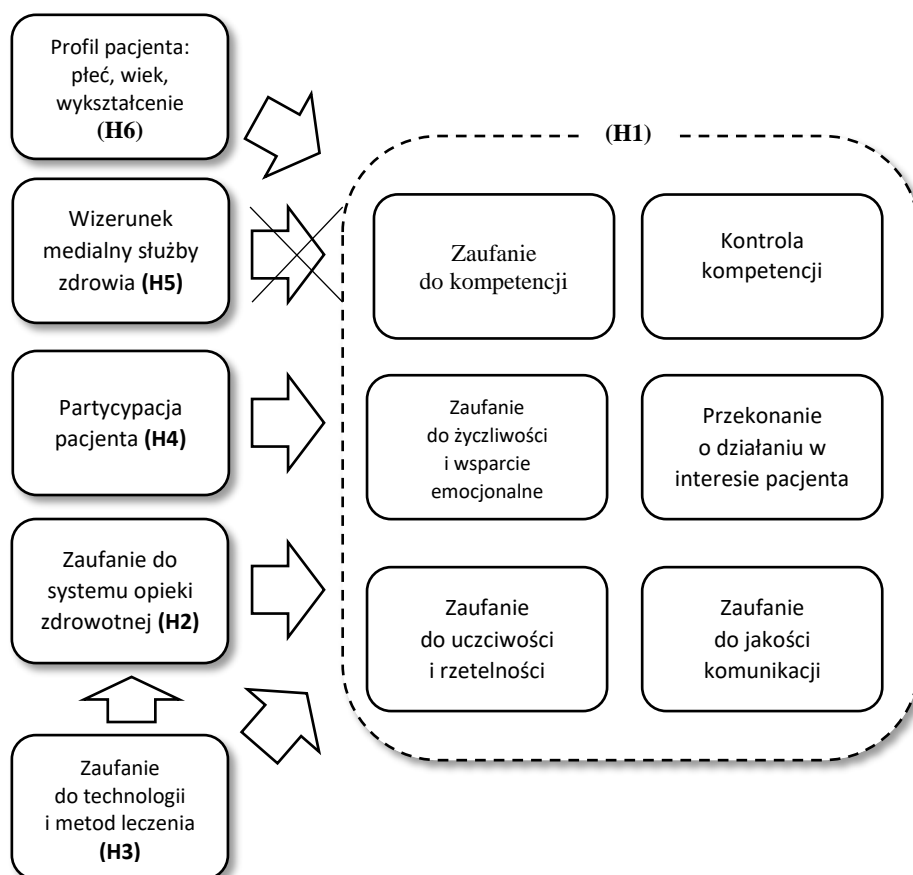
Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania.

Jeśli chodzi o pomiar zaufania w relacji lekarz-pacjent, okazało się, że badani deklarują umiarkowany poziom zaufania do lekarzy, zarówno w poszczególnych wymiarach, jak i ogółem. Ponad połowa badanych ufa lekarzom i 20,6% nie ufa. Stosunkowo duża część respondentów (20,8%) ma dość ambiwalentne podejście do tego zagadnienia.

Cel drugi, odnoszący się do wielopoziomowych uwarunkowań zaufania w relacji lekarz-pacjent, jest powiązany z hipotezami: 2-6. Zaufanie do lekarzy okazało się silnie uzależnione od zaufania do systemu opieki zdrowotnej (poziom instytucjonalny - H2) oraz zaufania do technologii i metod leczenia (poziom technologiczny - H3), partycypacji pacjentów w procesie leczenia (poziom społeczny – H4) oraz od zmiennych demograficznych (rysunek 3).

Zaufanie do systemu składa się z trzech wymiarów, przy czym najsilniej na zaufanie do lekarza oddziałuje zaufanie do sposobu funkcjonowania systemu i nieufność do placówek opieki zdrowotnej. Zaufanie do sposobu funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej i zaufanie do lekarzy są tak ze sobą zespolone, że utworzyły mechanizm „połączonych naczyń”, choć ta zależność istnieje tylko w jednym kierunku, tzn. zaufanie to wpływa na zaufanie do lekarzy, ale nie odwrotnie. Oznacza to niestety, że dopóki system jako całość będzie budził nieufność, to te negatywne odczucia będą przekładały się na relację pacjentów z lekarzami. Wyniki te są zbieżne z wnioskami innych badań, które donoszą, że zaufanie do systemu może być predyktorem zachowań interpersonalnych (LaVeist i in. 2009).

Rysunek 3. Czynniki wpływające na zaufanie do lekarzy



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania.

Konieczne jest więc wypracowanie mechanizmów budujących wiarygodność całego systemu, w przeciwnym wypadku koszty takiego stanu będą ponosiły zakłady opieki zdrowotnej. Co prawda zaufanie do systemu opieki zdrowotnej, jako stan otoczenia, bezpośrednio nie wpływa na zarządzanie placówkami, jednak biorąc pod uwagę „straty”, jakie te placówki ponoszą, powinno mobilizować je do właściwej reakcji na zaistniałą sytuację i podejmowania działań zarządczych mających na celu przeciwdziałanie negatywnym skutkom.

Zaufanie do technologii i metod leczenia stanowi istotną determinantę zaufania pacjentów do lekarza. Wniosek ten jest również udokumentowany przez innych badaczy, którzy zauważają, że niezawodność technologii pozytywnie wpływa na zaufanie do lekarza (Montague, Lee 2012). Przekonanie o skuteczności metod leczenia może wspierać pracę lekarzy w kontaktach z pacjentami. Zaufanie to może być stymulatorem do rozwoju wzajemnych kontaktów, bodźcem do zapoczątkowania interakcji, zwłaszcza w pierwszych etapach budowania relacji. W sytuacji, kiedy pacjent nie zna jeszcze lekarza i w oparciu o swoje doświadczenia jest raczej sceptycznie do nich nastawiony (jak pokazują wyniki badania), zaufanie do technologii i metod leczenia może być wstępnym gwarantem skuteczności leczenia, inicjującym dalsze kontakty.

Warto tutaj zaznaczyć, że wpływ zaufania do nowych technologii i metod leczenia na większość wymiarów zaufania do lekarza (oprócz wymiaru: kontrola kompetencji) jest wyjątkowo silny. Umiejętność posługiwania się nowoczesnymi metodami leczenia przez lekarza i przesłanki posiadania właśnie takich umiejętności (certyfikaty szkoleń, rekomendacje innych pacjentów, dysponowanie nowoczesnym sprzętem) mogą być, z perspektywy pacjentów, istotnym elementem budującym wiarygodność lekarza, a następnie zaufanie do niego.

Kolejny czynnik decydujący o zaufaniu do lekarza - partycypacja pacjenta w procesie leczenia - należy do sfery społecznej. Współdecydowanie pacjenta o sprawach związanych z jego zdrowiem, wymagające współpracy z lekarzem, jeszcze przed wizytą, ale przede wszystkim podczas spotkania z lekarzem i po otrzymaniu diagnozy, wzmacnia zaufanie do lekarza. Podobne wyniki w swoich badaniach otrzymali m.in. R. Ouschan i in. (2006), Savage (2011). Partycypacja pacjenta z reguły jest efektem warunków i możliwości stworzonych przez lekarza, wyrazem zaangażowania lekarza w relację z pacjentem i czynnikiem budującym jego wiarygodność. Z badania wynika, że partycypacja pacjenta szczególnie silnie decyduje o zaufaniu do uczciwości i rzetelności lekarzy, zaufaniu do życzliwości i wsparcia emocjonalnego, a także pogłębia przekonanie, że lekarze działają w interesie pacjenta oraz wspiera zaufanie do jakości komunikacji.

Współcześni konsumenci, w tym pacjenci, wymagają zupełnie innego podejścia ze strony usługodawców. Ich zaufania nie budzi autorytarna pozycja lekarza, ale jego umiejętność dzielenia się wiedzą, chęć współpracy, możliwość partycypacji. Obecnie pacjent to coraz bardziej wymagający partner, świadomy swoich praw i przywilejów, wyposażony w wiedzę, niekiedy bardzo profesjonalną, innym razem w bardzo potoczną, ale wymagający od lekarza właściwej reakcji na przedstawione argumenty dotyczące problemu zdrowotnego – prosument usług medycznych. Z drugiej jednak strony to osoba zagubiona, przestraszona, potrzebująca pomocy i wsparcia.

Dopuszczenie pacjentów do współdecydowania wymaga również transformacji roli lekarza z wszechwiedzącego profesjonalisty do profesjonalisty wiedzącego wiele, ale też chętnego do pozyskiwania wiedzy od pacjenta. Stworzenie przez placówki opieki medycznej warunków umożliwiających partycypację będzie szansą zarówno dla pracujących tam lekarzy, jak i dla pacjentów na wzrost zaufania do lekarza we wszystkich jego wymiarach.

Zaufanie do lekarza jest również uzależnione od cech społeczno-demograficznych pacjenta. Na poziom zaufania wpływa przede wszystkim płeć, wiek i poziom wykształcenia. Im starsze są osoby i gorzej wykształcone, tym częściej deklarują wyższy poziom zaufania do lekarza w każdym z badanych wymiarów. Ponadto kobiety bardziej ufają lekarzom niż mężczyźni. Zdecydowanie wyższy poziom zaufania lekarzom deklarują osoby, które lepiej oceniają swój stan zdrowia, częściej odwiedzają lekarzy i korzystają głównie z publicznej opieki zdrowotnej (nie dotyczy to jedynie zaufania odnoszącego się do kompetencji). Dodatkowo osoby przewlekle chore deklarują zdecydowanie wyższy, porównywalny do osób zdrowych, poziom zaufania do lekarzy. Oznacza to, że długotrwałe relacje z lekarzem wynikające z przewlekłej specyfiki schorzenia sprawiają, iż zaufanie do lekarzy jest relatywnie wysokie. Im więcej czasu mają pacjenci na poznanie lekarza, obserwację jego zachowań w różnych okolicznościach, na większe zaangażowanie w relację z lekarzem i walkę z chorobą, tym większa jest szansa na zbudowanie obustronnego zaufania. Tego typu zależności nie zawsze udaje się pozytywnie zweryfikować, jednak wpływ zmiennych demograficznych czy samooceny stanu zdrowia został potwierdzony m.in. przez A. Hausmana (2004), J.E. Crokera i in. (2013). Warto jednak zauważyć, że pozostałe cechy, tj. wysokość dochodu, stan cywilny czy miejsce zamieszkania, nie warunkują zaufania do lekarza.

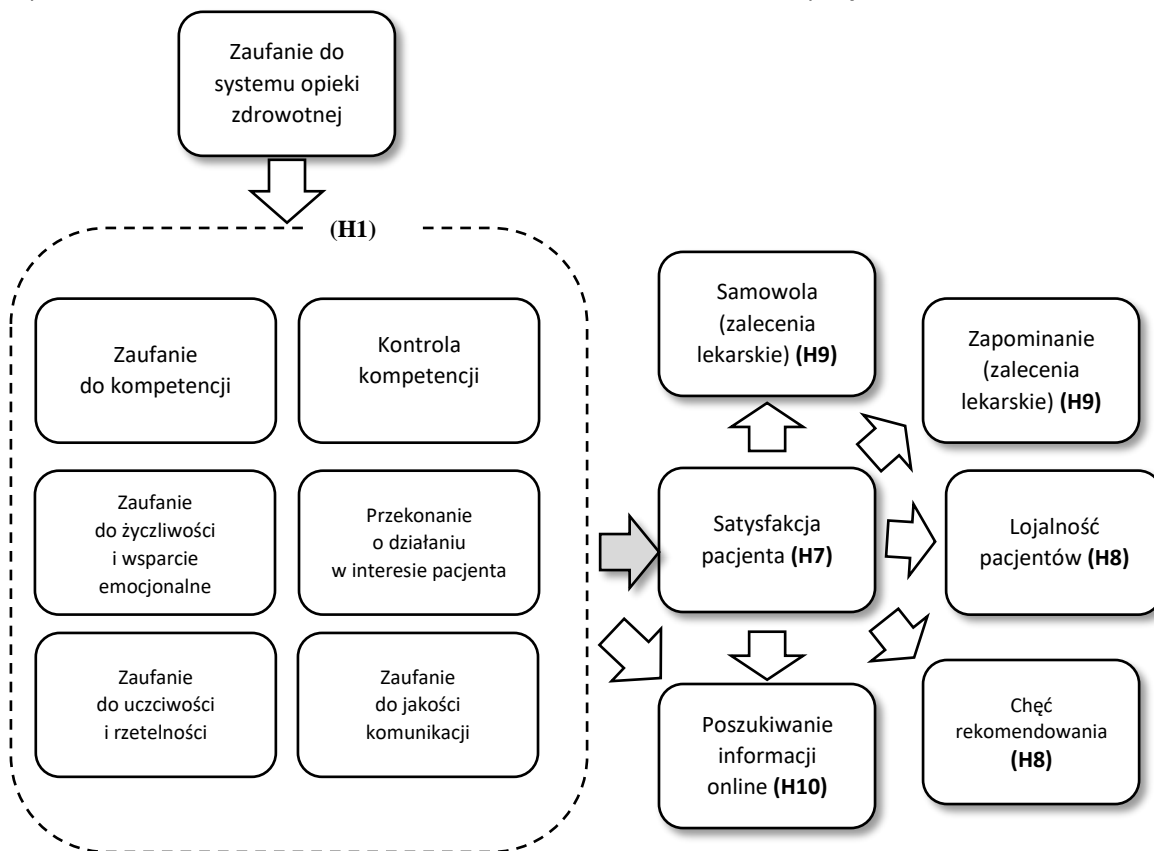
W przeciwieństwie do powyżej omawianych determinant okazało się, że wizerunek służby zdrowia przedstawiany w mediach wpływa przede wszystkim na zaufanie do systemu, natomiast w zasadzie nie oddziałuje na zaufanie do lekarza.

Cel trzeci, czyli określenie siły wpływu zaufania do lekarza (w poszczególnych wymiarach) na konstrukty identyfikowane jako „efekty” relacji lekarz-pacjent, tj. satysfakcja i lojalność pacjentów, współpraca z lekarzem w postaci przestrzegania zaleceń lekarskich, poszukiwanie informacji online, został osiągnięty dzięki weryfikacji hipotez: 7-10 (rysunek 4).

Wyniki badania pozwoliły stwierdzić, że kluczowym efektem opartej na zaufaniu relacji lekarz-pacjent jest satysfakcja pacjenta. Znaczenie satysfakcji nie wynika ze szczególnej siły zależności pomiędzy nią a zaufaniem do lekarza, lecz z faktu, że zadowolenie pacjentów pełni rolę pośrednika we wzmacnianiu pozostałych zachowań i odczuć pacjentów, tj. lojalności, skłonności do rekomendacji, przestrzegania zaleceń lekarskich czy poszukiwania informacji o zdrowiu online. Mimo że wśród badaczy nie ma zgody co do kierunku zależności pomiędzy zaufaniem a satysfakcją, to część publikacji potwierdza wpływ zaufania na satysfakcję (Platonova i in. 2008; Moreira i Silva 2015). Wśród wszystkich wymiarów wyjątkowe znaczenie ma tutaj zaufanie do życzliwości lekarzy i wsparcie emocjonalne oraz zaufanie do uczciwości i rzetelności, które silniej niż pozostałe wymiary oddziałują na satysfakcję pacjentów. Nieco słabiej na poziom satysfakcji z wizyty lekarskiej wpływa zaufanie do kompetencji lekarza,

natomiast nie istnieje zależność pomiędzy zaufaniem do jakości komunikacji a satysfakcją pacjentów.

Rysunek 4. Rola zaufania do lekarza w kształtowaniu zachowań pacjentów



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania.

Zgodnie z założeniami badawczymi zaufanie do lekarza miało pozytywnie wpływać na lojalność pacjentów i ich chęć do rekomendowania usług medycznych swoim znajomym. Okazało się, że bezpośrednie zależności są nieistotne statystycznie, natomiast zaufanie, poprzez poziom zadowolenia pacjentów, wpływa zarówno na ich lojalność, jak i chęć rekomendowania. Większość badań sugeruje, że zaufanie przyczynia się do lojalności pacjentów (Chiu i in. 2009; Wen i in. 2005). Niniejsze badanie potwierdza wnioski z poprzednich projektów badawczych, dostarcza także dodatkowej informacji o charakterze tego wpływu (pośredni). Oznacza to, że dążąc do budowania lojalności pacjentów, czyli powtarzania wizyt zapewniających nie tylko ciągłość leczenia i będących konsekwencją wcześniejszych dolegliwości, ale również w celu kontroli zdrowotnej czy profilaktyki, należy przede wszystkim zadbać o zadowolenie pacjentów i budować zaufanie do lekarzy. Długoterminowa lojalność pacjentów pociąga za sobą obustronne korzyści. Placówka i zatrudniony lekarz mają stałych pacjentów, zapewniających im środki finansowe, a proces leczenia może być krótszy i skuteczniejszy ze względu na znajomość historii choroby.

Okazało się również, że zaufanie do lekarza i zadowolenie pacjentów ogranicza zakres niepożądanych zachowań związanych z przestrzeganiem zaleceń lekarskich, tj.: samowoli polegającej na zmianie zaleceń bez konsultacji z lekarzem oraz zapominaniu o postępowaniu

zgodnie z wytycznymi lekarza. Zależność pomiędzy relacją lekarz-pacjent opartą na zaufaniu a przestrzeganiem zaleceń lekarskich dostrzegło wielu badaczy (Blackstock i in. 2012; Saha i in. 2010). Jednak w znacznej części tych badań nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich było traktowane jako jednorodny konstrukt (Hausman 2004; Atkinson i in. 2008). W niniejszym badaniu natomiast wyodrębniły się dwa subkonstrukty (samowola i zapomnienie), które zostały potraktowane jako dwa wymiary zachowań związanych z nieprzestrzeganiem wskazówek lekarzy.

Współczesne relacje z klientami, zwłaszcza w sferze usługowej wymagają edukacji (umożliwiającej zrozumienie procesu usługowego) oraz współpracy, aby lepiej określić oczekiwania klienta, zaoferować usługi odpowiedniej jakości oraz zapewnić klientom satysfakcjonujący efekt. Na rynku usług medycznych przestrzeganie zaleceń lekarza jest przejawem współpracy lekarza z pacjentem, dającej pole do kształtowania obustronnie pozytywnych doświadczeń, przynoszącej wymierne korzyści oraz niezbędnej w procesie leczenia. Jak się okazało, współpraca jest bardziej efektem satysfakcjonującej relacji lekarz-pacjent niż zaufania do lekarza.

Zaufanie do lekarza i satysfakcja pacjenta przede wszystkim zmniejszają zakres samowoli w działaniach pacjentów. Słabsza zależność istnieje w przypadku zapomnienia przez pacjentów o przestrzeganiu zaleceń lekarskich. Przestrzeganie zaleceń lekarskich nie tylko zwiększa szanse na wyzdrowienie pacjenta, ale również ma wpływ na sytuację rynkową placówek opieki zdrowotnej. Postępujący zgodnie z wytycznymi lekarza pacjent to osoba, która nie generuje kolejnych niekoniecznych wizyt, zmniejsza wydatki na badania diagnostyczne, ale też osoba jeszcze bardziej zadowolona, przekonana o swojej skuteczności w sprawach zdrowia, wcześniej i chętniej podejmująca współpracę z lekarzem w przypadku ewentualnych kolejnych dolegliwości. Z punktu widzenia zakładów opieki zdrowotnej warto skupić się nie tylko na wydawaniu słusznych poleceń lekarskich, ale również na dbałości o stworzenie relacji z pacjentem, która zmotywuje go do zachowań sugerowanych przez lekarza.

Wyniki badań prezentowane w literaturze na temat zależności pomiędzy zaufaniem do lekarza a poszukiwaniem informacji o zdrowiu online nie są jednoznaczne. Część z nich wskazuje, że zależność ta istnieje (Hart i in. 2004; Ybarra i in. 2008), z kolei inne dowodzą czegoś wręcz przeciwnego. X. Hu i in. (2012) stwierdzają, że taka zależność w ogóle nie istnieje, natomiast N. Riel i in. (2017) zaobserwowali negatywną zależność pomiędzy zaufaniem do lekarza a poszukiwaniem informacji o zdrowiu w sieci. Wyniki niniejszego badania, ze względu na wielowymiarowe podejście do zaufania, częściowo są zbieżne ze wszystkimi wcześniejszymi doniesieniami. Okazało się bowiem, że istnieje bezpośrednia i pośrednia zależność pomiędzy zaufaniem do lekarza a poszukiwaniem informacji online (w zależności od wymiaru zaufania do lekarza). Wśród sześciu wymiarów zaufania jeden wpływa na poszukiwanie informacji online bezpośrednio i pośrednio (zaufanie do kompetencji), jeden bezpośrednio (zaufanie do jakości komunikacji), a pozostałe cztery jedynie pośrednio. Warto zaznaczyć, że kierunki (pozytywny lub negatywny) tych bezpośrednich zależności są różne. Najsilniej do gromadzenia dodatkowych informacji o zdrowiu w sieci zniechęca (zależność negatywna) zaufanie pacjentów do kompetencji lekarzy. Zaufanie to ogranicza chęć sprawdzania w Internecie diagnoz lekarzy.

Pacjenci, którzy ufają kompetencjom lekarzy, w mniejszym stopniu potrzebują wsparcia informacjami znalezionymi w sieci.

Ciekawa i niezbyt oczywista jest pozytywna zależność pomiędzy zaufaniem do jakości komunikacji a poszukiwaniem informacji online. Oznacza ona, że pacjenci, którzy są przekonani, że komunikacja z lekarzem przebiega właściwie, tzn. lekarz stara się wytłumaczyć wątpliwości i przekazuje wszelkie niezbędne pacjentowi informacje, chętnie słucha pacjenta i stwarza warunki do wzajemnej wymiany informacji (zadawania pytań o nurtujące pacjenta problemy), uzupełniają jednocześnie swoją wiedzę o dodatkowe źródła pochodzące z sieci. Część lekarzy pozyskiwanie wiedzy o zdrowiu w sieci odczytuje jako przejaw ograniczonego zaufania, co sprawia, że pacjenci niechętnie przyznają się do tego typu zachowań. Natomiast opisywana zależność może być efektem zupełnie odmiennego podejścia części lekarzy, którzy nie tylko nie dyskryminują aktywności pacjentów uzupełniających swoją wiedzę na temat zdrowia, ale traktują to jako nieunikniony rezultat zachodzących zmian i procesów społecznych, a nawet pewne ułatwienie w procesie komunikacji z pacjentem. Takie gromadzenie dodatkowej, wiarygodnej wiedzy w sieci pozwala obu stronom lepiej przygotować się do wizyty. Pacjent wie, o co powinien zapytać, aby rozwiązać swoje wątpliwości, a lekarz może zarekomendować wiarygodne strony internetowe, ułatwiające pacjentowi zrozumienie istoty dolegliwości, jej przyczyn czy sposobów radzenia sobie z chorobą.

Przeprowadzona analiza pozwoliła dodatkowo stwierdzić, że satysfakcja pacjenta jest częściowym mediatorem zależności pomiędzy niektórymi wymiarami zaufania do lekarza a poszukiwaniem informacji o zdrowiu online. Zadowolone osoby bowiem w mniejszym stopniu poszukują dodatkowej wiedzy o zdrowiu w Internecie. Satysfakcja z wizyty wzmocniła więc wpływ zaufania do lekarzy na gromadzenie dodatkowej wiedzy o zdrowiu (czyli jeśli pacjent jest zadowolony, to poszczególne wymiary zaufania – z wyjątkiem wymiaru kontrola kompetencji – jeszcze silniej powstrzymują pacjentów od przeszukiwania sieci).

Podsumowując, zaufanie do lekarza jest konstruktem wielowymiarowym, w związku z tym trudno jest jednoznacznie zidentyfikować i określić siłę wpływu czynników, które przyczyniają się do budowania tego zaufania i precyzyjnie wskazać pozytywne efekty relacji lekarz-pacjent opartej na zaufaniu. Trudność wynika przede wszystkim z faktu, że poszczególne wymiary mają odmienne znaczenie w kształtowaniu pozytywnych efektów, ale też są podatne na inne uwarunkowania.

4.2.3. Wkład głównego osiągnięcia do nauk o zarządzaniu

W naukach o zarządzaniu, gdzie coraz częściej dostrzega się znaczenie relacji wewnętrznych i międzyorganizacyjnych, a relacyjność jest przedmiotem refleksji naukowej (Nahapiet, Ghoshal 2000; Peyrat-Guillard, Glińska-Neweś 2014), oraz rozważań praktyków w różnych obszarach zarządzania - zaufanie będące elementem tych relacji jest również bardzo intensywnie eksplorowane. Monografia mojego autorstwa wpisuje się więc w nurt tej debaty naukowej.

Jak stwierdził L.T. Hosmer (1995) zaufanie jest spoiwem relacji międzyludzkich. Wyniki badań przedstawionych w monografii wskazują, że jest również ogniwem łączącym procesy

zachodzące na poziomie systemowym ze społecznie pożądanymi zachowaniami jednostkowymi, tworząc zgodnie ze słowami P. Sztompki (2007, s. 72) „koncentryczne kręgi zaufania”.

Budowanie zaufania to proces wymagający aktywności i wykorzystania wewnętrznych zasobów organizacji, ale również orientacji na zewnątrz. „Struktura” zaufania, jakim obdarzani są lekarze, jest następstwem budowania wiarygodności przez lekarza i placówkę (w poszczególnych wymiarach). W związku z tym finalne zaufanie do lekarza powstaje jako efekt synergii działań podejmowanych przez organizację i jej pracowników. Pojawiające się w ostatnich latach założenie o wielopoziomowości zaufania zakłada, że organizację należy badać z szerszej perspektywy, tzn. uwzględniać powiązania na poziomie makro oraz procesy w otoczeniu bliższym, co zapewnia lepsze poznanie analizowanego zjawiska (Fulmer 2012).

Zdaniem autorki najważniejszym **wkładem do rozwoju teorii** płynącym z przeprowadzonych badań empirycznych jest podkreślenie i udokumentowanie znaczenia zaufania w marketingu relacyjnym oraz systematyzacja wiedzy na temat jego istoty, uwarunkowań i następstw. Od lat dowodzi się, że zaufanie jest niezbędnym elementem długoterminowych relacji z klientami (Sheth 2017) oraz świadczy o jakości tej relacji (Bennett, Barkensjo 2005). Na przestrzeni lat, odkąd rozwija się marketing relacyjny, zmianie ulega zarówno charakter relacji z klientami (rozwój nowoczesnych technologii, mediów społecznościowych), jak również zmieniają się „funkcje” zaufania w tych relacjach. Wcześniej większa asymetria relacji pomiędzy klientem a organizacją i jej pracownikami sprawiała, że zaufanie niekiedy miało charakter „ślepego zaufania” (zwłaszcza do lekarza). Obecnie zaś klienci, w tym również pacjenci wyposażeni w stale aktualizowaną wiedzę online, mający kontakt z innymi klientami, są bardziej świadomi, aktywni, zaangażowani i wymagający. Zaufanie jest nie tylko wartością współtworzoną w trakcie trwania relacji z klientem/pacjentem (Rogoziński 2012; Mruk, Stepień 2013), ale też zjawiskiem, które modyfikuje zachowania obu stron i jest odpowiedzią na zmiany społeczne. Jest potrzebne do budowania partnerstwa, podejmowania współpracy z klientami/pacjentami, oferowania im poczucia bezpieczeństwa, prowadzenia skutecznego dialogu.

Zdaniem autorki **wartość poznawczą** stanowi również próba ustalenia „morfologii” zaufania w relacji lekarz-pacjent. Polegało to na doprecyzowaniu tego pojęcia nie tylko od strony definicyjnej (bowiem w literaturze istnieje wiele definicji zaufania), ale także narzędziowej. Badając zaufanie (w różnego typu relacjach), najczęściej wykorzystuje się model zaufania zaproponowany przez R.D. Mayera jego zespół (1995). W niniejszym opracowaniu był on również punktem wyjścia. Zakładano jednak, że zaufanie do lekarza może być konstruktem bardziej złożonym. Potwierdziła to przeprowadzona analiza, w wyniku której wyodrębniono dodatkowe wymiary, być może bardziej charakterystyczne dla relacji lekarz-pacjent. Jednym z nich jest kontrola kompetencji lekarza, współistniejąca z zaufaniem. Z jednej strony jest ona przejawem sceptycyzmu, z drugiej zaś chęci bardziej świadomego uczestnictwa w procesie leczenia. Biorąc pod uwagę konsekwencje nadmiernego czy nawet ślepego zaufania (które niekiedy zdarza się w relacjach lekarz-pacjent), kontrola kompetencji uzdrawia tę relację i jest charakterystyczna dla współczesnego pacjenta, bardziej partnerskiego, wyedukowanego lub

przynajmniej mającego dostęp do coraz bardziej wiarygodnych informacji o zdrowiu i chorobach. Ważnym wyodrębnionym wymiarem zaufania jest także przekonanie o właściwych umiejętnościach komunikacyjnych lekarza. Współczesny pacjent nie tylko potrzebuje dialogu, edukacji, wysłuchania, ale oczekiwania te stają się jednym z głównych wymiarów zaufania do lekarza.

Sformułowane wnioski są także kolejnym głosem w dyskusji naukowej z zakresu marketingu, dotyczącej zależności pomiędzy zaufaniem a satysfakcją i lojalnością klienta. Brak zgodności badaczy w tej kwestii (Platonova i in. 2008; Moreira, Silva 2015) oznacza konieczność dalszych studiów. Wyniki niniejszego badania dostarczają dowodów na wpływ zaufania (do kompetencji, życzliwości i wsparcia emocjonalnego oraz uczciwości i rzetelności lekarzy) na satysfakcję, z tym że w określonym kontekście badawczym, czyli na przykładzie usług medycznych.

Zdaniem autorki kolejną istotną kwestią będącą **wkładem o charakterze poznawczym** jest analiza następstw zaufania w relacji lekarz-pacjent. Podczas tworzenia modelu i przy doborze tych efektów przyświecała mi koncepcja zarządzania opartego na wartości. Zaufanie, stanowiąc istotną wskazówkę przy wyborze lekarza, potęgując zadowolenie, redukując niewłaściwe zachowania związane z nieprzestrzeganiem zaleceń, może stanowić dodatkową wartość dla pacjenta. To z kolei przekłada się na wartość organizacji.

W literaturze z zakresu marketingu relacyjnego coraz częściej podkreśla się „multiprzychynowość zaufania” i w związku z tym uzależnienie organizacji od jej ekosystemu (Payne, Frow 2017), w skład którego mogą wchodzić, powiązane z daną organizacją, podmioty (w otoczeniu) na różnych poziomach, od mikro do makro. Podmioty te współzależą, mimo że więzi pomiędzy nimi mogą charakteryzować się różnym stopniem bliskości. W związku z tym, zdaniem autorki, ważnym **wkładem do rozwoju teorii**, będącym efektem przeprowadzonych badań, jest potwierdzenie relatywnie silnych powiązań pomiędzy wyodrębnionymi uwarunkowaniami, tj. zaufaniem do systemu ochrony zdrowia, zaufaniem do technologii czy partycypacją pacjenta, a głównym konstruktem, czyli zaufaniem do lekarza. To pokazuje, jak silnie placówki opieki zdrowotnej uzależnione są od swojego otoczenia, rozumianego nie tylko jako grupy interesariuszy (Frączkiewicz-Wronka 2012), ale również w szerszym kontekście. Wyniki badania wpisują się w nurt współczesnych rozważań o relacjach przedsiębiorstwa z otoczeniem, ich konsekwencji i uwarunkowań, przeciwstawiając strategiczne myślenie o rozwoju przedsiębiorstwa w nurcie modelu neoklasycznego konieczności modyfikowania sposobu funkcjonowania podmiotów, wynikającej ze zmian w relacjach z otoczeniem. Coraz szerzej definiowane otoczenie i zmiany w nim zachodzące mogą być źródłem tworzenia wartości w organizacji oraz budowania przewagi konkurencyjnej (Pakulska 2012).

Wyniki niniejszego badania wskazują, że zaufanie do lekarza traktowane jako zasób organizacji jest pod silną presją otoczenia zarówno instytucjonalnego, jak i technologicznego. Zakłady opieki zdrowotnej muszą więc uwzględniać w swoich działaniach, ukierunkowanych na budowę wiarygodności swojej i zatrudnionych lekarzy, możliwość zniekształcenia otrzymanych efektów wpływami zewnętrznymi (z otoczenia). Część tych wpływów może być barierą w budowaniu pozycji rynkowej inne zaś (np. zaufanie do technologii i metod leczenia) mogą być

stymulantami rozwoju. Wnioski te wpisują się w nurt teorii zależności od zasobów, która zakłada, że organizacje mają zdolność rozwijania kluczowych kompetencji poprzez pozyskiwanie zasobów zewnętrznych od interesariuszy (Wach 2010; Frączkiewicz-Wronka, Szymaniec 2012).

Zgłaszana przez pacjentów chęć partycypacji w procesie leczenia to jedna ze współczesnych zmian w otoczeniu placówek opieki zdrowotnej. Jej wpływ na zaufanie do lekarza podkreśla rolę kapitału klienckiego (jako unikatowego zasobu), który uznawany jest za pierwotny czynnik, zgodnie z koncepcją zarządzania opartego na wartości (*Value Based Management*), tworzenia wartości przedsiębiorstwa. Takie podejście zostało również uwypuklone w koncepcji wartości dla interesariuszy, która podkreśla konieczność dbania o interesy wszystkich grup interesariuszy (*Stakeholders Value Perspective*), a nawet „maksymalizację ich zdrowia społecznego” (Frow, Payne 2011; Frączkiewicz-Wronka 2012).

Istotną statystycznie i silną determinantą zaufania do lekarza jest zaufanie do technologii i metod leczenia. Determinanta ta do tej pory była w niewielkim stopniu eksplorowana (Montague, Lee 2012), a jak wynika z przeprowadzonego badania, może stać się kluczowa w kreowaniu relacji lekarz-pacjent. Uzyskane wnioski mogą być uzasadnieniem i inspiracją do stworzenia bardziej rozbudowanej koncepcji wpływu zaufania do technologii na funkcjonowanie placówek opieki zdrowotnej.

Podobnie jak placówki opieki zdrowotnej (prywatne, publiczne i *non profit*) w procesie podejmowania decyzji wykorzystują zarówno szkołę zasobową, jak też teorię zależności od zasobów (Frączkiewicz-Wronka, Szymaniec 2012), tak i przeprowadzone badania częściowo mogą wpisywać się w ten trend. Prezentowane podejście badawczo-analityczne do zaufania i sformułowane wnioski nawiązują do szkoły zasobowej. Jak twierdzą badacze (Czakon 2011; Frączkiewicz-Wronka 2011; Stańczyk-Hugiet 2011), relacje z interesariuszami, zwłaszcza klientami/pacjentami, są swoistym zasobem, który jeśli zostanie umiejętnie wykorzystany, może przyczynić się uzyskania istotnej przewagi konkurencyjnej. Umiejętność kreowania relacji opartych na zaufaniu, a następnie skuteczne wykorzystanie następstw tego zaufania będzie generowało bezpośrednią wartość, co z kolei przełoży się na strategiczne osiągnięcie ponadprzeciętnych wyników przez organizację (Jabłoński 2011).

Moim zdaniem **wkład metodyczny** niniejszego opracowania polega na dostarczeniu skal mierzących poziom zaufania do lekarza w poszczególnych wymiarach. Wspomniane skale charakteryzują się wysoką rzetelnością i mogą służyć kolejnym badaczom do pogłębiania analizowanego zagadnienia lub powiązania zaufania do lekarza z konstruktami reprezentującymi odmienny kontekst badawczy.

Na zakończenie opisu mojego osiągnięcia naukowego chciałabym powołać się na fragmenty recenzji wydawniczych. Profesor A. Glińska-Noweś stwierdza:

„Chociaż zaufanie jest przedmiotem badań wielu badaczy, reprezentujących różnorodne dyscypliny nauki, wciąż toczy się dyskusja na temat jego istoty, uwarunkowań i konsekwencji. [...] Monografia Katarzyny Krot wnosi istotny wkład w naukę w tym zakresie. Przeprowadzone przez Nią badania, zarówno przegląd literatury jak i badanie empiryczne, cechują wyjątkową rzetelność, rygor metodologiczny, a jednocześnie właściwy dystans, wynikający z pełnej świadomości zalet i ograniczeń przyjmowanych paradygmatów i założeń badawczych. Badanie

własne, którego wyniki przedstawione zostały w pracy, przygotowano w sposób wzorowy i wzorcowy.[...] Opisany projekt badawczy reprezentuje światowe standardy w zakresie uprawiania nauki.”

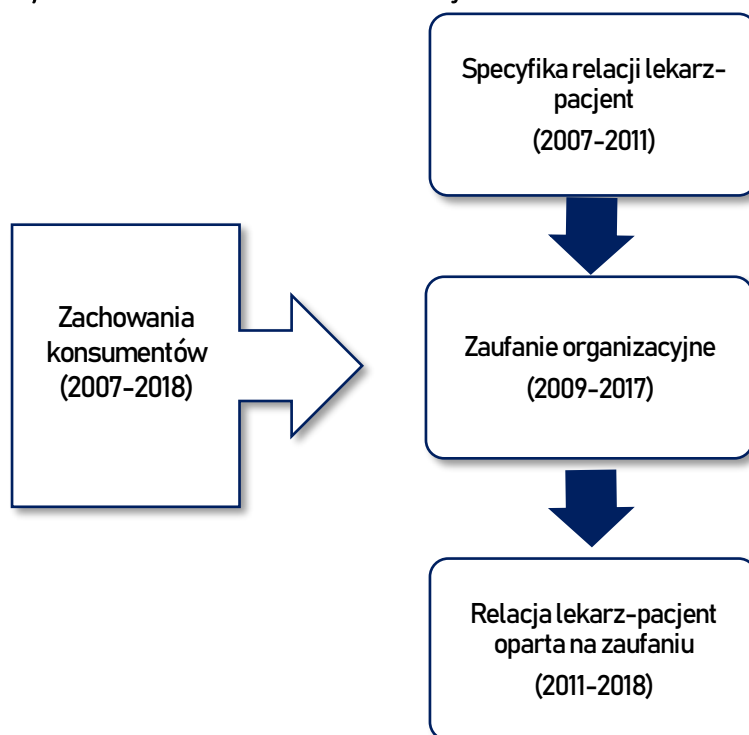
Z kolei profesor M. Dobska podkreśla oryginalność tematu i precyzję wywodów:

„Wybrany przez Autorkę temat, należy uznać za oryginalny i aktualny pod względem badawczym. Należy również podkreślić precyzję i uporządkowanie metodyczne Autorki przejawiające się w sposobie opisu założeń badawczych oraz prezentacji wyników. Autorka wykazała się niezwykle głęboką znajomością problematyki, potrafiła zwrócić uwagę na węzłowe problemy i siłę ich oddziaływania na analizowane procesy, które dały podstawę do opracowania modelu. Model uwypuklił istotne z punktu widzenia zarządzania placówką opieki zdrowotnej konsekwencje opartej na zaufaniu relacji lekarz-pacjent [...]. W efekcie praca ukazuje złożoność, wielowymiarowość, wielozadaniowość oraz wielopoziomowość zaufania w relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem.”

5. Omówienie pozostałych osiągnięć naukowo - badawczych

Moja działalność naukowo-badawcza po uzyskaniu stopnia naukowego doktora oraz powstałe w jej wyniku publikacje naukowe mieszczą się w obszarze dyscypliny nauk o zarządzaniu (obecnie nauki o zarządzaniu i jakości). Rozwijane w tym czasie zainteresowania naukowe ewoluowały od ogólnych zagadnień związanych ze *specyfiką relacji lekarz-pacjent* i transformacją tej relacji wynikającej z reformy systemu opieki zdrowotnej poprzez *zaufanie organizacyjne*, aż po determinanty i następstwa *relacji lekarz-pacjent opartej na zaufaniu* (rysunek 5). Dodatkowym, nieco pobocznym, ale przewijającym się przez cały analizowany okres, obszarem zainteresowań naukowych są *zachowania konsumenta*.

Rysunek 5. Obszary działalności naukowo-badawczej



Źródło: opracowanie własne.

Wspomniany rozwój moich zainteresowań badawczych był również powiązany z doskonaleniem warsztatu badawczego, co przełożyło się na charakter publikacji naukowych. W efekcie zaowocowało to publikacjami w czasopiśmie zagranicznych, w tym znajdujących się na liście A MNiSW i posiadających Impact Factor. Pozostałe publikacje, które nie mieszczą się we wspomnianych wyżej obszarach badawczych, zostały wymienione w załączniku 4. Są one najczęściej efektem projektów badawczych realizowanych przez Wydział Inżynierii Zarządzania Politechniki Białostockiej, bądź też rezultatem prac wykonywanych na potrzeby praktyki gospodarczej.

Specyfika relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem

Pierwszym etapem ewolucji moich zainteresowań naukowych był wątek badawczy poświęcony specyfice relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem. Jest on najmniej spójny tematycznie, bowiem z jednej strony nawiązywał do badań sprzed doktoratu, z drugiej zaś strony w tym okresie poszukiwałam inspiracji do dalszych projektów badawczych. Celem tych prac była próba nakreślenia/uporządkowania wiedzy o specyficznych aspektach i cechach relacji lekarz-pacjent. Punktem wyjścia było więc wskazanie oczekiwań różnych grup pacjentów jako czynnika wpływającego na poziom satysfakcji z usług medycznych. Kolejne wątki badawcze podejmowane przeze mnie dotyczyły specyfiki relacji lekarz-pacjent jako relacji agencyjnej, w której znaczącą rolę odgrywa asymetria informacyjna i hazard moralny. Oba te zagadnienia były badane w kontekście dostępności do usług medycznych, czy też wpływu na charakter działań marketingowych. W ramach tego wątku badawczego badałam również jeszcze inny wymiar zachowań pacjentów, tzn. ich skłonność do współpłacenia za usługi medyczne. W tym celu przeprowadziłam eksperyment, który umożliwił potwierdzenie hipotezy, że pacjenci są skłonni do współpłacenia, jeśli dokładnie zrozumieją idee i cele rozwiązań z zakresu współpłacenia (edukacja w postaci wykładu jako zmienna eksperymentalna).

Wyniki swoich badań przedstawiłam w 11 publikacjach, z czego 3 w języku angielskim (2 referaty na konferencję oraz rozdział w monografii wieloautorskiej):

- [1] K. Krot (2007), *The role of patient's expectations in the process of medical service quality management*, [w:] Proceedings of the 15th annual conference on Marketing and Business Strategies for Central and Eastern Europe (ed. By R. Springer, P. Chadraba), DePaul University, Wirtschaftsuniversität Wien, s. 112-126.
- [2] K. Krot (2008), *Trust in the process of providing medical services based on example of patients of obstetrics and gynecology departments*, Management International Conference 2008, Barcelona.

Wyniki pozostałych badań zostały zaprezentowane w pracach naukowych w języku polskim, głównie jako rozdziały w monografiach (8):

- [3] K. Krot (2007), *Poprawa jakości usług medycznych jako element rozwoju regionu*, [w:] *Samorząd w procesie rozwoju regionów Polski Wschodniej*, (red. B. Plawgo), Wyższa Szkoła Administracji Publicznej, Białystok.
- [4] K. Krot (2007), *Rola przywódcy w procesie zarządzania jakością usług medycznych*, [w:] *Wybrane zagadnienia opieki zdrowotnej* (red. Kartuzi Z.), Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu - Bydgoszcz, s.212-218.
- [5] K. Krot (2008), *Hazard moralny pacjentów jako czynnik ograniczający dostępność usług medycznych*, [w:] *Samorząd w procesie rozwoju regionów Polski Wschodniej*, (red. B. Plawgo), Wyższa Szkoła Administracji Publicznej, Białystok, s.749-763.
- [6] K. Krot (2008), *Hazard moralny i asymetria informacyjna w relacji lekarz-pacjent jako wyzwania współczesnego marketingu*, Politechnika Gdańska, Gdańsk, s. 263-275.
- [7] K. Krot (2009), *Partycypacja pacjentów w kosztach leczenia – analiza metod badawczych* [w:] *Współczesne wyzwania strukturalne w ochronie zdrowia* (red. R. Lewandowski, R. Walkowiak), Olsztyńska Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania, Olsztyn, s. 45-55.
- [8] K. Krot A. Grabska (2010), *Ordoliberalna koncepcja polityki gospodarczej w sektorze ochrony zdrowia*, [w:] *Social market economy in Europe* (red. P. Pysz, M. Proniewski), Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania, Białystok, s. 175-194.
- [9] K. Krot (2010), *Zaufanie a relacja agencyjna w systemie ochrony zdrowia*, [w:] *Współczesne wyzwania strukturalne i menadżerskie w ochronie zdrowia: Problemy zarządzania* (red. R. Lewandowski, R. Walkowiak), Olsztyńska Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania, Olsztyn, s. 121-130.
- [10] K. Krot, I. Rudawska (2010), *Obsługa pacjenta w usługach medycznych - podejście relacyjne* [w:] *Marketing: ujęcie relacyjne*, (red. M. Brzozowska-Woś), Politechnika Gdańska, Gdańsk, s. 125-145.
- [11] K. Krot (2011), *The influence of trust in the doctor-patient agency relationship*, *Economics and Sociology, Challenges for healthcare reform in Europe* (ed. I. Rudawska), vol. 4(1a), s.179-196 (artykuł w czasopiśmie indeksowanym w bazie Scopus; CiteScore: 1.39).

Zaufanie organizacyjne

Kolejnym wątkiem badawczym, wyraźnie zaznaczonym w całym moim rozwoju naukowym, jest zagadnienie zaufania organizacyjnego. Pierwsze publikacje z tego zakresu, głównie referaty prezentowane na konferencjach, miały charakter wstępnego rozpoznania zagadnienia oraz służyły do identyfikacji luk badawczych i poszukiwania interesujących naukowo problemów badawczych. Głównym zamiarem badawczym w tym okresie był więc przegląd literatury odnoszącej się do zaufania organizacyjnego, a dokładniej wewnątrzorganizacyjnego, oraz określenie roli zaufania we współczesnych organizacjach.

Wśród wykorzystanych metod badawczych znalazła się więc krytyczna analiza literatury oraz badania ilościowe (badanie ankietowe), natomiast do analizy materiału empirycznego wykorzystywałam statystyki opisowe, jednoczynnikową ANOVA oraz modele regresji wielorakiej.

Przeprowadzone badania pozwoliły sformułować następujące wnioski:

- zaufanie organizacyjne jest niejednorodnym konstruktem; może być badane ze względu na poznawczy i afektywny wymiar oraz, przyjęty przeze mnie, podział na zaufanie instytucjonalne, wertykalne i horyzontalne;
- obok zaufania interpersonalnego (wertykalnego, horyzontalnego) w organizacji istotną rolę pełni również zaufanie impersonalne (instytucjonalne);

- zaufanie organizacyjne wpływa na innowacyjność organizacji (Ellonen i in. 2008).

Udział w konferencjach (np.: MIC 2009) był okazją do poddania szerszej dyskusji wstępnych wyników badań. Wówczas zarysowały się też kierunki dalszych moich badań.

Wnioski otrzymane z początkowych badań pozwoliły na sformułowanie celów badawczych do kolejnych projektów naukowych:

- uporządkowanie wiedzy dotyczącej rodzajów zaufania wewnątrzorganizacyjnego, czyli zaufania instytucjonalnego, wertykalnego i horyzontalnego;
- określenie poziomu wszystkich rodzajów zaufania wewnątrzorganizacyjnego w badanych polskich przedsiębiorstwach;
- identyfikacja wymiarów poszczególnych rodzajów zaufania;
- określenie charakteru relacji pomiędzy zaufaniem organizacyjnym a innowacyjnością podmiotów.

W tym czasie powstały następujące publikacje:

- [1] K. Krot (50%), D. Lewicka [50%] (2009), *Determinants of innovation in organisations and individuals - the case of IBM*, Management International Conference: MIC'2009: Creativity, Innovation and Management, [in:] Proceedings of the 10th International Conference, University of Primorska, Euro-Mediterranean University, University of Sousse, Sousse.
- [2] K. Krot (50%), D. Lewicka [50%] (2009), *The organizational trust and innovation: study of Polish firm*, Management International Conference: MIC'2009: Creativity, Innovation and Management, [in:] Proceedings of the 10th International Conference, University of Primorska, Euro-Mediterranean University, University of Sousse, Sousse.
- [3] K. Krot (2009), *Zaufanie organizacyjne a innowacyjność*, [w:] *Zarządzanie organizacją w nowej rzeczywistości gospodarczej*, materiały konferencyjne, Oficyna Wydawnicza Politechniki Białostockiej, Białystok.
- [4] K. Krot (2009), *Wpływ zaufania w organizacji na innowacyjność pracowników*, [w:] *Nowoczesne podejście do zarządzania organizacjami*, Difin, Warszawa 2009
- [5] K. Krot (2010), *Zaufanie instytucjonalne jako społeczna determinanta innowacyjności przedsiębiorstw*, [w:] *Wyzwania dla współczesnych organizacji w warunkach konkurencyjnej gospodarki*, Wydawnictwo AGH, Kraków, s. 91-102.
- [6] K. Krot [50%], D. Lewicka [50%] (2011), *Innovation and organisational trust: study of firms in Poland*, International Journal of Innovation and Learning, vol.10, no. 1, s. 43-59 (artykuł w czasopiśmie indeksowanym w bazie Scopus).

Przełomowym momentem w rozwoju tego wątku badawczego było rozpoczęcie w 2011 roku pod moim kierownictwem z dr hab. Dagmarą Lewicką realizacji grantu Narodowego Centrum Nauki nr rej. N N 115 270939 (G/WZ/4/2010) na temat: *Zaufanie organizacyjne a innowacyjność przedsiębiorstw*. Badania zrealizowane w ramach niniejszego projektu miały na celu określenie wpływu zaufania organizacyjnego na innowacyjność przedsiębiorstw, przy czym zaufanie organizacyjne było badane w trzech typach relacji: pomiędzy współpracownikami (zaufanie horyzontalne), pomiędzy pracownikami a menedżerami (zaufanie wertykalne) oraz pomiędzy pracownikami a organizacją jako całością (zaufanie instytucjonalne). Ponadto każdy z rodzajów zaufania był potraktowany jako konstrukt wielowymiarowy (Mayer i in. 1995). W związku z tym w badaniu uwzględniono następujące

wymiary: kompetencje, uczciwość i życzliwość. Badano również wpływ każdego z tych trzech rodzajów zaufania organizacyjnego na kulturę wspierającą innowacyjność przedsiębiorstw.

Metodą badawczą wykorzystaną w projekcie grantowym były badanie ilościowe (badanie ankietowe) oraz badanie jakościowe (grupowe wywiady zogniskowane pogłębione). Badanie ankietowe zostało przeprowadzone w okresie 01.09.2013–01.10.2014 i wzięło w nim udział 1769 pracowników reprezentujących 77 innowacyjnych firm z województwa podlaskiego i małopolskiego, dobranych w sposób kwotowy. Kryteriami rekrutacyjnymi przy doborze firm/pracowników do badania była innowacyjność podmiotu oraz sektor (przemysłowy lub usługowy). Do analizy otrzymanego materiału empirycznego wykorzystano szereg metod statystycznych - od prostej analizy statystyk opisowych czy analizy korelacji Spearmana, poprzez testy istotności statystycznej, m.in. rang ANOVA Kruskala–Wallisa, test U Manna–Whitneya, analizę czynnikową, aż po modelowanie równań strukturalnych (SEM).

Podsumowaniem kilkuletniej pracy badawczej z zakresu zaufania organizacyjnego był artykuł pt. *The model of HRM-trust-commitment relationships* opublikowany w czasopiśmie **Industrial Management & Data Systems (lista A, 25 punktów)** oraz **współautorska monografia** pt. *Zaufanie w organizacji innowacyjnej*, Wydawnictwo C.H. Beck, 221 s.

Wyniki badań zaprezentowane we wspomnianych publikacjach dowodzą, że najwyższy poziom zaufania badani deklarują w aspekcie instytucjonalnym, a najniższy do menedżerów. Pracownicy dużych firm bardziej ufają organizacjom niż pracownicy małych. Natomiast respondenci z małych firm bardziej ufają swoim współpracownikom i mniej menedżerom niż pracownicy dużych podmiotów. W małych firmach, gdzie procedury i normy często nie są w pełni rozwinięte, a sukces jest pochodną bliskich relacji z klientami i wysokiej elastyczności firmy, zaufanie instytucjonalne jest na relatywnie niskim poziomie.

Zaufanie instytucjonalne, mimo że niedoceniane, jest niezbędnym tłem do budowania zaufania między ludźmi w organizacji (Ellonen i in. 2008). Jego formalny charakter wspiera nieformalne zaufanie interpersonalne. W przyszłości firmy najpierw będą musiały wypracować zaufanie instytucjonalne, będące mechanizmem wspierającym wszelkie procesy zachodzące w organizacji, aby w dalszej kolejności móc budować zaufanie interpersonalne. Zaufanie do firmy (instytucjonalne) to wiara, że organizacja jest w stanie udźwignąć ciężar, jaki wiąże się z wdrożeniem innowacji. Budując swoją wiarygodność w oczach pracowników, firma musi więc ich przekonać, że posiada odpowiedni potencjał (organizacyjny, finansowy, rzeczowy) do uporania się z trudnościami procesu innowacyjnego.

Wdrażanie innowacji wiąże się z dużym ryzykiem i niepewnością. Skuteczne działanie w takich warunkach wymaga więc wzajemnego zaufania, które umożliwia łatwiejsze angażowanie się w relacje interpersonalne, pozwala na szybsze zmniejszenie dystansu w tych relacjach, większą otwartość i tolerancję na odmienne poglądy, nowe pomysły i idee.

Rezultaty przeprowadzonych analiz wskazują również, że wszystkie rodzaje zaufania mają wpływ na powstanie innowacyjnego klimatu, choć z różną mocą (rysunek 2). Niewątpliwie najważniejsze w kreowaniu innowacyjnego klimatu jest zaufanie wertykalne, bowiem silnie oddziałuje na wszystkie jego elementy. Przekonanie, że menedżer dotrzymuje obietnic, jest sprawiedliwy, ma odpowiednie kompetencje, w tym społeczne, oraz dobre intencje, sprawia,

że pracownicy nie obawiają się przedstawiania mu ryzykownych pomysłów, nowatorskich przedsięwzięć, ale również łatwiej przyjmują krytyczną ocenę.

Rysunek 6. Model zarządzania zaufaniem ukierunkowany na wzrost innowacyjności

		Wpływ na klimat innowacyjny		
		niski	średni	wysoki
Poziom zaufania	Niski			Zaufanie wertykalne ↓
	średni	Zaufanie horyzontalne ↓		↓
	wysoki	↓	Zaufanie instytucjonalne	↓

Źródło: K. Krot, D. Lewicka (2016), *Zaufanie w organizacji innowacyjnej*, C.H. Beck, Warszawa.

Menedżerowie stają się też pierwszymi recenzentami tych pomysłów, tak więc uwiarygodnienie ich pozycji w oczach pracowników może stanowić silny bodziec do ujawniania innowacyjnych rozwiązań.

W przypadku zaufania wertykalnego największe znaczenie w kreowaniu klimatu innowacyjnego ma przekonanie o uczciwości menedżerów. Sprawiedliwa ocena pracowników, dotrzymywanie obietnic składanych przez przełożonych i rzetelne wywiązywanie się ze zobowiązań dają poczucie bezpieczeństwa, które może skłaniać do podejmowania ryzyka oraz odwagi we wdrażaniu nowatorskich rozwiązań. Zaufanie w uczciwość i rzetelność menedżerów zachęca pracowników do większego zaangażowania się i partycypacji w strategicznym rozwoju organizacji, m.in. poprzez otwartość i kreatywność w myśleniu i podnoszenie innowacyjności.

Z tego modelu wyłania się obraz współczesnego menedżera, nowego rodzaju przywództwa w innowacyjnej organizacji. Menedżer nie musi być liderem wiedzy, ale raczej osobą, która wzbudza zaufanie w uczciwość i rzetelność, pozwalając tym samym swoim pracownikom na kontrowersje i fantazje myślowe, które później dzięki wsparciu przerodzą się w praktyczne rozwiązania. Menedżer odgrywa raczej rolę strażnika etycznego i gwaranta bezpieczeństwa niż kogoś, kto ma być wszechwiedzącym charyzmatycznym liderem. Menedżer ma służyć pracownikom w tworzeniu atmosfery sprzyjającej niestandardowym rozwiązaniom.

Kolejną ważną determinantą klimatu innowacyjnego jest zaufanie instytucjonalne, zwłaszcza w wymiarze „proceduralna pewność”. Chodzi tutaj o procedury, normy, założenia związane z funkcjonowaniem firmy, które gwarantują stabilność i pewność mimo niepewnych i ryzykownych przedsięwzięć związanych z wdrażaniem innowacji. Pracownicy są skłonni podejmować ryzyko, jeśli są przekonani, że groźba ewentualnej porażki nie zaszkodzi ich pozycji zawodowej ani nie narazi ich na innego rodzaju straty. Ponadto pracownik, aby wykazywał zaangażowanie w procesy innowacyjne, powinien postrzegać organizację jako wiarygodną oraz wierzyć w założenia strategiczne firmy poparte pozytywną oceną jej funkcjonowania. Co ważne, zaufanie instytucjonalne stanowi kontekst sprzyjający budowaniu zaufania interpersonalnego.

Zaufanie horyzontalne okazało się najmniej istotnym czynnikiem kształtującym klimat organizacyjny. Wśród wymiarów szczególne znaczenie mają wiedza i chęć dzielenia się nią, uczciwość oraz zespołowość.

Efekt moich badań z zakresu zaufania organizacyjnego jest 26 publikacji, w tym monografia współautorska, **10 artykułów** (4 w języku angielskim, 6 w języku polskim), w tym w czasopiśmie z listy A (25 punktów), **6 referatów prezentowanych na międzynarodowych konferencjach**, w tym na prestiżowej konferencji EURAM2017, oraz **3 rozdziały w monografiach** (które też były prezentowane podczas konferencji).

- [7] K. Krot (2011), *Trust in organizations: study on new dimensions*, Changing Perspective of Management: Revisit the existing and explore the novel ideas, Conference Proceedings, s. 265-276.
- [8] K. Krot [50%], D. Lewicka [50%] (2012), *Key Characteristics of Innovation Culture – Case Study of Polish Lingerie Company*, 3rd International Conference of Management and Technology 2012: ICEMT, International Proceedings of Economics Development and Research, International Economics Development and Research Center, s. 227-229.
- [9] D. Lewicka [50%], K. Krot [50%] (2012), *The significance and measurement of trust in the organization in the light of the empirical studies*, 3rd International Conference of Management and Technology 2012: ICEMT, International Proceedings of Economics Development and Research, International Economics Development and Research Center, s. 202-207.
- [10] K. Krot [50%], D. Lewicka [50%] (2012), *The importance of trust in manager-employee relationships*, International Journal of Electronic Business Management, vol. 10, nr 3, s. 224-233.
- [11] K. Krot [50%], D. Lewicka [50%] (2012), *Organizational trust as a factor creating a proinnovative culture in an organization*, [in:] International Conference on Innovation and Management: IAM National Taipei University, National Central University, National Chengchi Univers.
- [12] K. Krot [50%], D. Lewicka [50%] (2012), *The importance of dimensions of trust in managers-employees relationship*, [in:] International Conference on Innovation and Management: IAM National Taipei University, National Central University, National Chengchi Univers.
- [13] K. Krot (2013), *Holistyczne podejście do zaufania w zarządzaniu przedsiębiorstwem*, [w:] *Nauki o zarządzaniu dla przedsiębiorstw i biznesu*, (red.) A. Czech, A. Szplit, Wyd. Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, Katowice, s. 225-244.
- [14] K. Krot [50%], D. Lewicka [50%] (2013), *The market orientation as a key dimension of innovation culture – study of polish lingerie company*, International Journal of e-Education, e-Business, e-Management, e-Learning, vol.3(2), s. 79-84 ISSN: 2010-3654; DOI: 10.7763/IJEEEE.2013.V3.197.
- [15] K. Krot [50%], D. Lewicka [50%] (2013), *The level of trust in innovative enterprises – measurement and analysis*, Humanities and Social Sciences, vol. 18, nr 2, s. 97-106.
- [16] K. Krot [50%], D. Lewicka [50%] (2014), *Natura zaufania instytucjonalnego*, Marketing i Rynek, nr 5, s. 1231-7853.
- [17] D. Lewicka [50%], K. Krot [50%] (2014), *Rodzaje i wymiary zaufania jako determinanty kultury proinnowacyjnej*, Marketing i Rynek, nr 5, s. 1121-1127.
- [18] K. Krot (2014), *Determinanty indywidualnych zachowań innowacyjnych w perspektywie młodszych i starszych pracowników*, Przedsiębiorczość i Zarządzanie, t.15, z.11-cz.1, s. 1733-2486.
- [19] K. Krot [50%], D. Lewicka [50%] (2015), *Wpływ zaufania organizacyjnego na innowacyjność w świetle badania jakościowego*, Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania, Uniwersytet Szczeciński, nr 39, t. 3, s. 65-78.

- [20] K. Krot [50%], D. Lewicka [50%] (2015), *Wpływ jakości środowiska pracy na zachowania pracowników*, Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania, Uniwersytet Szczeciński, nr 39, t. 4, s. 95-109.
- [21] K. Krot [50%], D. Lewicka [50%] (2015), *Zarządzanie zaufaniem – pomiędzy stabilnością a zmiennością organizacyjną*, [w:] *Granice w zarządzaniu kapitałem ludzkim*, red. P. Wachowiak, S. Winch, SGH, Warszawa, s. 261-270.
- [22] D. Lewicka [50%], K. Krot [50%] (2015), *The model of HRM-trust-commitment relationships*, *Industrial Management & Data Systems*, vol. 115 (8), s. 1457-1480 (artykuł w czasopiśmie indeksowanym w bazie Web of Science, 2017 Impact Factor: **2.948** i Scopus, CiteScore 2017: **3.43**).
- [23] K. Krot [50%], D. Lewicka [50%] (2016), *Determinanty satysfakcji i zaangażowania w pracę*, *Marketing i Rynek*, nr 3, s. 400-410.
- [24] K. Krot [50%], D. Lewicka [50%] (2016), *Rola zaufania w organizacji inteligentnej*, [w:] *Organizacja inteligentna – perspektywa zasobów ludzkich*, red. C. Suszyński, G. Leśniak-Łebkowska, Oficyna Wydawnicza SGH, s. 135-146.
- [25] K. Krot [50%], D. Lewicka [50%] (2016), *Zaufanie w organizacji innowacyjnej*, C.H. Beck, Warszawa, 221 s.
- [26] D. Lewicka [40%], K. Krot [40%], D. Książek [20%] (2016), *Metodyczne aspekty badania zaufania w naukach o zarządzaniu*, *Zeszyty Naukowe. Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie*, nr 955, s. 41-56.
- [27] K. Krot, D. Lewicka (2017), *The Relationship between Impersonal Trust and Innovative Culture: An Empirical Study*, Konferencja European Academy of Management EURAM 2017, Glasgow.

Relacja lekarz-pacjent oparta na zaufaniu

Kolejnym wątkiem badawczym, najbardziej zbliżonym tematycznie do mojego głównego osiągnięcia naukowego, jest relacja lekarz-pacjent oparta na zaufaniu. Początkowe publikacje w ramach tego wątku były rezultatem pilotażowego badania (ankieta audytoryjna) – przeprowadzonego na próbie 208 respondentów – wówczas studentów II i III roku dwóch białostockich uczelni: Politechniki Białostockiej i Uniwersytetu w Białymstoku. Badanie to miało na celu:

- weryfikację założeń w dalszych etapach procesu badawczego,
- identyfikację problemów badawczych,
- weryfikację narzędzia badawczego (kwestionariusza ankietowego),
- weryfikację skal pomiarowych.

W pierwszym etapie moich badań nad zaufaniem pomiędzy pacjentem a lekarzem główną metodą badawczą była krytyczna analiza literatury oraz wspomniane badanie ilościowe (ankieta audytoryjna), natomiast do analizy danych zastosowałam statystyki opisowe, jednoczynnikową ANOVA oraz modele regresji wielorakiej.

Głównymi konkluzjami będącymi efektem badania pilotażowego, obok weryfikacji narzędzi badawczych, był opis morfologii zaufania do lekarza (rola kompetencji lekarza w kreowaniu zaufania pacjentów) oraz identyfikacja znaczenia determinant tego zaufania znajdujących się w otoczeniu zakładów opieki zdrowotnej.

Przeprowadzenie zakrojonych na szerszą skalę badań, na reprezentatywnej ogólnopolskiej próbie umożliwiło mi pozyskanie kolejnego **grantu z Narodowego Centrum Nauki** o nr rej.

2011/01/D/HS4/05664 (G/WZ/6/2011) na temat: *Zarządzanie zaufaniem instytucjonalnym w relacji lekarz-pacjent*, realizowanego wraz z prof. Igą Rudawską w latach 2012-2016. Celem tego projektu badawczego było zbadanie poziomu zaufania pacjentów do lekarzy jako elementu relacji konsumenckiej oraz identyfikacja wymiarów tego zaufania. Ponadto podjęto próbę ustalenia wielopłaszczyznowych determinant zaufania do lekarza istotnie wpływających na jego poziom. Zweryfikowano również następstwa zaufania w relacji lekarz-pacjent (tj. poziom satysfakcji czy przestrzegania zaleceń lekarskich), wskazując na siłę tych zależności. Poznanie zarówno uwarunkowań, jak i następstw zaufania w relacji lekarz-pacjent wzbogaca wiedzę o specyfice tej relacji oraz dostarcza placówkom opieki zdrowotnej wiedzy potrzebnej do zarządzania relacjami z pacjentem/klientem.

Metodami badawczymi wykorzystanymi w projekcie grantowym były: badanie ilościowe (wywiad telefoniczny wspomagany komputerowo CATI) oraz badanie jakościowe (analiza treści for internetowych). Badanie CATI przeprowadzono na reprezentatywnej, ogólnopolskiej próbie 1000 dorosłych Polaków. Kryterium rekrutacyjnym do próby badawczej był fakt korzystania z opieki lekarskiej w ciągu ostatniego pół roku przed realizacją badania.

Do analizy zebranych danych empirycznych zastosowano modelowanie równań strukturalnych (SEM), analizę czynnikową (eksploracyjną i confirmacyjną), analizę wariacji, modele regresji wielorakiej, a także statystyki opisowe i testy istotności statystycznej, m.in. rang ANOVA Kruskala-Wallisa, test U Manna-Whitneya.

Główne wnioski sformułowane w tym wątku badawczym to:

- Zaufanie do lekarza jest silnie uwarunkowane sytuacją w otoczeniu, np. zaufaniem do całego systemu opieki zdrowotnej.
- Przestrzeganie zaleceń lekarskich wynika z coraz większego zaangażowania pacjentów w proces leczenia i współtworzenia usługi medycznej. Przestrzeganie zaleceń lekarskich jest traktowane bowiem jako wyraz współpracy pomiędzy lekarzem a pacjentem, świadomego wpływu na swój dobrostan i w efekcie na przyspieszenie procesu wyleczenia (McKee i in. 2006). Satysfakcja w sposób istotny statystycznie wpływa na oba wymiary (zapominanie i samowolę pacjentów) zachowań związanych z przestrzeganiem zaleceń lekarskich. Wyniki badania wskazują, że zmienne demograficzne mają moderujący wpływ na analizowaną zależność. W przypadku kobiet satysfakcja zdecydowanie słabiej modyfikuje ich zachowania związane z przestrzeganiem zaleceń lekarskich niż w przypadku mężczyzn. Satysfakcja jest niewystarczającym czynnikiem, aby modyfikować zachowania osób z wyższym wykształceniem, natomiast jest czynnikiem sprzyjającym skrupulatniejszemu przestrzeganiu zaleceń lekarskich wśród osób z wykształceniem niższym (podstawowym i zawodowym) satysfakcja.
- Konstruktywna, ukierunkowana na potrzeby obu partnerów relacji, komunikacja między lekarzem a pacjentem przyczynia się do zwiększenia efektów leczenia, ale również korzyści ekonomicznych czy psychologicznych (Leisen, Hymanb 2004). Zaufanie do życzliwości lekarzy sprawia, że pacjentom łatwiej jest komunikować się z lekarzem: informować o swoim stanie zdrowia, zadawać pytania, rozwiewać wątpliwości. Pacjenci okazujący ten rodzaj zaufania sprawiają, że również lekarz jest bardziej zaangażowany

w proces komunikacji: chętniej informuje o opcjach i efektach leczenia, wyjaśnia wszelkie wątpliwości związane z leczeniem, ale też zachęca pacjentów do aktywnej komunikacji. Komunikacja pomiędzy lekarzem a pacjentem wpływa na zaufanie, które z kolei wzmacnia proces komunikacji. Jak się okazuje, w tych współzależnościach szczególnie istotne jest zaufanie do życzliwości lekarzy, choć pozostałe wymiary zaufania również pełnią znaczącą rolę.

- Partycypacyjne zachowania pacjentów silnie i w sposób istotny statystycznie wpływają na zaufanie do lekarzy. Obustronna wymiana informacji pomiędzy lekarzem i pacjentem silnie i pozytywnie wpływa na wszystkie rodzaje zaufania, zwłaszcza na zaufanie do rzetelności. Okazuje się więc, że partycypacja pacjenta przejawiająca się w wzajemnej komunikacji na rzecz zdrowia jest silną determinantą zaufania do rzetelności i uczciwości lekarzy.
- Zaufanie do systemu opieki zdrowotnej jest zgeneralizowaną postawą, wynikającą zarówno z doświadczeń własnych bądź innych ludzi, jak i wykreowanego przez media wizerunku systemu. Wyniki badania potwierdzają, że upowszechnianie zarówno pozytywnego, jak i negatywnego medialnego wizerunku systemu opieki zdrowotnej ma wpływ na zaufanie do metod leczenia i zaufanie do całego systemu. Zdecydowanie silniejszy wpływ widoczny jest w przypadku pozytywnego postrzegania sytuacji w ochronie zdrowia. Oznacza to, że dbając o pozytywny przekaz medialny, można przyczynić się do stopniowej poprawy zaufania do systemu, natomiast każdy negatywny komunikat zaprzepaszcza włożony wysiłek, choć z nieco mniejszą siłą.
- Najsilniejszą determinantą zaufania do systemu opieki zdrowotnej jest zaufanie do metod leczenia. Wydaje się, że zaufanie to pełni rolę wstępnego zaufania (*shift trust*), niezbędnego do zainicjowania kontaktu z placówką opieki zdrowotnej. Jest ono wypadkową zaufania pokładanego w technologie w ogóle, zaufania do wiedzy medycznej i przekonania o jej skuteczności. Wpływa więc na skłonność do poszukiwania pomocy ze strony lekarzy i tym samym buduje wiarę w skuteczność całego systemu.
- Zaufanie do systemu opieki zdrowotnej można traktować jako kontekst, w którym „zagnieżdżone” są inne rodzaje zaufania związanego z usługami medycznymi i zachodzącymi tam relacjami. Z drugiej jednak strony jest ono wspierane przez zaufanie na niższych szczeblach systemu. Zaufanie to sprzyja budowaniu więzi strukturalnych w relacji lekarz-pacjent. Zaufanie do systemu jest więc istotnym elementem otoczenia zakładów opieki zdrowotnej, silnie determinującym zarządzanie tymi placówkami.

Podsumowanie badań zrealizowanych w ramach projektu grantowego znajduje się w monografii pt. *Zaufanie w relacji lekarz-pacjent Implikacje dla zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*.

Efektom badań zrealizowanych w ramach wątku badawczego „relacja lekarz-pacjent oparta na zaufaniu” jest 16 publikacji, w tym 14 artykułów, z czego 2 artykuły w proceeding w bazie Web of Science, oraz 2 rozdziały w monografii. Poniżej znajdują się dane bibliograficzne publikacji zaliczonych do omawianego wątku badawczego:

- [1] K. Krot (2011), *Zaufanie w relacji lekarz-pacjent*, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, nr 226, s. 150-160.
- [2] K. Krot (2012), *Zaufanie jako wskazówka w wyborach konsumenckich na rynku usług medycznych*, Handel Wewnętrzny, t. III, s. 331-341.
- [3] K. Krot (2013), *Właściwości i struktura zaufania opartego na kompetencjach w relacji lekarz-pacjent*, Przedsiębiorczość i Zarządzanie, t. 14, z.13, s. 125-138.
- [4] K. Krot (2013), *Determinanty współczesnego modelu relacji lekarz-pacjent*, Przedsiębiorczość i Zarządzanie, t. 14, z.10, s. 349-360.
- [5] K. Krot [50%], I. Rudawska [50%] (2013), *Koncepcja zaufania w relacji lekarz-pacjent w świetle badań jakościowych*, Zeszyty Naukowe SGGW w Warszawie. Polityki Europejskie, Finanse i Marketing, vol. 59, nr 10, s. 381-393.
- [6] K. Krot [50%], I. Rudawska [50%] (2016), *Budowanie satysfakcji pacjenta na podstawie zaufania – studium empiryczne rynku usług medycznych*, Handel Wewnętrzny, nr 4, s. 110-121.
- [7] K. Krot [50%], I. Rudawska [50%] (2016), *The role of trust in doctor-patient relationship: qualitative evaluation of online feedback from Polish patients*, Economics and Sociology, vol. 9, nr 3, s. 76-88 (artykuł w czasopiśmie indeksowanym w bazie Scopus; CiteScore: 1.39).
- [8] K. Krot (2016), *Wpływ zaufania do lekarzy na przestrzeganie zaleceń lekarskich przez pacjentów* [w:] M. Ćwiklicki, M. Jabłonński, S. Mazur (red.), *Współczesne koncepcje zarządzania. Wyzwania modernizacyjne sektora publicznego*, Kraków: Fundacja Gospodarki i Administracji Publicznej, s. 128-139.
- [9] K. Krot (2017), *Online information seeking and trust in doctors: an empirical study*, [w:] M. Przygoda, M. Cingula, L. Yonggiang, 24th International Scientific Conference on Economic and Social Development – Managerial Issues in Modern Business, Warszawa, s. 154-163.
- [10] K. Krot [50%], I. Rudawska [50%] (2017), *Patient' trust in physicians as an antecedent of satisfaction with medical services*, Economics and Sociology, vol. 10(2), s. 207-216 (artykuł w czasopiśmie indeksowanym w bazie Scopus; CiteScore: 1.39).
- [11] K. Krot [50%], I. Rudawska [50%] (2017), *Komunikacja w relacji lekarz-pacjent a budowanie zaufania*, Handel Wewnętrzny, nr 2, s. 201-213.
- [12] K. Krot, J.P. Sousa (2017), *Factors impacting on patient compliance with medical advice: empirical study*, Engineering Management in Production and Services, vol. 9(2), s. 73-81 (artykuł w czasopiśmie indeksowanym w bazie Scopus).
- [13] K. Krot (2018), *Zaufanie do lekarza i satysfakcja pacjenta a poszukiwanie informacji o zdrowiu w Internecie*, [w:] *Nauki o zarządzaniu w odmiennych kontekstach badawczych*, M. Tutko, M. Wronka-Pośpiech, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, s. 141- 152.
- [14] K. Krot [50%], I. Rudawska [50%] (2018), *Zaufanie jako zasób systemowy w sektorze zdrowia – w świetle badania polskich pacjentów*, Studia Ekonomiczne, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, nr 350, s. 42-53.
- [15] K. Krot (2018) *Partycypacja pacjenta w procesie leczenia a zaufanie do lekarzy*, Handel Wewnętrzny, nr 4, s. 155-165.
- [16] I. Rudawska [50%], K. Krot [50%] (2018), *The relationship between doctors' communication and trust in doctor: some behavioural data*, [w:] *Problems, methods and tools in experimental and behavioural Economics*, K. Nermend, M. Łatuszyńska, Springer, Cham, s. 187-197 (publikacja w materiałach konferencyjnych indeksowanych w bazie Web of Science).

Zachowania konsumenckie

Wątek badawczym, nieco pobocznym, ale przewijającym się przez cały okres po doktoracie, jest wątek nazwany przeze mnie jako „zachowania konsumenckie”. Mieszczą się w nim następujące zagadnienia:

- zaufanie konsumenckie w innych branżach niż usługi medyczne,
- etnocentryzm, patriotyzm i nostalgia konsumencka,
- czynniki wpływające na decyzje nabywcze starszych konsumentów.

Pierwsze zagadnienie jest najsilniej związane z moim głównym nurtem badawczym. W trakcie badań nad relacjami opartymi na zaufaniu (pomiędzy pracownikami, lekarzem a pacjentem) próbowałam również przyglądać się innego typu relacjom. Staż w firmie Project Consulting stworzył mi warunki do badania użytkowników portali budowlano-wnętrzarskich. Wyniki tego badania ankietowego, przeprowadzonego wśród prawie 60 osób, które w ciągu dwóch lat przed realizacją badania urządziły, remontowały lub odnawiały mieszkanie (lub dom) i korzystały w portalu wnętrzarskich, zostały najpierw zaprezentowane na konferencji, a następnie opublikowane w czasopiśmie. Wyniki badania dowodzą, że istnieje bardzo silny związek między całkowitym zaufaniem do portalu budowlano-wnętrzarskiego a zaufaniem do innych użytkowników tego portalu. Zaufanie to przejawiało się najsilniej w zaufaniu do uczciwości członków społeczności online oraz w umiejętnościach i wiedzy osób, które polecają produkty lub dzielą się swoimi opiniami na portalu.

Kolejną grupą konsumentów przebadaną pod kątem budowania relacji opartej na zaufaniu byli studenci. Ze względu na eksploracyjny charakter problemu badawczego zdecydowałam się na realizację badania jakościowego. Opinie studentów pozyskano metodą pisemnej, niestandardyzowanej wypowiedzi. W badaniu zrealizowanym na potrzeby niniejszego artykułu studenci wyraźnie jako wymiary konstruujące zaufanie do nauczyciela akademickiego wyodrębnili: życzliwość, kompetencje, przewidywalność, uczciwość i rzetelność oraz dodatkowo wskazali na zewnętrzne atrybuty wykładowcy. Okazało się również, że życzliwość jest wymiarem bardzo pojemnym, bowiem obejmującym wiele zachowań nauczyciela: od wyrozumiałości, poprzez chęć niesienia pomocy, doradztwo, a kończąc na umiejętności zbudowania bliskiej relacji i indywidualnym podejściu do studenta.

W literaturze podkreśla się fakt współistnienia zaufania i nieufności w relacjach interpersonalnych, dlatego też celem kolejnego mojego badania było ustalenie głównych determinant nieufności konsumentów. Badanie to wskazuje, że obok cech demograficzno-ekonomicznych (wiek, poziom wykształcenia i dochodu) silnymi predyktorami poziomu nieufności są uwarunkowania kulturowe, czyli przekonanie o potrzebie czujności i ostrożności w kontaktach z innymi, obcymi ludźmi oraz że ludzie kłamią, aby osiągnąć własne korzyści. Bardziej szczegółowe wnioski z tych badań zostały zaprezentowane w poniższych publikacjach:

- [1] K. Krot (2012), *Trust in the relationship between social network users – study on the construction and interior design portals*, [in:] International Conference on Technology, Innovation and Industrial Management TIIM 2012: Building Competences, Synergy and

- Competitiveness for the Future, (red.) Z. Pastuszek, K. Phusavat, A. Sitko-Lutek, B. Lin, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Kasetsart University, Lublin.
- [2] K. Krot (2012), *The significance of trust among users of social networking websites-study on construction and interior design portals*, Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Organizacja i Zarządzanie, nr 2, s. 35-51.
- [3] K. Krot (2014), *Wymiary zaufania studentów do wykładowcy w świetle badania*, Marketing i Rynek nr 8, s. 1121-1127.
- [4] K. Krot (2016), *Nieufny konsument-wyzwanie współczesnego marketingu*, Handel Wewnętrzny, nr 5, s. 137-148.
- [5] K. Skowysz, K. Krot (2018), *Zaufanie a skłonność do korzystania i zadowolenie z usług internetowych*, Akademia Zarządzania, vol. 2(4), s. 101-117.

Badania dotyczące wpływu zaufania na zakres korzystania i zadowolenie z usług internetowych są efektem współpracy z moją studentką-dyplomantką.

Jako współautor uczestniczyłam także w projekcie badawczym, którego celem było określenie wpływu etnocentryzmu i patriotyzmu konsumenckiego na relacje z lokalnymi markami alkoholu wśród młodych konsumentów (studenci) oraz na ich decyzje zakupowe. Badania jakościowe (zogniskowane wywiady grupowe) wśród grupy docelowej (studenci) dowiodły, że istotną rolę w procesie podejmowania decyzji nabywczych odgrywa postawa etnocentryzmu budowana poprzez działania wizerunkowe marek wykorzystujących symbole narodowe, elementy polskiej kultury, odwołujące się do tożsamości narodowej i regionalnej. Wyniki badań zostały zaprezentowane w następujących publikacjach:

- [1] K. Krot (35%), E. Glińska (25%), D. Siemieniako (20%), K. Kubacki (20%) (2008), *Postawa patriotyzmu lokalnego konsumentów piwa jako przykład relacji z lokalną marką*, Zeszyty Naukowe Politechniki Białostockiej. Ekonomia i Zarządzanie” z. 13, s. 205-218.
- [2] D. Siemieniako (35%), K. Kubacki (35%), E. Glińska (15%), K. Krot (15%) (2008), *The Ethnocentric tendencies amongst beer drinkers as a specific relationship with local brands in Poland*, (competitive paper), **Academy of Marketing Conference (AMC)**, Reflective marketing in a material world, Aberdeen Business School, The Robert Gordon University, 8-10.07.2008, Aberdeen, Wielka Brytania, s. 87.
- [3] E. Glińska (35%), K. Krot (25%), K. Kubacki (20%), D. Siemieniako (20%) (2008), *Etnocentryzm w postawach młodych konsumentów piwa*, Zeszyty Naukowe Politechniki Rzeszowskiej. Zarządzanie i Marketing, Rzeszów z. 13, s.123-131.
- [4] E. Glińska (40%), K. Krot (25%), K. Kubacki (20%), D. Siemieniako (15%) (2009), *Etnocentryzm/patriotyzm konsumencki na rynku piwa jako przejaw nostalgii polskich migrantów*, [w:] *Tożsamość i wizerunek marketingu* (red. R. Niestrój), PWE, Warszawa, s. 527-535.
- [5] K. Kubacki (35%), D. Siemieniako (35%), K. Krot (15%), E. Glińska (15%) (2009), *Nostalgia and alcohol consumption: the relationship with homeland cultures*, (extended abstract), International conference on immigration, consumption and markets, University Lille 2 and Group ESC Lille, 18-19.05.2009, Lillie, Francja, s. 41-43.
- [6] D. Siemieniako (55%), K. Kubacki (15%), E. Glińska (15%), K. Krot (15%) (2011), *National and regional ethnocentrism: a case study of beer consumers in Poland*, British Food Journal, vol. 113, no. 3, s. 404-418 (publikacja w czasopiśmie indeksowanym w bazie Web of Science i Scopus; Impact Factor 2011:0,703; wydawca: Emerald Group Publishing Limited).

Kolejny projekt badawczy, realizowany we współautorstwie w ramach wątku „zachowania konsumenckie”, dotyczył osób w wieku 55 plus. Jego celem była identyfikacja czynników

determinujących decyzje zakupowe osób starszych, ustalenie specyfiki tych zachowań oraz wskazanie rekomendacji dla przedsiębiorstw kierujących swoją ofertę do klientów w wieku emerytalnym. Badanie zrealizowane zostało metodami jakościowymi, polegającymi przede wszystkim na analizie narracyjnej esejów etnograficznych przygotowanych przez 15 słuchaczy Uniwersytetu III Wieku w Białymstoku oraz indywidualnych wywiadach pogłębionych. Wyniki wskazują, że seniorzy to konsumenci o ograniczonych możliwościach finansowych, a tym samym wysokiej wrażliwości na poziom cen produktów i usług, mniej skłonni do podejmowania ryzyka. Ponadto ich decyzje konsumenckie są uzależnione od samooceny stanu zdrowia i poczucia osamotnienia. Co ważne, specyfiką zachowań konsumpcyjnych osób starszych jest przesunięcie z orientacji „mieć” na konsumpcję zorientowaną na „być”, przy czym „bycie” oznacza rozwijanie pasji i zainteresowań. „Konsumpcja doświadczeń” seniorów jest dla nich sposobem na przeciwdziałanie ekonomicznemu i społecznemu wykluczeniu. Wobec tego pozycjonowanie produktów skierowanych do segmentu seniorów powinno uwzględniać takie cechy produktów, jak: wygoda i funkcjonalność, jakość, niezawodność, spersonalizowanie i możliwość rozwijania kontaktów społecznych. Do publikacji prezentujących wnioski z zakresu zachowań konsumpcyjnych seniorów należą:

- [1] E. Glińska (50%), K. Krot (50%) (2010), *Wybrane aspekty zachowań konsumenckich seniorów w świetle badań etnograficznych słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku*, [w:] Marketing: ujęcie relacyjne, (red. M. Brzozowska-Woś), Politechnika Gdańska, Gdańsk, s. 209-225.
- [2] K. Krot (50%), E. Glińska (50%) (2011), *Decyzje zakupowe klientów trzeciego wieku w świetle badań jakościowych*, Marketing i Rynek, nr 2, s. 23-28.
- [3] K. Krot (50%), E. Glińska (50%) (2014), *Economic exclusion of older consumers in Poland in the context of consumer culture theory*, *Ekonomia i Zarządzanie*, vol. 6(1), s. 57-78.

Pozostałe publikacje są efektem prac zleconych realizowanych we współpracy z innymi osobami. Na podstawie badań przeprowadzonych w ramach projektu zleconego Wydziałowi Inżynierii Zarządzania PB przez Wojewódzki Urząd Pracy w Białymstoku nt. „Analiza sytuacji kobiet w województwie podlaskim”, powstały dwa artykuły:

- [1] K. Krot (50%), U. Widelska (50%) (2018) *Determinanty powrotu kobiet na rynek pracy – analiza wybranych czynników*, *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, T. 19, z.3 – cz.1, s. 179-188.
- [2] K. Krot (50%), U. Widelska (50%) (2018) *Potrzeby kobiet na etapie zmiany zawodu jako wyzwanie dla employer brandingu*, *Handel Wewnętrzny*, nr 5, s. 150-159.

Celem tych publikacji była charakterystyka zachowań kobiet pracujących i niepracujących na rynku pracy. Z jednej strony uwaga była poświęcona kobietom jako potencjalnym pracownikom decydującym się na mobilność zawodową oraz odniesienie tych cech do wymogów employer brandingu, z drugiej zaś podjęto próbę identyfikacji głównych determinant decyzji o podjęciu pracy przez kobiety niepracujące (mieszanki województwa podlaskiego). Wyniki badań wskazują, że cechy społeczno-ekonomiczne, które decydują o poszukiwaniu przez kobiety pracy w nowym zawodzie, to przede wszystkim: wiek, dochód, miejsce zamieszkania i w nieco mniejszym stopniu poziom wykształcenia. Kobiety, które rozważają zmianę zawodu, to osoby, które przede wszystkim potrzebują pracy w zgranym zespole. Co ciekawe, czynnikiem, który wyraźnie się zaznaczył i stosunkowo silnie powstrzymuje kobiety przed decyzją

o mobilności zawodowej, jest lęk przed zmianą. Z kolei powrót na rynek pracy (kobiet niepracujących) jest uzależniony od siły przekonania o konieczności poświęcenia się rodzinie.

Kolejne publikacje powstały również jako rezultat prac badawczych prowadzonych na zlecenie Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Białymstoku w ramach projektu Podlaskie Obserwatorium „Analiza kluczowych sektorów województwa podlaskiego - sektor turystyczny”, Białystok 2010 (współautor) i „Analiza kluczowych sektorów województwa podlaskiego: sektor rolnictwo”, Wojewódzki Urząd Pracy, Białystok 2012 (współautor).

- [1] Krot K. (60%), Glińska E. (40%) (2014), *Uwarunkowania subiektywnej oceny sytuacji ekonomicznej indywidualnych gospodarstw rolnych w opinii ich właścicieli*, Zeszyty Naukowe Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie. Ekonomia i Organizacja Gospodarki Żywnościowej nr 105, s. 17-29.
- [2] K. Krot (40%), E. Glińska (60%) (2011), *Czynniki kształtujące satysfakcję turystów z pobytu w województwie podlaskim*, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, nr 157, s. 609-623.

6. Syntetyczna charakterystyka działalności naukowej, dydaktycznej, organizacyjnej i popularyzatorskiej

Poprzedni rozdział prezentował etapy ewolucji mojego rozwoju naukowego od momentu uzyskania stopnia doktora do chwili obecnej wraz z opisem dorobku naukowego. W dalszej części chciałabym natomiast w syntetyczny sposób przedstawić inne wymiary aktywności naukowej oraz moją działalność dydaktyczną, organizacyjną i popularyzatorską.

Przede wszystkim od momentu uzyskania stopnia doktora uczestniczyłam/uczestniczę w realizacji **9 projektów badawczych**, w tym **4 finansowanych ze źródeł zewnętrznych**: międzynarodowych (**GoSmart BSR i Nano2all**) oraz krajowych - **2 granty Narodowego Centrum Nauki**, w których pełniłam funkcję kierownika. Ponadto byłam/jestem członkiem zespołów badawczych realizujących projekty finansowane ze źródeł wewnętrznych, tj. prac własnych i statutowych Politechniki Białostockiej. Szczegółowe informacje dotyczące mojego udziału w wymienionych projektach badawczych przedstawiłam w załączniku nr 4 do wniosku o przeprowadzenie postępowania habilitacyjnego.

Wynikami swoich badań dzieliłam się podczas **prestiżowych krajowych i zagranicznych konferencji naukowych z zakresu zarządzania**. Łącznie miałam możliwość zaprezentowania **17 referatów**, w tym na bardzo renomowanej i rozpoznawalnej Konferencji EURAM 2017 w Glasgow. Liczba wydarzeń konferencyjnych w moim dorobku wzrośnie po uwzględnieniu konferencji, podczas których referaty mojego autorstwa były prezentowane przez współautorów lub otrzymały pozytywne recenzje, ale formuła konferencji nie przewidywała wystąpień autorów. Wówczas liczba konferencji, w których **uczestniczyłam wynosi 29**.

Byłam również **członkiem Komitetu Naukowego 2 konferencji naukowych**, w tym jednej w języku angielskim oraz **członkiem Komitetu Organizacyjnego** trzech spotkań naukowych.

Jako **recenzent współpracuję z czasopismami z listy JCR**: European Management Review (liczba punktów wg. listy A MNiSW – 25; impact factor (2016) - 1.25), International Journal of Qualitative Studies in Health & Well-Being (liczba punktów wg. listy A MNiSW – 20; impact factor (2017) - 1.094), Culture and Organization (liczba punktów wg. listy A MNiSW – 15; impact

factor (2017) - 0.957). Ponadto przygotowuje recenzje dla krajowych czasopism, tj. Engineering Management in Production and Services (w języku angielskim) czy Journal of Marketing and Consumer Behaviour in Emerging Markets.

Staram się również wspierać młodych naukowców. Jestem **promotorem pomocniczym dwóch doktorantów** - mgr. Dawida Książka i mgr Pauliny Karp-Zawlik.

Stopniowe doskonalenie warsztatu naukowego zaowocowało **trzema nagrodami /wyróżnieniami za artykuły naukowe** prezentowane podczas krajowych i zagranicznych konferencji. Do rozwoju zawodowego przyczynił się również odbyty w 2013 roku **staż naukowy na Wydziale Zarządzania Akademii Górniczo-Hutniczej w Krakowie**. Funkcję opiekuna naukowego pełniła prof. nzw. dr hab. Dagmara Lewicka. W efekcie moja działalność naukowa została dostrzeżona, czego wynikiem było **sześć nagród Rektora** za działalność naukową.

W całym analizowanym okresie poszukiwałam sposobów na wzbogacenie swojej działalności naukowej i dydaktycznej. Udawało mi się to dzięki mojej aktywności w obszarze praktyki gospodarczej. Jestem **współautorką 29 opracowań eksperckich**, z czego 10 zostało opublikowanych oraz stało się asumptem do przygotowania artykułów naukowych. Opracowane przeze mnie dokumenty zostały wysoko ocenione, czego dowodem są rekomendacje zachwalające wysoką jakość i rzetelność wykonanych prac. Współpracując z różnego rodzaju podmiotami realizowałam działalność popularyzatorską prowadząc szkolenia, liczne warsztaty oraz spotkania konsultacyjne. Pełniłam również funkcję **Członka Społecznej Rady Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia** ze wskazania Rady Działalności Pożytku Publicznego oraz byłam **ekspertem w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego** na lata 2007-2013 w dziedzinie Rozwój infrastruktury z zakresu opieki zdrowotnej.

Po uzyskaniu stopnia doktora byłam **promotorem 129 prac dyplomowych** na kierunku zarządzanie, z czego około 40 zakończonych prac magisterskich. W 2010 roku praca jednej z moich dyplomantek została wyróżniona przez Wojewódzki Urząd Pracy w Białymstoku. Sprawowałam również **opiekę naukową nad studentką** Kingą Skowysz, z którą wspólnie przygotowaliśmy artykuł do czasopisma Akademia Zarządzania.

Na rzecz podnoszenia kompetencji studentów kierunku zarządzanie, najpierw pozyskałam środki, a obecnie **realizuję projekt „e-MANAGER”** – program staży menedżerskich dla kierunku zarządzanie Wydziału Zarządzania Politechniki Białostockiej” w ramach Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój Oś priorytetowa: III Szkolnictwo wyższe dla gospodarki i rozwoju Działanie: 3.1. Kompetencje w szkolnictwie wyższym. Prowadziłam również wysoko oceniane przez studentów **zajęcia w języku angielskim** w ramach projektu finansowanego z Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.

Wykonuje też liczne prace organizacyjne na rzecz Wydziału Inżynierii Zarządzania Politechniki Białostockiej. Jestem **członkiem Wydziałowej Komisji Oceniającej, Wydziałowej Komisji ds. Oceny Prac Dyplomowych**. Pracowałam w zespołach i komisjach m.in.: **do spraw opracowania raportu samooceny na kierunku: zarządzanie**, opracowania planów studiów i programów kształcenia na kierunku zarządzanie.

7. Wskaźniki dokonań naukowo-badawczych

Podsumowanie moich osiągnięć naukowo-badawczych opisanych powyżej i przedstawionych w załączniku 4 zawarte jest w tabeli 2.

Tabela 2. Podsumowanie osiągnięć naukowo-badawczych przed i po uzyskaniu doktora

Wyszczególnienie	Przed uzyskaniem stopnia doktora	Po uzyskaniu stopnia doktora
Monografie, w tym:	-	3
- autorskie	-	1
- współautorskie	-	2
Publikacje w czasopismach wyróżnionych Journal Citation Reports	-	4
Publikacje w wydawnictwach konferencyjnych indeksowanych przez Thomson Reuters® Web of Science®	-	2
Publikacje w czasopismach międzynarodowych, poza JCR		4
- autorskie	-	0
- współautorskie	-	4
Publikacje w czasopismach krajowych z listy MNiSW		33
- autorskie	4	11
- współautorskie	0	22
Rozdziały w monografiach	13	19
- autorskie	8	12
- współautorskie	5	7
Publikacje naukowe ogółem	17	65
Liczba punktów według kalkulacji punktowej oceny dorobku naukowego prowadzonej przez Bibliotekę Główną Politechniki Białostockiej, która jest zgodna z wytycznymi Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego (według oceny parametrycznej obowiązującej w danym roku)	Nie nadawano punktów	439,48
Sumaryczny Impact Factor na Web of Science zgodnie z rokiem opublikowania	-	1,981
Liczba cytowań publikacji według bazy Web of Science	-	28/60*
Indeks Hirscha opublikowanych publikacji według bazy Web of Science	-	2
Liczba cytowań publikacji według bazy Google Scholar	-	397
Indeks Hirscha opublikowanych publikacji według bazy Google Scholar	-	8
Liczba cytowań publikacji według bazy Scopus	-	49
Indeks Hirscha opublikowanych publikacji według bazy Scopus	-	5
Udział w projektach międzynarodowych	-	2
Udział w projektach krajowych, w tym:		
- uczelnianych (prace własne i statutowe)	-	5
- Narodowe Centrum Nauki (kierowanie)	-	2
Nagrody za działalność naukową		
- zagraniczne	-	2
- krajowe	-	7
Stáže naukowe	1	1
Wygłoszenie referatów na tematycznych konferencjach międzynarodowych	-	11
Wygłoszenie referatów na tematycznych konferencjach krajowych	3	15
Udział w komitetach organizacyjnych konferencji naukowych	-	3
Udział w radach naukowych konferencji	-	2

Wyszczególnienie	Przed uzyskaniem stopnia doktora	Po uzyskaniu stopnia doktora
Uczestnictwo w programach europejskich oraz innych programach międzynarodowych i krajowych - w tym staże dydaktyczne w ramach programu Erasmus	-	4
Członkostwo w międzynarodowych i krajowych organizacjach oraz towarzystwach naukowych	-	5
Recenzowanie publikacji		
- czasopismach wyróżnionych Journal Citation Reports	-	3
- w czasopismach anglojęzycznych	-	2
- w czasopismach polskich	-	1
Autorstwo/współautorstwo ekspertyz, raportów dla podmiotów społeczno-gospodarczych	-	29

Źródło: opracowanie własne

* według bazy Web of Science z artykułami spoza bazy

Bibliografia

- Anderson E., Weitz B. (1989), *Determinants of continuity in conventional industrial channel dyads*, Marketing Science, vol. 8(4), s. 310-23.
- Axelrod D.A., Goold S.D. (2000), *Maintaining Trust in the Surgeon–Patient Relationship: Challenges for the New Millennium*, Archives of Surgery, vol. 135(1), s. 55–61.
- Barend Van Den Assem, Dulewicz V. (2015), *Doctors' trustworthiness, practice orientation, performance and patient satisfaction*, International Journal of Health Care Quality Assurance, vol. 28(1), s. 82 – 95.
- Bennett R., Barkensjo A. (2005), *Relationship quality, relationship marketing, and client perceptions of the levels of service quality of charitable organisations*, International Journal of Service Industry Management, vol. 16(1), s. 81-106.
- Berry L.L. (1995), *Relationship marketing of services – growing interest, emerging perspectives*, Journal of the Academy of Marketing Science, vol. 23(4), s. 236-45.
- Blackstock O.J., Addison D.N., Brennan J.S., Alao O.A. (2012), *Trust in primary care providers and antiretroviral adherence in an urban HIV clinic*, Journal of Health Care for the Poor and Underserved, vol. 23(1), s. 88–98.
- Calnan M., Rowe R. (2006), *Trust relations in health care: developing a theoretical framework for the 'new' NHS*, Journal of Health Organization and Management, vol. 20(5), s. 376-396.
- Chiu C.M., Chang C.-C., Cheng H.-L., Fang Y.-H. (2009), *Determinants of customer repurchase intention in online shopping*, Online Information Review, vol. 33(4), s. 761-784.
- Crocker J.E., Swancutt D.R., Roberts M.J., Abel G.A., Roland M., Campbell J.L. (2013), *Factors affecting patients' trust and confidence in GPs: evidence from the English national GP patient survey*, BMJ, vol. 3(5), s. 1-8
- Czakon W. (2011), *Zasobowa teoria firmy – ograniczenia w badaniu zjawisk międzyorganizacyjnych*, [w:] *Rozwój szkoły zasobowej zarządzania strategicznego* (red.) R. Krupski, Prace Naukowe Wałbrzyskiej Wyższej Szkoły Zarządzania i Przedsiębiorczości Seria: Zarządzanie, Wałbrzych, s. 185-198.
- Delgado-Ballester E., Munuera-Alemn J.L. (2001), *Brand trust in the context of consumer loyalty*, European Journal of Marketing, vol. 35(11/12), s. 1238-59.
- Ellonen R., Blomqvist K., Puumalainen K. (2008), *The role of trust in organisational innovativeness*, European Journal of Innovation Management, vol. 11(2), s. 160-181.
- Frączkiewicz-Wronka A. (2012), *Wykorzystanie analizy interesariuszy w zarządzaniu organizacją zdrowotną*, Wydawnictwo Śląsk, Katowice.
- Frączkiewicz-Wronka A., Szymaniec K. (2012), *Resource based view and resource dependence theory in decision making process of public organisation - research findings*, Management, vol. 16(2), s. 16-29.
- Fulmer A., Dirks K. (2018), *Multilevel trust: A theoretical and practical imperative*, Journal of Trust Research, vol. 8(2), s. 137-141.
- Głós A. (2015), *Dwa modele zaufania w opiece zdrowotnej*, Diametros, 45, s. 82–106.
- Grembowski D., Paschane D., Dieht P., Katon W., Martin D., Patrick D.L. (2005), *Managed Care, Physician Job Satisfaction, and the Quality of Primary Care*, Journal of General Internal Medicine, vol. 20(3), s. 271-277.
- Gronroos C. (1994), *From marketing mix to relationship marketing: towards a paradigm shift in marketing*, Asia-Australia Marketing Journal, vol. 2(1), s. 9-29.

- Gruber T., Frugone F. (2011), *Uncovering the desired qualities and behaviours of general practitioners (GPs) during medical (service recovery) encounters*, Journal of Service Management, vol. 22(4), s. 491-521.
- 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, vol. 6(3), s. 1-24.
- Hu X, Bell RA, Kravitz RL, Orrange S. (2012), *The prepared patient: information seeking of online support group members before their medical appointments*, Journal of Health Communication, vol. 17(8), s. 960–978.
- LaVeist T.A., Isaac L.A., Williams K.P. (2009), *Mistrust of Health Care Organizations is Associated with Underutilization of Health Services*, HSR, Health Services Research, vol. 44(6), s. 2093-2105.
- Leisen B., Hymanb M.R. (2004), Antecedents and consequences of trust in a service provider: the case of primary care physicians, "Journal of Business Research", No. 57, s. 990–999.
- Marczewska M. (2016), *Podejście zasobowe do organizacji* [w:] Kłincewicz, K. (red.) Zarządzanie, organizacje i organizowanie – przegląd perspektyw teoretycznych, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa, s. 334-342.
- Mayer R.C., Davis J.H., Schoorman F.D. (1995), *An integration model of organizational trust*, Academy of Management Review, vol. 20(3), s. 709-734.
- McKee, D., Simmers, C.S., Licata, J. (2006), "Customer self-efficacy and response to service", Journal of Service Research, Vol. 8 No. 3, pp. 207-220.
- Montague E., Lee J. (2012), *Trust in health technologies*, [w:] P. Carayon (red). Handbook of Human Factors and Ergonomics in Health Care and Patient Safety. New York: CRC Press, s. 281-292.
- Morgan R.M., Hunt S.D. (1994), *The commitment-trust theory of relationship marketing*, Journal of Marketing, vol. 58(3), s. 20-38.
- Moreira A., Silva P. (2015), *The trust-commitment challenge in service quality-loyalty relationships*, International Journal of Health Care Quality Assurance, vol. 28(3), s. 253-266.
- Mruk H., Stępień B. (2013), *Tworzenie wartości dla klienta z perspektywy konsumentów i przedsiębiorstw*, PWE, Warszawa.
- Nahapiet J., Ghoshal S. (2000), Social Capital, Intellectual Capital and the Organizational Advantage, Knowledge and Social Capital. Foundations and Applications, s. 119-157.
- Otto J. (2004), *Marketing relacji. Koncepcja i stosowanie*, C.H. Beck, Warszawa.
- Ouschan R., Sweeney J., Johnson L. (2006), *Customer empowerment and relationship outcomes in healthcare consultations*, European Journal of Marketing, vol. 40(9/10), s.1068-1086.
- Pakulska T. (2012), *Przedsiębiorstwo a otoczenie*, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa.
- Payne A., Frow P. (2017), *Relationship marketing: looking backwards towards the future*, Journal of Services Marketing, vol. 31(1), s.11-15.
- Peyrat-Guillard D., Glińska-Neweś A. (2014), *I respect you and I help you: links between positive relationship at work and organizational citizenship behaviour*, Journal of Positive Management, vol. 5 (2), s. 82-96.
- Platonova E.A., Kennedy K.N., Shewchuk R.M. (2008), *Understanding patient satisfaction, trust, and loyalty to primary care physicians*, Medical Care Research Review, vol. 65(6), s. 696–712.
- Rogozński K. (2012), *Zarządzanie wartością z klientem*, Oficyna Wolters Kluwer business, Warszawa.
- Rudzewicz A. (2009), *Zaufanie-przegląd koncepcji*, [w:] Kontrowersje wokół marketingu w Polsce. Niepewność i zaufanie a zachowania nabywców, L. Garbarski, J. Tkaczyk, (red.) Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Akademia Leona Koźminkiego, Warszawa, s. 421-430.
- Saha, S., Jacobs, E.A., Moore, R.D., Beach, M.C., 2010. Trust in physicians and racial disparities in HIV care. AIDS Patient Care STDS, vol. 24 (7), s. 415–420.
- Savage S.V. (2011), Patients, Trust and Patient Participation: Factors Influencing Whether Patients Want to be Active Health Care Participants, "Research in the Sociology of Health Care", Vol. 29, s. 149–171.
- Sheth J. (2017), *Revitalizing relationship marketing*, Journal of Services Marketing, vol. 31(1), s.6-10.
- Siemieniako D. Mitreğa M. (2018), *Improving power position with regard to non-mediated power sources- The supplier's perspective*, Industrial Marketing Management, vol. 70, s. 90-100.
- Sirdeshmukh D., Singh J., Sabol B. (2002), *Consumer trust, value, and loyalty in relational exchanges*, Journal of Marketing, vol. 66(1), s. 15-37.
- Taylor-Gooby P. (2005), *Uncertainty, Trust and Pensions: The Case of the Current UK Reforms*, Social Policy and Administration, vol. 39(3), s. 217-232;
- Welch M. (2006), *Rethinking relationship. Management, Exploring the dimension of trust*, Journal of Communication Management, vol. 10(2), s. 138–155.
- Wen C.-H., Lan L., Cheng, (2005), *Structural equation modelling to determine passenger loyalty toward intercity bus*, Journal of the Transportation Research Board, vol.1927(1), s. 249-255.

- Van Riel N., Auwerx K., Debbaut P., Van Hees S., Schoenmakers B. (2017), *The effect of Dr Google on doctor–patient encounters in primary care: a quantitative, observational, cross-sectional study*, British Journal of General Practice, vol. 1(2), s. 1-20.
- Ybarra M, Suman M. (2008), *Reasons, assessments and actions taken: sex and age differences in uses of Internet health information*, Health Education Research, vol.3(3), s.512-521
- Zhou W.-J., Wan Q., Liu C.-Y., Feng X.-L., Shang S.-M. (2017), *Determinants of patient loyalty to healthcare providers: An integrative review*, International Journal for Quality in Health Care, vol. 29(4), s. 442–449.
- Zineldin M. (2015), *Determinants of patient safety, satisfaction and trust With focus on physicians-nurses performance*, Clinical Governance: An International Journal, vol. 20(2), s. 82-90.

dotosejma dot